



NOUVEAU VISAGE DU CONTENTIEUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AVEC LA MODERNISATION DE LA JUSTICE DU XXIÈME SIÈCLE

La loi du 18 novembre 2016 n°2016-1547 de "modernisation de la justice du XXIème siècle" a initié la réforme du contentieux de la sécurité sociale.

Organisé jusqu'au 31 décembre 2018 principalement par le Décret du 29 juillet 2009 n° 2009-938, le Décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018, avec l'Ordonnance n° 2018-358 du 16 mai 2018 et le Décret n° 2018-772 du 4 septembre 2018, feront apparaître un nouveau visage de ce contentieux.

Nous vous proposons de faire un état des apports en matière pré-contentieuse (I) puis contentieuse (II), avant de s'attarder sur quelques dispositions annexes (III).

I. Les apports du Décret en matière pré-contentieuse

1. L'instauration d'un recours préalable en contentieux technique

A ce jour, seul le contentieux général fait l'objet d'un recours préalable obligatoire devant la Commission de recours amiable (CRA) avant l'action à intenter devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

À compter du 1er janvier 2019, ce recours préalable sera également obligatoire dans le cadre du contentieux technique.

Il s'agit à notre sens de la principale nouveauté de la réforme dans le contentieux technique de la sécurité sociale qui est issue de l'article 12 section 2 de la Loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice.



Ainsi, toute contestation d'une décision attributive de taux d'incapacité devra être soumise à une « Commission Médicale de Recours Amiable » (« CMRA »).

Cette dernière devra être saisie par courrier recommandé avec accusé réception dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision à contester et sera composée de deux médecins figurant parmi la liste fixant les experts judiciaires et d'un praticien conseil de Caisse primaire non auteur de l'avis médical entrepris et contesté.

On peut souligner l'absence de juriste dans cette composition qui implique que l'intérêt de l'attente d'une décision explicite pour élever la contestation devant la juridiction judiciaire compétente sera ainsi très relatif.

Pour les modalités pratique de fonctionnement, le secrétariat de la Commission, à réception de sa saisine, communiquera la copie du recours au praticien conseil auteur de l'avis médical et ce dernier devra alors, dans un délai de 10 jours à compter de la date de sa réception, transmettre l'intégralité du rapport d'évaluation des séquelles à ladite Commission. Le secrétariat devra pour suite notifier sans délai ledit rapport au médecin conseil de l'employeur (ou au requérant) qui, dans un délai de 20 jours, pourra faire valoir ses observations.

Aucune sanction n'est imposée en cas de non-respect de ces dispositions. Les délais fixés semblent donc indicatifs.

La Commission devra établir, pour chaque recours examiné, un rapport comportant son analyse du dossier et ses constatations. Une décision administrative comportant des « conclusions motivées » devrait être rendue à la lecture de ce rapport.

L'employeur disposera d'un délai de deux mois pour saisir le Tribunal de Grande Instance spécialement désigné de la décision notifiée de la Commission Médicale de Recours Amiable.

À défaut de notification de décision de ladite Commission, une décision implicite de rejet interviendra dans un délai de 4 mois à compter de la réception du recours par ladite Commission.

2. L'allongement des délais de procédure

La réforme impose un allongement des délais de procédure.

Outre la présence d'un délai a minima de 4 mois pour bénéficier d'une décision implicite de rejet nécessaire à la saisine du Tribunal de Grande Instance pôle social après la saisine de la Commission Médicale de Recours Amiable qui allonge considérablement le temps de la procédure en contentieux technique, le Décret du 29 octobre 2018 double le délai de la



survenance de la décision implicite de rejet de la Commission de Recours Amiable en contentieux général : passage d'un à deux mois.

Le délai de saisine du Tribunal de Grande Instance sera de deux mois sur décision expresse ou implicite de rejet des Commissions.

On relève ainsi une volonté d'harmonisation des délais en matière de contentieux général, tel que cela avait déjà été amorcé l'année dernière pour la contestation des mises en demeure en matière d'URSSAF : passage également d'un délai d'un mois à un délai de deux mois.

Le Décret du 29 octobre 2018 rappelle que les saisines hors délai du Tribunal de Grande Instance encourent la forclusion. Celle-ci ne peut être toutefois opposée dès lors qu'il n'y a pas mention des voies et délais de recours soit sur les décisions explicites, soit sur les accusés réception des saisines des Commissions en cas de décision implicite de rejet.

Également, le Décret réitère que la forclusion ne peut être opposée en cas d'absence de saisine sur décision explicite lorsque le Tribunal est déjà saisi sur la base d'une décision implicite de rejet.

II. Les apports du Décret en matière contentieuse

1. La fin de la dichotomie juridictionnelle contentieux général/contentieux technique

La Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI siècle a réformé profondément l'organisation des instances compétentes pour le contentieux de la sécurité sociale.

Il met fin à la dichotomie juridictionnelle.

La disparition des Tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) et des Tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) a été précisée par l'article 1 de l'Ordonnance n° 2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale.

