

Les contentieux de la Sécurité Sociale

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

Le contentieux de la Sécurité Sociale comprend le contentieux général, les contentieux particuliers essentiellement représentés par l'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale, le contentieux technique.

Le contentieux général se distingue par une procédure amiable préalable puis par une juridiction propre, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

L'expertise médicale règle tout litige d'ordre médical à l'exception de l'invalidité, de l'incapacité au travail, de l'incapacité permanente.

Le contentieux technique gère le contentieux de l'invalidité, de l'incapacité au travail, de l'incapacité permanente.

Mots-clés : contentieux général, contentieux technique, expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale, Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, commission de recours amiable.

SUMMARY

Social Security legal departments

The Social Security legal department comprises general litigation, private litigation essentially represented by medical expert reports under article L. 141-1 of the Code de la Sécurité Sociale (Social Security Code), and technical litigation.

General litigation is distinguished by a preliminary amicable procedure then a proper jurisdiction, the Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (the Social Security Affairs Court).

Expert medical reports settle any litigation of a medical nature except invalidity, inability to work and permanent disability.

Technical litigation covers litigation concerning invalidity, inability to work and permanent disability.

Key-words: *general litigation, technical litigation, medical expert reports under article L. 141-1 of the Code de la Sécurité Sociale (Social Security Code), Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (the Social Security Affairs Court), commission for amicable appeals.*

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17 Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

I. LE CONTENTIEUX GÉNÉRAL

A. Généralités

1. Définition

Suivant l'Article L. 442 – 1 du Code de la Sécurité Sociale : « il est institué une organisation du contentieux général de la Sécurité Sociale. Cette organisation règle les différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de Sécurité Sociale et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux. »

Le contentieux dit général par opposition aux contentieux particuliers traite donc de tous les litiges à caractère individuel et relatifs à l'application des législations et réglementations de Sécurité Sociale.

Les contentieux particuliers correspondent au contentieux technique de l'invalidité, de l'incapacité permanente, de l'incapacité au travail et des cotisations accident du travail, du contentieux de l'expertise médicale c'est-à-dire du contentieux pris en charge par la procédure fixée par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale, du contentieux du contrôle technique des praticiens soumis à des juridictions spécialisées.

Les contestations non soumises aux procédures du contentieux général incluent donc

- ✓ le contentieux technique institué par l'Article L. 143 – 1 du Code de la Sécurité Sociale qui correspond à l'appréciation médicale de l'état ou du degré d'incapacité permanente à la suite d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, l'appréciation médicale de l'état du degré d'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun, l'appréciation médicale de l'incapacité au travail des assurés âgés de plus de 60 ans et de moins de 65 ans.
- ✓ la procédure fixée par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale par expertise médicale qui fixe l'appréciation médicale de l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle lorsque cette appréciation ne relève pas des dispositions du contentieux technique susvisé.
- ✓ le contentieux du contrôle technique régi par l'Article L. 145 – 1 du Code de la Sécurité Sociale qui régit les fautes, les abus, les fraudes et tout fait intéressant les professions médicales et para-

médicales lorsque c'est-à-dire ou c'est-à-dire sont relevés à l'encontre des praticiens traitants ou d'auxiliaires médicaux.

- ✓ les recours relevant des juridictions civiles et commerciales c'est-à-dire les contestations relevant du droit civil et commercial (par exemple action intentée contre un tiers responsable d'un accident survenu à un assuré social, action intentée contre un employeur...).
- ✓ les recours devant des juridictions administratives pour des contestations relevant du droit administratif, contentieux de l'annulation (par exemple suspension par la DRASS d'une décision d'un organisme de sécurité sociale contraire à la Loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de l'organisme) ; contentieux de pleine juridiction (action en responsabilité contre le tiers responsable d'un accident dont a été victime un assuré social lorsque ce tiers est une personne morale de droit public).
- ✓ les recours relevant des Juridictions Pénales, c'est-à-dire des contestations relevant du Droit Pénal : fraudes, fausses déclarations, inobservation des prescriptions de la Législation de la Sécurité Sociale (Article L. 244 – 1 du Code de la Sécurité Sociale).
- ✓ les recours divers (le remboursement de soins dispensés hors de C'est-à-dire ; le remboursement d'un acte non inscrit à la Nomenclature Générale des actes professionnels, prise en charge des prothèses dentaires nécessaires à l'exercice de la profession...)

2. Le domaine de compétence du Contentieux Général

Les principales catégories de litiges relevant du Contentieux Général.

Cette énumération ne présente pas de caractère limitatif mais contient les principales catégories de litiges :

- ✓ Affiliations : litiges concernant l'affiliation et l'immatriculation au régime de Sécurité Sociale (notamment sur la qualité de salarié)
- ✓ Prestations : contestations relatives aux prestations (les droits, le calcul, le montant)
- prestations de l'assurance maladie (par exemple remboursement des frais d'hospitalisation, transport...)

- prestations concernant les accidents du travail et maladies professionnelles (reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail, montant des prestations en nature, les indemnités journalières de la rente, faute inexcusable de l'employeur ; faute intentionnelle de l'employé).
- prestations indûment perçues.
- ✓ **Nomenclature** : procédure de l'entente préalable, non respect des conditions générales de la Nomenclature, cotation ne correspondant pas à l'acte effectué, condition technique de l'exécution de l'acte c'est-à-dire à celle énoncée par la Nomenclature.
- ✓ **Expertise médicale** : contestation des conclusions de l'expertise médicale au titre de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale par exemple expertises pour statuer sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, la reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail, sur l'admission d'une maladie au sein des affections de longue durée.
- ✓ **Litiges divers** : prestations faisant l'objet d'un litige entre Caisse de Sécurité Sociale et Praticiens (règlement des honoraires) ou entre caisses et établissements de soins (règlement des frais d'hospitalisation).

B. La procédure

Le contentieux général de la Sécurité Sociale a été organisé par l'Ordonnance n° 58 – 1275 du 22-12 -1958, le décret n° 58 – 1291 du 22-12 -1958 et modifié par

les textes Législatifs et Réglementaires (Loi n° 85 -10 du 03.01-1985 et n° 85-772 du 29 – 07-1985, Décret n° 86-58 du 18 – 03 -1986, Arrêté du 10.06.1986) qui ont été repris dans le nouveau Code de la Sécurité Sociale (Articles L. 142 – 1 à L. 142 – 8 et R. 142 – 1 à R. 142 – 31 du Code de la Sécurité Sociale).

Cette procédure s'échelonne sur trois niveaux : la Commission de Recours Amiable, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, la Chambre Sociale de la Cour d'Appel.

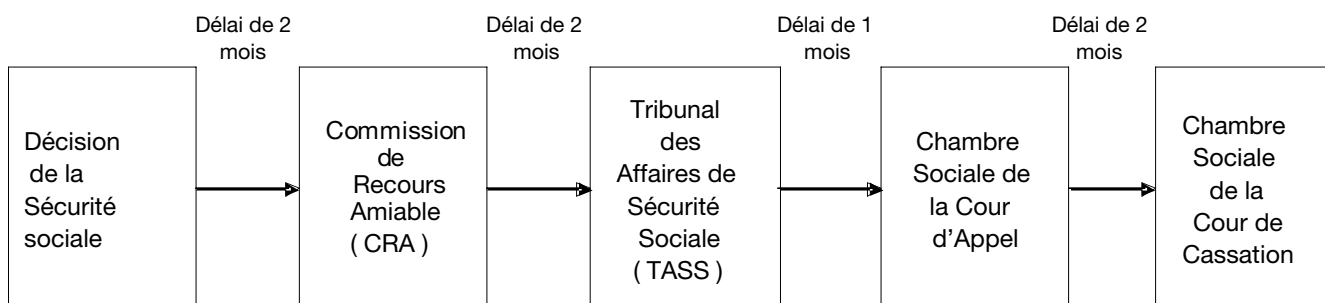
La procédure amiable est caractéristique du Contentieux Général de la Sécurité Sociale par rapport au droit commun.

1. La procédure amiable préalable

Elle est fixée par les Articles R. 142 – 1 à R. 142 – 7 du Code de la Sécurité Sociale. Lorsque l'assuré ou un employeur estime avoir été lésé par une décision de l'Organisme de Sécurité Sociale, il doit, avant toute action devant le Tribunal de l'Ordre Judiciaire proprement dit, saisir la Commission de Recours Amiable qui est désignée chaque année civile par le Conseil d'Administration des Caisses.

Font exception à ce préalable obligatoire du recours à la commission de recours amiable (article 142-7 du code de la sécurité sociale) :

- ✓ les recours formés contre les décisions émanant du directeur agissant par délégation du conseil d'administration en matière d'allocations familiales.
- ✓ Les contestations dirigées contre les actions engagées par la sécurité sociale afin d'obtenir le recouvrement des cotisations par l'employeur, le rem-



Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 2001, p 117.

boursement des prestations indûment versées. Cette exception vise l'opposition à contrainte.

- ✓ Les contestations relatives à la répartition du coût des accidents du travail, des maladies professionnelles entre les entreprises de travail temporaire et les entreprises utilisatrices
- ✓ Au titre de l'article R.142-7 du code de la sécurité sociale, les contestations relatives à l'attribution, au refus de l'attribution, à la suspension ou à la révision de l'allocation supplémentaire du fond national de solidarité sont dispensées de préliminaires devant la commission de recours amiable.

La commission de recours amiable compétente est celle du lieu de l'organisme qui a pris la décision contestée.

- ✓ Composition : La CRA comprend pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels autres que ceux prévus à l'article L.621-3 du code de la sécurité sociale), c'est-à-dire les groupes des professions artisanales, industrielles et commerciales, libérales et agricoles :
- ✓ Deux administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant
- ✓ Deux administrateurs choisis par les autres catégories d'administrateurs.

En ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole, la CRA comprend deux administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs, deux administrateurs choisis parmi les représentants des salariés. Les petits exploitants et les artisans ruraux n'employant pas généralement de main d'œuvre peuvent être désignés à l'une ou l'autre des parties sus citées.

Toutefois la commission de recours amiable instituée au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend trois administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs et trois administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

La CRA comprend pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels des non salariés mentionnés à l'article L.621-3 du code de la sécurité sociale quatre administrateurs de l'organisme intéressé (article R.142-2 du code de la sécurité sociale).

Elle est donc composée en général de 4 membres désignés paritairement par ceux du Conseil d'Admi-

nistration de l'Organisme (2 administrateurs représentant les salariés et 2 représentant les employeurs).

Les membres de la commission de recours amiable, sont désignés au début de chaque année par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale compétent.

Le secrétariat de la commission de recours amiable est assuré par un agent de la caisse primaire d'assurance maladie.

- ✓ Compétence : la Commission donne sur les affaires qui lui sont soumises son avis au Conseil d'Administration qui statue et notifie la décision aux intéressés (à moins qu'il n'ait donné délégation annuelle de ses pouvoirs à la Commission). Le Conseil d'Administration statue d'ailleurs en cas de partage des voix au sein de la Commission. En principe la commission de recours amiable ne joue qu'un rôle consultatif et ne fait que délivrer un avis au conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie avis qui sera suivi ou non. Mais la commission de recours amiable peut avoir reçu une délégation du conseil d'administration qui lui permet de prendre la décision en statuant directement aux lieux et places du conseil d'administration sur la base des propositions élaborées par les services.
- ✓ Procédure : le recours auprès de la Commission de Recours Amiable doit être fait sous forme de lettre simple, si possible par voie recommandée, pour éviter toute contestation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle l'intéressé entend former une réclamation (alinéa 2 de l'article R.142.-1 du code de la sécurité sociale).
- ✓ Fonctionnement : la Commission de Recours Amiable (CRA) se réunit sur convocation du Président du Conseil d'Administration au moins deux fois par mois. Elle peut désigner un Président et un Vice Président appartenant à des catégories d'administrateurs différents mais sans voie prépondérante. A titre consultatif, un Médecin Conseil y siège.

Le terme de commission de recours amiable signifie qu'il s'agit d'une instance administrative et non d'une véritable juridiction. La commission de recours amiable n'est donc pas soumise aux exigences du procès équitable (arrêt du 06.04.04 de la 2^e chambre civile

Encadré 1**Exemple de lettre en appel auprès de la commission de recours amiable**

Monsieur ou Madame le Président

de la Commission

de recours amiable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de....

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame le Président de la Commission de Recours Amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de.....,

Par lettre du..... le service..... de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de..... m'a notifié une décision de.....

Cette décision appelle de ma part les observations suivantes :

.....

Je conteste donc cette décision.

C'est la raison par laquelle je demande un nouvel examen de mon dossier par la commission que vous présidez.

Veuillez agréer, Monsieur ou Madame le Président, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.

A..... le.....

Signature :

de la cour de cassation : TPS 2.004, comm.n°202, obs.X. Prétot). Le terme de recours amiable ne signifie pas qu'est entreprise une conciliation. Il s'agit plus d'un recours hiérarchique administratif à l'inverse par exemple du préliminaire de conciliation prud'homal. En effet, la commission de recours amiable ne fait qu'assurer un examen plus approfondi du dossier sur le seul terrain de l'application de la règle du droit sans pouvoir émettre de solution transactionnelle. Le fait qu'il ne s'agit pas d'une véritable juridiction, explique l'absence de débat oral et contradictoire.

La procédure se déroule donc par écrit sans comparution des parties ni représentation, sans audition et sans débat.

Les décisions de la CRA sont prises après examen sur pièces, les textes ne prévoyant pas la comparution du requérant devant la Commission.

La décision de la commission de recours amiable est susceptible d'annulation par l'autorité de tutelle (le préfet de région et par délégation le directeur de la DRASS) mais uniquement si elle est illégale ou de nature à compromettre l'équilibre financier du régime

(articles L.151-1, R.151-1 à R.151-3 du code de la sécurité sociale). La commission de recours amiable doit alors rendre une nouvelle décision conforme à celle de la tutelle.

La CRA doit en principe répondre à la requête qui lui est soumise dans le mois suivant la date de la réception ce qu'elle ne fait pratiquement jamais.

Si la décision n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans un délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par la commission, l'intéressé peut se pourvoir devant le TASS (article R.142-6 et R.142-18 du code de la sécurité sociale) dans un délai de deux mois. Ce silence vaut rejet de la demande. Le patient peut considérer que sa demande est rejetée si la Commission de Recours Amiable n'a pas pris de décision dans le délai imparti, c'est-à-dire un mois.

La décision doit être motivée.

✓ Appel : si le plaignant n'obtient pas gain de cause il est alors en droit de porter son litige devant une véritable instance juridictionnelle : le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale dans un

délai de deux mois à compter, soit de la date de notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois imparti à la Commission de Recours Amiable pour statuer.

Généralement la décision originelle est maintenue.

2. Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS)

En 2006, 93.000 recours ont été déposés auprès des TASS avec un délai d'audience de 12 mois et 5.300 appels des jugements ont été portés devant la Cour d'appel soit un pourcentage d'appel de 5,7%. Le délai moyen d'audience est de 12 mois, le délai moyen de notification de 23 jours.

Les principaux recours portés devant le TASS sont en matière de :

- ✓ Famille (27%)
- ✓ Maladie (20%)
- ✓ Recouvrement (14%)
- ✓ Régime spécial des indépendants : RSI (14%)
- ✓ AT/MP (12%)

La procédure contentieuse est fixée par les articles L. 142 – 4 à L. 142 – 8 et R. 142 – 8 à R. 142 – 27 du Code de la Sécurité Sociale.

- ✓ **Composition** : le Tribunal est présidé par un Magistrat du siège du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel le TASS a son siège ou par un Magistrat du siège honoraire désigné pour trois ans par Ordonnance du Premier Président de la Cour d'Appel.

Il est assisté de deux assesseurs qui eux ne sont pas des Juges professionnels et qui représentent l'un les travailleurs salariés et l'autre les employeurs ou les travailleurs indépendants.

Ils sont désignés pour trois ans par Ordonnance du Premier Président de la Cour d'Appel, après avis du Président du TASS sur une liste dressée dans le ressort de chaque Tribunal par les autorités compétentes de l'Etat sur propositions des organisations Patronale et Ouvrière les plus représentatives.

La récusation du président et des assesseurs du tribunal des affaires de sécurité sociale est régie par la disposition du chapitre 2 du titre X du livre premier du nouveau code de procédure civile.

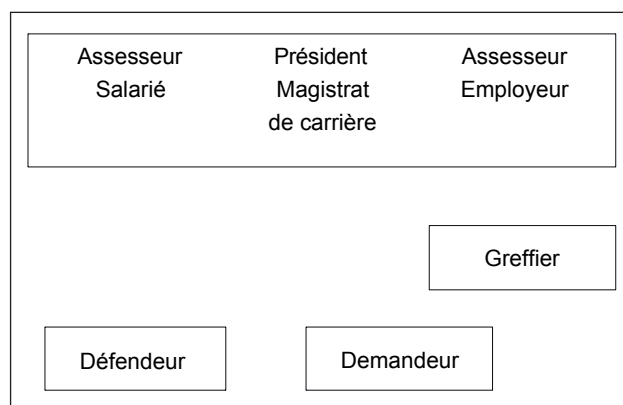


Schéma du TASS

Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 3^e édition, 2001, p 63.

Le secrétariat du TASS est assuré par un fonctionnaire qui est désigné au début de chaque année judiciaire au sein du personnel de la DRASS et non parmi les greffiers des juridictions civiles (article R.142-15 du code de la sécurité sociale).

- ✓ **Procédure** : le Tribunal doit être saisi par simple requête ou par lettre recommandée déposée ou adressée à son secrétariat dans un délai de deux mois à compter, soit de la date de notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois imparti à la Commission de Recours Amiable pour statuer.

La lettre de requête auprès du TASS doit contenir pour les personnes physiques :

- ✓ l'indication des noms, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur.
- ✓ L'indication des noms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée ou s'il s'agit d'une personne morale de sa dénomination et de son siège social.
- ✓ L'objet de la demande.

Elle doit être datée et signée.

La procédure est orale et contradictoire.

Elle est gratuite. L'assuré peut se faire représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat, un travailleur salarié, un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des Organisations Syndicales de Salariés ou d'Employeurs, un administrateur ou un employé de l'organisme partie

Encadré 2**Exemple de lettre de recours auprès du tribunal des affaires de Sécurité sociale**

Recommandée avec AR.

Je soussigné (e).....

Demeurant à.....

déclare saisir le tribunal des affaires de Sécurité sociale d'un recours contre une décision de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de..... rendue le..... (ou contre une décision de rejet implicite de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de..... dont ci-joint une copie) dans un différend concernant le sujet suivant :.....

Je conteste cette décision pour les raisons suivantes :.....

A..... le.....

Signature :

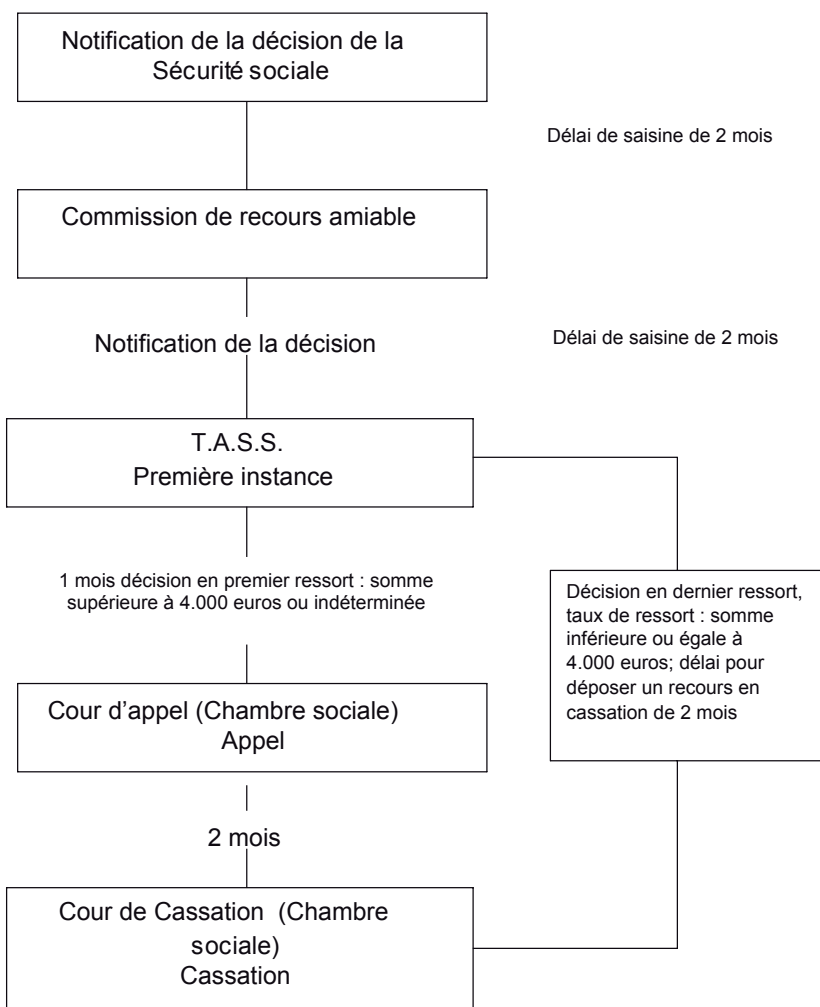


Schéma résumé du contentieux général de la Sécurité Sociale

Encadré 3**Modèle de lettre de pouvoir****POUVOIR**

Je soussigné(e) : Madame, Monsieur (nom prénom de la victime)

Né(e) le à

Demeurant : (adresse de la victime).....

.....

Profession :.....

Nationalité :.....

Donne pouvoir à Monsieur (ou madame)(adresse),

avocat

représentant qualifié du Syndicat ou représentant qualifié des Organisations d'Employeurs

délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives

conjoint, ascendant ou descendant en ligne directe

travailleur salarié, employeur ou travailleur indépendant exerçant la même profession

administrateur ou employé de l'organisme partie en instance ou employé d'un autre organisme de Sécurité Sociale,

(*)

pour m'assister et me représenter devant le TASS de, dans l'affaire qui m'oppose à (nom et adresse de l'entreprise ou de l'organisme).

Recours n° :

Audience du

Fait à, le.....

Signature (écrire « bon pour pouvoir » et signer)

(*) Rayer les mentions inutiles

en instance ou un employé d'un autre organisme de Sécurité Sociale, un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives (Articles L.142-8 et R. 142 – 20 du Code de la Sécurité Sociale).

Le TASS peut ordonner une expertise qui pour les constatations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'une maladie professionnelle ou en cas de contestation portant sur l'avis technique (à caractère médical) relèvent de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale (Article R. 142 – 22,

Alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale). Ceci peut survenir quand par exemple un certificat médical entre en contradiction avec les conclusions d'une expertise médicale de la Sécurité Sociale. Il apparaît d'une part que le Juge ne peut ordonner une nouvelle expertise médicale qu'à la demande des parties et d'autre part qu'il n'est pas tenu de satisfaire cette requête. C'est à lui d'apprécier si elle est nécessaire ou non. Ainsi dès lors que les conclusions de l'expert technique fixent sans ambiguïté la date de consolidation ou de guérison, une Cour d'Appel peut dans l'exercice de son pou-

voir souverain estimer qu'une seconde mesure d'instruction s'avère inutile. Il en est de même lorsque l'expert technique dans un avis clair et précis a écarté tout lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident du travail. En effet l'Article 3 de la Loi N° 90/86 du 23.01.1990 a modifié l'Article L. 141- 2 du Code de la Sécurité Sociale relatif à l'expertise médicale en supprimant le caractère irréfragable, l'avis technique de l'expert ne s'imposant plus à l'égard de la juridiction saisie (TASS, Cour d'Appel). Le Juge a ainsi le pouvoir d'ordonner une nouvelle expertise.

Il convient de noter que sur 1 300 expertises médicales régies par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale et effectuées dans le cadre du contentieux général du régime général (TASS et Chambre Sociale des Cours d'Appel) en 1988 et 1989, 920 décisions ont été maintenues par l'expert soit 70,4 % avec un pourcentage à peu près identique dans le cadre de l'Assurance Maladie et dans le cadre de la Législation "accidents du travail – maladie professionnelle".

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le Tribunal ne peut statuer qu'après mise en c'est-à-dire de la procédure d'expertise médicale (Article R. 142 – 24 Alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale).

Les trois membres du TASS se réunissent à huis clos pour prendre la décision à la majorité. La décision est prononcée publiquement, soit le jour de l'audience si le délibéré lui fait suite, ou le plus souvent à une date ultérieure indiquée aux parties par le président. Les décisions sont notifiées à chacune des parties dans la quinzaine du prononcé du jugement (article R.142-27 du code de la sécurité sociale).

- ✓ Appel : les décisions rendues en dernier ressort (lorsque la valeur du litige est inférieure à 4.000 euros) pour le Tribunal ne peuvent pas faire l'objet d'un appel devant la Juridiction du deuxième degré c'est-à-dire la Chambre Sociale de la Cour d'Appel de l'Ordre Judiciaire mais elles peuvent faire l'appel d'un pourvoi en Cassation.

Toutes les autres décisions c'est-à-dire celles qui sont rendues au premier ressort peuvent être frappées d'appel.

Le jugement qui statue sur une demande indéterminée est, sauf disposition contraire, susceptible d'appel (article n° 40 du nouveau code de procédure civile).

Ceci signifie que quand les conséquences financières d'un grief ne sont pas déterminées il est possible de faire appel.

Normalement seul le demandeur ou le défendeur peut au procès en 1ère instance devant le TASS (article 546 du nouveau code de procédure civile) interjeter appel puisqu'ils ont été partie en tant que demandeur ou défendeur au procès. Mais par exception, le droit d'appel est ouvert dans les mêmes délais à des tiers (articles R.142-28 du code de la sécurité sociale) :

- ✓ le directeur de la DRASS
- ✓ le chef du SRITEPSA.

3. La Cour d'appel

C'est la procédure contentieuse du second degré. Les décisions du TASS sont susceptibles d'appel devant la Chambre Sociale à la Cour d'Appel de l'Ordre Judiciaire.

Les parties, c'est-à-dire non plus seulement le requérant, mais aussi l'Organisme de Sécurité Sociale et la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales même si ces derniers n'ont pas été partie en première instance, peuvent interjeter appel dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision du TASS, soit par lettre recommandée adressée au greffe, soit par dépôt de l'appel directement au secrétariat du TASS dont la décision est attaquée

- ✓ Composition : la Cour est composée de trois conseillers qui sont des Magistrats professionnels. Le Ministère Public est confié à un Magistrat du Parquet Général.

✓ Procédure

Il n'y a pas de grande différence avec les règles en usage pour le TASS.

Le délai d'appel est d'un mois à compter de la notification du jugement du TASS (alinéa 1 de l'article R.142-28 du code de la sécurité sociale).

Dans l'acte d'appel il doit être expressément précisé que l'on demande l'annulation, la réformation ou l'infirmité du jugement.

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter, la présence d'un avocat n'est pas obligatoire. La procédure est orale.

Encadré 4**Modèle de déclaration d'appel par la partie (C.S.S article 142-28 modifié par décret du 28.12.2005, article 58 du nouveau code de procédure civile)**

Sur papier en tête.

Lettre recommandée avec A.R., adressées à Monsieur le Greffier en chef de la cour d'appel de..... (lieu)

Jugement (date)

(références de la décision attaquée)

Date

– Nous avons l'honneur d'interjeter appel du jugement rendu le....., par le Tribunal des affaires de sécurité sociale de....., (indiquer les nom, prénoms, profession, domicile, nationalité et date et lieu de naissance et domicile de la personne physique appelante, ou, s'il s'agit d'une personne morale, sa forme, sa dénomination, l'indication de l'organe qui la représente légalement et son siège social) dans l'affaire nous opposant à :..... (indiquer les noms et domicile de la personne physique contre laquelle l'appel est dirigé ou s'il s'agit d'une personne morale de sa dénomination et son siège social)

Notre appel a pour objet : (préciser : annulation, réformation ou infirmation).

Devant la formation collégiale de la Cour, nous serons assistés (en cas de représentation par un avocat) par Maître....., avocat..... (adresse).

Nous vous joignons la copie de la décision critiquée.

Nous vous remercions de bien vouloir nous accuser réception de cet acte d'appel.

Signature (de l'appelant, personnellement ou de son représentant légal)

P.J. Copie de la décision

La Cour d'Appel peut également ordonner une expertise de la même façon que l'expertise ordonnée par le TASS.

La notification de l'arrêt de la cour doit intervenir en principe dans un délai de 15 jours à compter du prononcé de l'arrêt par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (alinéa 1 de l'article R.142-27 et R.142-29 du code de la sécurité sociale).

4. La Cour de Cassation

La Cour de Cassation constitue l'autorité suprême pour l'interprétation et l'application de la Législation de Sécurité Sociale. Mais elle ne joue pas le rôle d'un troisième degré de Juridiction, elle ne fait que vérifier si la Loi était correctement appliquée ou non.

Tous les jugements rendus en dernier ressort (pour le Tribunal des affaires de sécurité sociale ou par la Cour d'Appel) sont susceptibles d'être frappés d'un

pourvoi en cassation (article L.144-1 du Code de la Sécurité Sociale inséré par les Loi N°94-43 du 18 janvier 1994 art.80 VII Journal Officiel du 19 janvier 1994, Loi N°2002-73 du 17 janvier 2002 art.35 III 2° Journal Officiel du 18 janvier 2002). Peuvent former pourvoi dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision aux parties (article 144-8 du code de la sécurité sociale), outre les parties intéressées :

- ✓ Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale
- ✓ Le chef du service régional à l'inspection du travail de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de Mutualité sociale agricole.

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le chef du service régional de l'inspection

du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole, demandeur ou défendeur au pourvoi sont dispensés du ministère d'avocats. Le pourvoi introduit par ces fonctionnaires est formé directement au greffe de la Cour de cassation.

Néanmoins le droit qui est reconnu

- ✓ au directeur régional ou son représentant des affaires sanitaires et sociales,
- ✓ le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole ou son représentant

de déposer un pourvoi ne nécessite pas qu'ils aient été partie aux litiges devant le juge du fond (arrêt du 22.05.97 de la chambre sociale de la Cour de cassation : RJS 1997 n° 1031, arrêt du 27.11.75 de la chambre sociale de la Cour de cassation : bull. civ.V n°581).

Ce pourvoi doit être introduit dans un délai de deux mois à compter de la notification. Le pourvoi en cassation est formé par ministère d'un avocat en conseil d'état et à la cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la cour de cassation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision. Pour se pourvoir en Cassation on doit faire une déclaration au secrétariat du greffe de la Cour de Cassation signée par un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation. On ne peut pas effectuer ce pourvoi soi même. La présence d'un avocat spécialisé est obligatoire. En aucun cas le pourvoi en Cassation n'est suspensif d'exécution : s'il s'agit par exemple de recouvrement de cotisations, on devra les acquitter sans attendre la décision de Cour de Cassation.

L'affaire passe devant une formation spécialisée, la section sécurité sociale, au sein de la 2e Chambre civile de la Cour de cassation qui comporte trois sections.

- ✓ une section en droit commun,
- ✓ une section procédure
- ✓ une section sécurité sociale. Cette section sécurité sociale était initialement rattachée à la Chambre sociale, puis a été rattachée à la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation le 01-10-2003.

La Cour peut, soit rejeter le pourvoi (dans ce cas la décision attaquée devient définitive), soit casser la décision qui lui a été déférée : elle désigne alors la juridiction de renvoi chargée à nouveau du litige.

II. L'EXPERTISE MÉDICALE RÉALISÉE AU TITRE DE L'ARTICLE L. 141 – 1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Près de 280 000 expertises médicales au titre de l'article L141-1 du code de la sécurité sociale ont été réalisées dans le cadre du Régime Général de la Sécurité sociale entre 1985 et 1989.

Chaque année, plus de 50 000 expertises au titre de l'article L141-1 sont effectuées en France. Les avis initiaux sont confirmés dans 70 % des cas.

A. Le domaine de compétence de l'expertise médicale au titre de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale

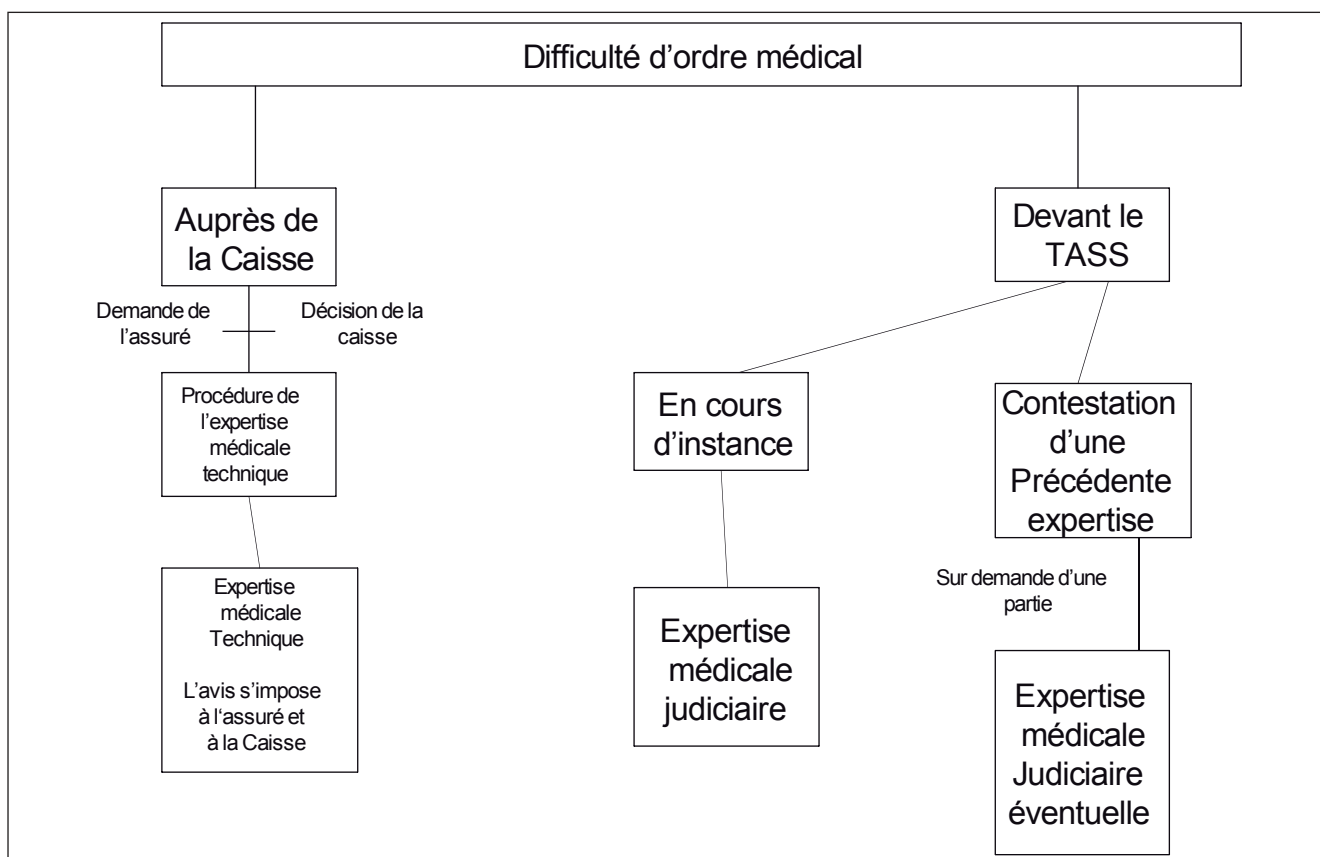
Ce domaine concerne tout litige d'ordre médical à l'exception de l'invalidité, l'incapacité permanente et l'inaptitude au travail (Article L. 143 -1 du Code de la Sécurité Sociale). L'expertise médicale peut être sollicitée aussi bien en cas d'accident du travail que de maladie.

A titre indicatif les missions les plus fréquemment rencontrées portent par ordre décroissant sur

- les arrêts de travail,
- l'exonération du ticket modérateur c'est-à-dire la reconnaissance d'une maladie comme affection de longue durée,
- la date de guérison ou de consolidation d'un accident du travail,
- la rechute
- le placement dans un établissement (par exemple moyen séjour)
- les soins de kinésithérapie, les soins infirmiers

En assurance maladie les litiges portent sur

- le refus de l'exonération du ticket modérateur
- le refus des prestations d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, de cure thermique, d'appareillage orthopédique, de transport, de soins par des auxiliaires médicaux, d'hospitalisation ou de placement
- et en général tout litige portant sur l'état du malade (stabilisation, consolidation...)



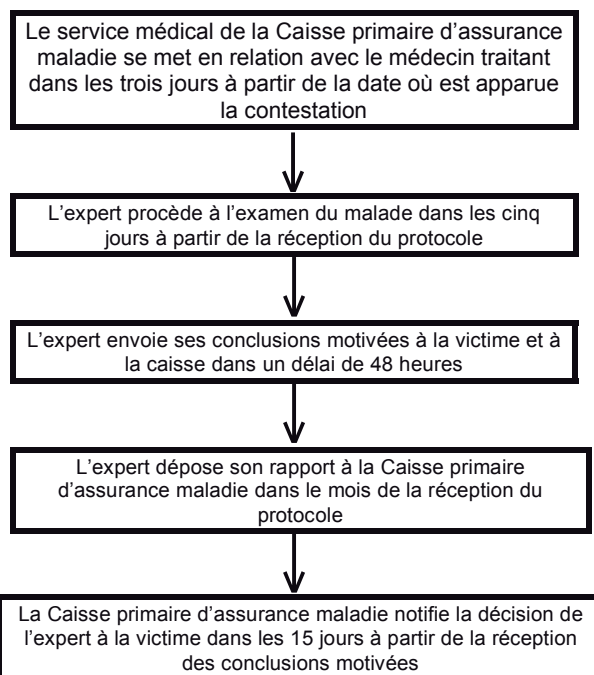
Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 3^e édition , 2001, p 201.

En accident du travail, maladie professionnelle peuvent être sujets de litige

- la révélation d'un état antérieur par un accident du travail
- l'imputabilité de la lésion à l'accident allégué,
- la justification d'une cessation de travail
- la réadaptation fonctionnelle
- la date de guérison, de consolidation.
- l'aggravation de l'état antérieur
- la nécessité de soins préventifs d'aggravation après consolidation
- la rechute

B. Procédure de l'expertise

1. Mise en oeuvre de l'expertise



Les étapes successives de l'expertise médicale

L'expertise est gratuite pour l'assuré, les dépenses sont à la charge de la Caisse sauf contestation abusive de l'assuré.

L'initiative de l'expertise est prise par l'assuré ou par la Caisse.

La demande de l'assuré doit être présentée dans un délai d'un mois à partir de la date de la réception par l'assuré de la notification de refus de la Caisse, décision contestée dans le cadre de l'assurance maladie.

Le délai était jusque récemment en pratique de deux ans après la date de notification d'accident du travail ou de maladie professionnelle (cette date étant le jour

de l'accident) , soit de deux ans après la date de cessation de paiement des indemnités journalières (article L.431-2 du Code de la Sécurité Sociale) en matière d'accident du travail, c'est-à-dire jusqu'à la date de prescription du droit à réparation, car aucun délai n'était fixé en matière d'accident du travail par le décret du 7 – 01 – 1959 paru au Journal Officiel du 10 – 01 – 1959. Cette dernière interprétation a été modifiée par le décret 2006-546 du 12.05.06 paru au journal officiel du 14.05.06 relatif aux experts médicaux judiciaires qui modifie l'article R.141-2 du code de la sécurité sociale traitant de l'expertise médicale. Ce décret, entré en vigueur le 15.05.06 instaure un délai d'un mois

Encadré 5

Modèle de lettre de demande d'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

NOM Prénom

Adresse

Date de naissance

N° de sécurité sociale

Monsieur le Docteur...
Médecin conseil de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de ...
Adresse du service médical

Recommandé avec accusé de réception

Ou contre récépissé déposé au guichet de la caisse

Monsieur (ou Madame) le Médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de.....

Monsieur (ou Madame) le Docteur.....,

Par une lettre du..... (Cf photocopie ci-jointe), le service..... de la caisse primaire d'assurance maladie de..... m'a notifié la décision suivante :.....

Cette décision appelle de ma part les observations suivantes :

.....

Je conteste donc cette décision. C'est la raison pour laquelle je demande une expertise médicale au titre des articles R.141-1 à R.141-10 du code de la sécurité sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur ... (nom et prénom et adresse).

Je vous prie d'agréer, Monsieur (ou Madame) le médecin conseil, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.

A.....

Le.....

Signature :

pour demander une expertise dans le cadre d'une contestation relative à l'état de santé de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Cette nouvelle disposition est commentée par la circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) n°9-2007 du 20.02.07. L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est donc désormais traité comme un assuré victime d'une simple maladie. Les expertises relevant du champ des AT-MP doivent donc être demandées dans le délai d'un mois à compter de la date de décision contestée. Le délai de forclusion court, non pas à compter de la décision de la caisse, mais à compter de sa notification. Les nouveaux courriers relatifs à l'expertise devront désormais expressément mentionner le délai de recours d'un mois et seront donc adressés à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception.

2. Désignation de l'expert

Le service du contrôle médical de la Caisse doit se mettre en rapport avec le médecin traitant de l'assuré en vue de la désignation de l'expert (article R.141-2 du Code de la Sécurité sociale) dans les trois jours qui suivent :

- ✓ la date où est apparue une contestation d'ordre médical
- ✓ la réception de la demande d'expertise formulée par l'assuré

Le médecin conseil du service médical de l'assurance maladie envoie en général au médecin traitant une liste de trois experts parmi lesquels le médecin traitant devra choisir un nom pour effectuer l'expertise médicale. Il arrive parfois que le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie demande sur une liste trois médecins experts au médecin traitant de choisir deux experts, le deuxième étant désigné qu'en cas de carence du premier.

Il arrive également que le service médical ne propose qu'un seul nom, auquel cas, si le médecin traitant n'est pas d'accord, ce dernier peut faire une contre proposition écrite sur le nom d'un autre expert médical au service médical de la caisse.

Le Médecin Expert est donc désigné d'un commun accord entre le Médecin Conseil et le Médecin Traitant dans un délai de trois jours à compter de la date du dépôt de la contestation ou de l'apparition d'une divergence d'appréciation, et à défaut d'accord entre le Médecin Conseil et le Médecin Traitant (article R. 141 – 1 du

Code de la Sécurité Sociale) , par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales.

Suivant l'article R. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'Expert est désigné par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits sous la rubrique Experts Spécialisés en matière de Sécurité Sociale sur les listes dressées en application de l'article 2 de la Loi N° 71 – 498 du 29.06.1971 et de l'article 1er du décret N° 74 – 1184 du 31.12.1974 relatif aux experts judiciaires. Les Cours d'appel procèdent à l'inscription des experts de cette spécialité dans les conditions prévues par les articles 6 à 10 du décret du 31.12.1974 sus mentionné après avis du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.

Lorsque la contestation porte sur le diagnostic ou le traitement d'une affection relevant de l'une des disciplines mentionnées par le règlement de qualification prévu à l'article 67, alinéa 4 du décret du 28.06.1979 sus visé, l'Expert est en tous les cas choisi parmi les Médecins Spécialistes compétents pour l'affection considérée.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le Médecin qui a soigné le malade, un Médecin attaché à l'entreprise, le Médecin Conseil de la Caisse Primaire ou de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ou de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3. Cas de récusation de l'expert

La victime peut récuser le choix d'un expert pour différents motifs :

a. Récusation de l'expert en application du Code de déontologie médicale

Les motifs de récusation sont détaillés dans le chapitre F. Les responsabilités de l'expert de II. L'expertise médicale réalisée au titre de l'article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale. Bien qu'ils soient cités dans ce chapitre, ils s'appliquent à toutes les expertises médicales (judiciaires, Loi Badinter, Code des Pensions militaires, etc...).

b. Récusation de l'expert en application de l'article 234 du Nouveau Code de Procédure Civile

Les experts judiciaires peuvent être récusés pour les mêmes causes que les juges (Article 234 du Nouveau Code de procédure civile).

La récusation de l'expert peut-être demandée :

1. si lui-même ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation,
2. si lui-même, son conjoint et parents sont alliés de l'une des parties ou de son conjoint jusqu'au quatrième degré inclusivement,
3. si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif ou donataire de l'une des parties,
4. s'il y eu ou s'il y a procès entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
5. s'il a précédemment connu de l'affaire comme expert ou comme arbitre, ou s'il a conseillé l'une des parties.

Ce cas de figure survient en particulier lorsque la question de fond posée au médecin-expert est toujours identique, s'agissant par exemple de déterminer s'il y a rechute et s'il est nécessaire de poursuivre des soins imputables à l'accident du travail du ... Il appartient à toute juridiction de faire respecter le principe de la contradiction et les droits de la défense (article 16 du Nouveau Code de Procédure Civile). Donc, même si le patient n'a pas usé de son droit de récusation, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si la première a été effectuée par le même expert pour le même motif. Un tribunal ne peut fonder une décision sur une expertise, dès lors que l'expert a précédemment connu du dossier et a été amené à le traiter à la requête de l'une des parties au litige, et ce quand bien même son rapport est très détaillé et circonstancié (Loiacono contre CPAM de Sarreguemines, jugement du TASS de la Moselle, du 4.12.2002).

6. si lui-même ou son conjoint est chargé d'administrer les biens de l'une des parties,
7. s'il existe un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
8. s'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties.

La demande de récusation de l'expert peut-être présentée avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation :

- ✓ directement à l'expert lorsque le patient a reçu son avis de convocation
- ✓ à la juridiction qui l'a commis,
- ✓ ou au juge chargé du contrôle de l'expertise.

4. Mission de l'Expert

La mission est inscrite dans un protocole comportant l'avis du Médecin Traitant désigné et du Médecin Conseil. Ce protocole comporte l'énoncé précis des questions posées.

Le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie adresse au médecin traitant ce protocole d'expertise comportant le résumé du litige, l'avis du médecin conseil et les questions qui seront posées à l'expert.

Le médecin traitant du patient mentionne sur le protocole d'expertise son avis et celui du patient, il l'adresse ensuite au médecin conseil. Le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie adresse obligatoirement le protocole d'expertise à l'expert désigné constitué des pièces suivantes :

- ✓ l'avis du patient
- ✓ l'avis du médecin traitant
- ✓ l'avis du médecin conseil
- ✓ les questions qui lui sont soumises
- ✓ le courrier de contestation du patient ou le certificat de prolongation du médecin traitant.
- ✓ Toutes les pièces que le médecin conseil jugera utile comme des comptes rendus de consultations, d'hospitalisation, des résultats d'examens complémentaires.
- ✓ Des certificats et déclaration d'accident du travail ou de maladies professionnelles...

5. Déroulement de l'expertise

Il est codifié par les articles R.141-2, R.141-4 alinéas 2, 3, 6, R.141-5 du Code de la Sécurité Sociale.

L'examen de la victime doit avoir lieu dans les cinq jours suivant réception du protocole après information du patient ainsi que de Médecin Traitant et du Médecin Conseil qui peuvent assister à l'expertise.

L'expert convoque le patient, son médecin traitant et le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans les cinq jours suivant la réception de sa mission.

Des examens complémentaires ne peuvent être pratiqués qu'avec l'accord du patient et du Médecin

Conseil. Immédiatement après l'examen, des conclusions motivées en double exemplaires seront établies par l'expert (dans un délai maximal de 48 heures).

Ces conclusions motivées sont des réponses succinctes mais précises aux questions posées. Elles sont adressées dans tous les cas au contrôle médical mais également au Médecin Traitant et à la victime en accident du travail ou en maladie professionnelle.

L'Expert dispose ensuite d'un délai d'un mois à compter du jour de réception du protocole pour déposer son rapport qui doit comprendre le rappel du protocole, l'exposé des constatations faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis, les conclusions motivées.

La caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport de l'expert, soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

Les honoraires dus au médecin expert à l'occasion des examens prévus à l'article R. 141-1 ainsi que ses frais de déplacement sont réglés (Article R.141-7 du Code de la sécurité sociale inséré par le Décret n°88-678 du 6 mai 1988 article 4 du Journal Officiel du 8 mai 1998) d'après le tarif fixé par un arrêté interministériel

riel du ministre du travail, du ministre de la santé publique et du ministre des finances du 6 - 6 - 1963 paru au Journal Officiel du 22 - 6 - 1963 p 5525 à 5526.

Les honoraires de l'expert varient suivant la "qualité" de l'expert et suivant le lieu où l'expertise est effectuée (il s'agit, bien entendu, de tarif "conventionnel" (cf tableau ci-dessous).

Les frais d'expertise sont à la charge de la Caisse.

Toutefois, celle-ci peut demander à la juridiction de mettre à la charge du malade ou de la victime tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à sa requête lorsque sa contestation est manifestement abusive.

6. Décision administrative de la Caisse

La notification de la décision doit être faite au patient dans un délai de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées de l'expert.

La décision de la caisse s'applique alors immédiatement malgré une éventuelle contestation du patient.

Qualité	Lieu	
	Au cabinet	Au lit du malade
Omnipraticiens	C x 3,5 (C est le tarif de la consultation du médecin généraliste)	V (V est le tarif de la visite du médecin généraliste) x 3,5
Spécialistes	Cs (Cs est le tarif de la consultation du médecin spécialiste) x 2 (mais non inférieur à C x 3,5)	Vs (Vs est le tarif de la visite du médecin spécialiste) x 2 (mais non inférieur à V x 3,5)
Neuro-psychiatres	CNPSY (CNPSY est le tarif de la consultation du Neuro-psychiatre) x 2	VNPSY (VNPSY est le tarif de la visite du Neuro-psychiatre) x 2
Professeurs Médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux des villes sièges de facultés	C x 6	V x 6
En cas de carence de la part du malade, l'expert a droit à des honoraires fondés sur 1 x C de sa catégorie		
Les honoraires correspondant à certains actes ou examens complémentaires peuvent être cotés en supplément (E. C. G. etc.) le cas échéant, avec l'accord de la Caisse (I. S. D. ou I. T. D. comprises). Il peut y être ajouté selon les cas de l'indemnité kilométrique		

7. Portée de l'avis de l'Expert

L'avis de l'Expert s'impose à l'intéressé comme à la Caisse sous réserve des règles de procédure. L'avis doit être clair, précis et dénué de toute ambiguïté.

C. Le rôle du Médecin Traitant dans l'expertise

1. Avant l'expertise

Le Médecin Traitant pourra rédiger des certificats médicaux descriptifs permettant d'expliciter l'histoire clinique du patient et d'appuyer ses demandes légitimes.

Il y précisera également les soins reçus permettant de faire l'enchaînement entre le traumatisme et les lésions et de montrer la continuité des soins qui existe depuis l'accident.

2. Pendant l'expertise

Le Médecin Traitant peut assister à l'expertise et il est même fortement conseillé au patient de se faire accompagner de son Médecin Traitant car dans les litiges d'ordre médical l'argumentation formulée par un Médecin est primordiale.

De ce fait le Médecin Traitant pourra vérifier que les questions de l'Expert correspondent bien au litige et sont bien adaptées aux facultés du blessé. Il favorisera, d'autre part, la bonne compréhension par l'Expert des doléances du sujet et s'assurera que ses doléances sont insérées dans le rapport d'expertise. Il pourra réfuter les constatations irrégulières faites pendant l'expertise.

Le Médecin pourra exposer les faits qui doivent être relatés par le patient lorsqu'ils sont difficiles à exprimer par le patient lui-même, par exemple quand ils sont d'une nature très technique.

3. Après l'expertise

Le Médecin Traitant vérifiera la valeur intrinsèque du rapport en particulier sa clarté, l'absence de contradiction médicale sur le fond, le régularité de la procédure.

Il pourra conseiller une contestation si les constatations sont ambiguës, contradictoires, si les formalités substantielles à l'expertise ne sont pas respectées.

Dans le cas contraire il devra jouer le jeu de l'explication, de l'apaisement donnant ainsi à l'expertise « une valeur thérapeutique ».

D. Nullité de l'expertise

Elle peut survenir :

- chaque fois qu'un vice de forme apparaît (absence dans le protocole de l'avis du Médecin Conseil et du Médecin Traitant, absence d'information sur la date de l'expertise, droits de l'assuré non respectés...)
- chaque fois que peut être mise en évidence une anomalie au fond susceptible de révéler une ambiguïté, un manque de précision ou de clarté, ou a fortiori une contradiction, le Juge pourra déclarer cette expertise nulle et recouvrer un total pouvoir d'appréciation en fonction duquel il statuera s'il estime disposer d'éléments suffisants ou bien il ordonnera une nouvelle expertise (au titre de l'article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale).

Mais cette fois ci ce sera le Juge lui-même qui fixera la mission de l'Expert, qui désignera ce dernier et qui sera destinataire du rapport d'expertise.

Pour demander la nullité d'une expertise, et en tirer les conséquences, voir le chapitre suivant : E. Contestation de l'expertise.

E. Contestation de l'expertise

L'expertise dite de sécurité sociale L141-1 s'impose aux parties c'est-à-dire qu'elle ne peut être contestée par l'une ou l'autre des parties. Cette expertise de sécurité sociale, est, soit mise en jeu dans une procédure contentieuse entre l'assuré social et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, soit demandée par le tribunal des affaires de sécurité sociale. Les conséquences pratiques sont que les juges du tribunal des affaires de sécurité sociale sont tenus par cette expertise de sécurité sociale et doivent s'y plier. Par contre, dans le cadre du contentieux général quand un assuré social conteste une expertise de sécurité sociale devant le TASS et apporte des arguments médicaux, le juge peut demander une nouvelle expertise de sécurité sociale mais qui s'imposera au juge.

Il est à noter que lorsqu'il s'agit du contentieux concernant une personne décédée, l'expertise de sécu-

rité sociale devient judiciaire et alors ne s'impose pas au juge.

A titre d'exemple, citons le cas d'un patient décédé d'un cancer du poumon considéré comme maladie professionnelle. Il a été consolidé par la Caisse Primaire deux mois avant le décès, le taux étant de 100%. Le patient était retraité, il ne touchait donc pas d'indemnité journalière au titre des maladies professionnelles. La consolidation ayant été contestée, une expertise de sécurité sociale diligentée a décidé que la consolidation était fixée à 5 mois avant le décès. Le tribunal des affaires de sécurité sociale en a décidé autrement et a fixé la consolidation à 15 mois avant le décès. Cela entraîne des conséquences pratiques importantes car la famille de l'assuré a pu toucher une rente de 100%, pour les 15 mois avant le décès au lieu de seulement 2 mois avant le décès.

La décision de l'expert peut être contestée devant la Commission de recours amiable. Mais la Commission de recours amiable ne peut pas annuler une expertise par exemple pour non respect des formes. Le travail de la Commission de recours amiable se limitera au point de savoir si la Caisse a fait une juste appréciation de l'avis de l'Expert puis ensuite la contestation pourra se poursuivre devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Ce sont donc les juridictions du contentieux général qui auront en charge de trancher la question.

Du point de vue judiciaire le rapport d'expertise ne constitue plus qu'un simple élément de preuve et l'une des parties doit logiquement pouvoir demander au Tribunal d'ordonner une nouvelle expertise. A ce titre, l'article R. 142 – 22 du Code de la Sécurité Sociale signale que le Juge peut désormais, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise : « le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale peut recueillir tous éléments d'information utiles auprès du Directeur Régional des affaires sanitaires et sociales et du Chef de Service Régional de l'inspection du travail de l'emploi et de la politique sociale agricole (...). Il peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation ». Il peut également ordonner une expertise qui, pour les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou en cas de contestation portant sur l'avis technique relevant de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale.

Pour conduire le Juge à décider une nouvelle expertise, le patient devra donc apporter la preuve de la nul-

lité de l'expertise antérieure, ce qui est en général assez difficile car assez délicat à démontrer (cf chapitre précédent D. Nullité de l'expertise) ou apporter un sérieux doute sur les conclusions de cette expertise, ce qui est par contre moins délicat.

Pour ce faire, il pourra s'aider d'un certificat médical où un médecin, en général son médecin traitant, soutiendra la position de son patient. Ce certificat médical ne devra pas se contenter d'affirmer la véracité de la contestation de la victime mais encore la démontrer par une argumentation médicale. En effet, une simple assertion médicale non argumentée en faveur des thèses du patient ou un certificat médical au contraire trop vague, sans conclusion claire en faveur de la victime, ne suffiront pas à emporter la décision du Juge et donc à conduire à une nouvelle expertise.

A l'inverse, on rappellera que le Code de déontologie médicale oblige par son article 56 les médecins à entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. A ce titre, le médecin ne devra pas par exemple, écrire dans son certificat médical que l'expertise médicale rédigée par son confrère était fausse, ou nulle. Dans le cas inverse, il s'expose à des poursuites disciplinaires. Il devra donc se borner à affirmer son point de vue en faveur des thèses de son patient, à les argumenter médicalement sans mettre en cause l'attitude de ses confrères et en particulier de l'expert.

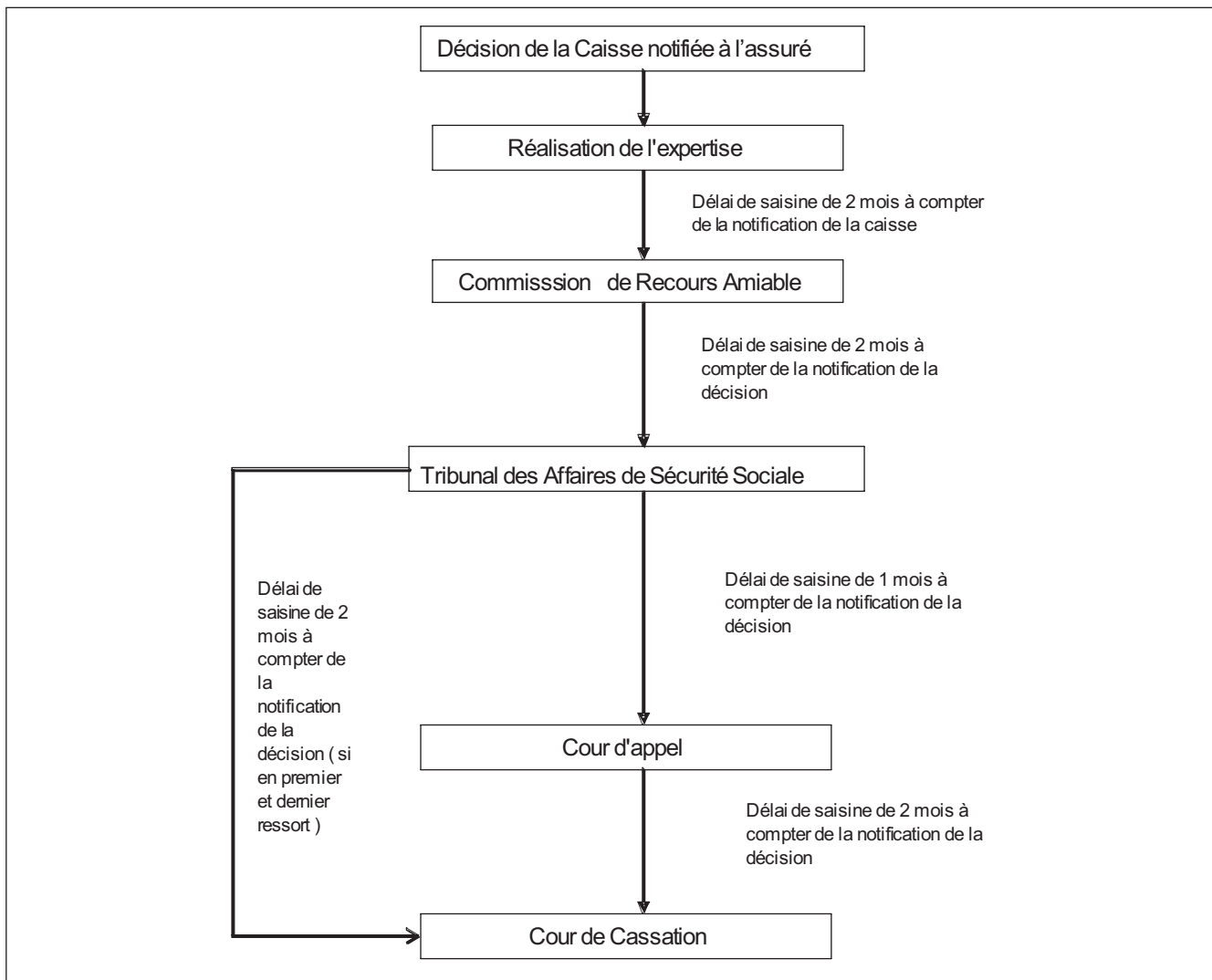
Lorsqu'une nouvelle expertise est ordonnée par le Juge, elle est soumise aux règles définies aux articles R. 141 – 1 à R. 141 – 10 du Code de la Sécurité Sociale. Désigné parmi les experts figurant sur la liste prévue à l'Article R. 141 – 1, l'expert doit examiner l'intéressé dans les cinq jours suivant la notification de la décision le nommant.

Le rapport doit être transmis dans un délai d'un mois au secrétaire du Tribunal qui a 48 heures pour adresser une copie à la caisse et à la victime de l'accident du travail ou du médecin traitant du malade.

F. Les responsabilités de l'expert

L'Expert médical en tant que docteur en médecine est astreint à respecter le Code de Déontologie Médicale, et en particulier les articles suivants.

Comme le signale l'Article 1^{er}, les infractions à ces dispositions (du présent Code de Déontologie Médicale) relèvent de la Juridiction disciplinaire de l'Ordre.



Les différentes étapes du contentieux d'une expertise médicale demandée par une victime d'un accident du travail

Article 2

Le Médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 105

Nul ne peut être à la fois Médecin Expert et Médecin Traitant d'un même malade.

Un Médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un

de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Article 106

Lorsqu'il est investi d'une mission, l'Expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées lui sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent Code.

Article 107

Le Médecin Expert doit avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer la personne qu'il doit

examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

Article 108

Dans la rédaction de son rapport le Médecin Expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.

III. LE CONTENTIEUX TECHNIQUE

Le contentieux technique institué par l'Article L. 143 – 1 du Code de la Sécurité Sociale correspond à l'appréciation médicale de l'état ou du degré d'incapacité permanente à la suite d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, l'appréciation médicale de l'état du degré d'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun, l'appréciation médicale de l'incapacité au travail des assurés âgés de plus de 60 ans et de moins de 65 ans.

Le contentieux technique est traité dans les articles « La mise en invalidité par la Sécurité sociale et son contentieux », « L'indemnisation des victimes d'un accident du travail ».

BIBLIOGRAPHIE

- DANG-VU V. – L'indemnisation du préjudice corporel, Paris Editions Lharmattan, troisième édition, 2010.
- KATZ A. – Lamy Protection Sociale. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.
- PIERCHON M. – Guide du contentieux de la Sécurité Sociale. Paris, Editions Cedat, 3^e édition, 2001.
- PIERCHON M. – Le contentieux technique de la Sécurité Sociale, manuel à l'usage des assesseurs. Numéro spécial de la revue La Commission, juin 2004.
- PIERCHON M. – Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, guide pratique d'audience, avec préface de Thomas Kemp, numéro spécial de la revue La Commission, mai 2005. Mise à jour de juin 2006 de la revue La Commission.
- PIERCHON M. – Les contentieux de la Sécurité Sociale. Montpellier. Editions Resoc, 2006.
- PIERCHON M. et DORANT A. – le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale en pratique, Semaine sociale Lamy, Supplément n° 1021, 26 mars 2001.
- ROUAUD J.P. – Le contentieux de la Sécurité Sociale en matière de maladie, d'invalidité et d'incapacité ou de pathologie professionnelle. Revue du Rhumatisme 1998; 65 (11 bis) : 300S - 302S.
- TAQUET F. – Le contentieux de la Sécurité Sociale. Paris : Editions Litec, 1993.