Le « Tribunal de Grande Instance spécialement désigné » reprend la main et devra œuvrer, sous un même toit, pour que coexistent le contentieux général et le contentieux technique de la sécurité sociale.



Pour rappel, la fin de la dichotomie juridictionnelle implique outre l'attribution du contentieux de la sécurité sociale à des TGI spécialement désignés et à des Cours d'appel spécialement désignées, la disparition programmée et progressive de la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail (CNITAAT) au profit, d'une part des dites Cours d'appel spécialement désignées, mais également de la Cour d'appel d'Amiens qui sera responsable du contentieux tarifaire dont nous évoquerons le régime spécifique.

2. Les requêtes pour la saisine des Tribunaux de Grande Instance

* La motivation et la forme de la requête

L'article R.142-10-1 du Code de la sécurité sociale exige que le Tribunal de Grande Instance spécialement désigné soit saisi par voie de « requête » contenant non seulement les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, mais également un « *exposé sommaire des motifs de la demande* » accompagné d'un bordereau de pièces dont l'importance quantitative dépendra de la nature de la décision rendue par la CRA ou la CMRA (implicite/explicite).

Cet article pose ainsi une exigence de motivation supplémentaire en contentieux général sur la présentation des demandes : rappelons que l'actuel article R.142-18 du Code de la sécurité sociale impose seulement une saisine par « *simple* requête » pour le TASS et que l'actuel article R.143-7 du même Code exige un "*exposé sommaire des motifs de la demande*" pour le contentieux technique.

Le nouvel article R.142-10-2 prévoit que le Président de la formation de jugement peut par ordonnance motivée rejeter les requêtes manifestement irrecevables. Cette nouveauté est importante puisqu'elle octroie toute latitude au pouvoir prétorien en l'absence de critères plus précis de recevabilité.

* La requête : acte déterminant pour le rythme de vie contentieuse

L'article R.142-10-3 du Code de la sécurité sociale, dans sa version applicable au 1er janvier 2019, prévoit :

« II.- Dans les contentieux mentionnés au 1° de l'article L. 142-1, lorsque la contestation porte sur une question d'ordre médical, et dans les contentieux mentionnés aux 1°, 2°, 3°, 5° et 6° de l'article L. 142-2, le greffe du tribunal adresse copie de la requête selon le cas à la caisse ou à l'auteur de la décision contestée, et l'invite à présenter ses observations écrites, et à les communiquer aux autres parties à l'instance dans un délai de vingt jours. La convocation du demandeur l'invite à



comparaître en personne afin qu'il puisse être procédé le cas échéant à une consultation clinique à l'audience. »

Ainsi, dès lors que la requête présentera une contestation d'ordre médical (date de consolidation, longueur des arrêts et soins, taux d'incapacité) dans les rapports Caisse/Employeurs, le Greffe du Tribunal de Grande Instance avisera la partie adverse désignée de la requête et l'invitera à présenter ses observations au Tribunal et au requérant dans un délai de 20 jours.

Il nous semble en conséquence qu'une accélération des procédures soit recherchée par le pouvoir réglementaire dans les contestations dont l'issue du litige se présentera, a priori, grâce à l'intervention d'un expert désigné. Cette accélération vise en pratique plusieurs mois voire plusieurs années de procédure puisqu'il s'agit d'inviter les parties à avancer dans le traitement du dossier sans attendre l'avis d'audience.

Ces dispositions semblent toutefois avoir une portée relative puisque non-assorties de sanction.

Pour les autres litiges (de nature non médicale), le Tribunal de Grande Instance devrait uniquement communiquer un avis de recours aux parties désignées. Le litige ne requérant, par nature, pas de mesure d'instruction, il n'a pas été prévu de rechercher une réduction du temps de traitement contentieux.

3. Les mesures d'expertise devant le TGI spécialement désigné

L'article R.142-16 prévoit deux types de mesures d'instruction qui seront communes au contentieux général et au contentieux technique: la consultation clinique et l'expertise sur pièces.

Le Décret prévoit quelques particularités pour le contentieux technique sur la communication des rapports objets de débats en cours d'expertise.

Tout d'abord, le Tribunal de Grande Instance pourra solliciter la communication du rapport d'évaluation des séquelles à l'attention de l'expert désigné non seulement par la voie de l'article 12 section 5 de la Loi auprès de la Commission Médicale de Recours Amiable, mais également auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie *en sus* du rapport médical de ladite Commission sur le fondement de l'article R 142-16-3.

Il existe ainsi une double exigence législative et réglementaire en contentieux technique tendant à ce que l'intégralité des rapports médicaux soit communiquée au médecin expert désigné par le Tribunal.



A minima, la Commission Médicale de Recours Amiable ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie devront communiquer le rapport d'évaluation des séquelles.

4. Le régime MSA

Les articles R.142-8-2 et R.142-13 et suivants issus du Décret du 29 octobre 2018, ainsi que les articles L.142-1 et L.142-2 issus de la Loi du 18 novembre 2016 fixent le nouveau régime du contentieux de la sécurité sociale agricole.

Le contentieux tarifaire de la MSA sera porté devant la Cour d'appel d'Amiens.

Le contentieux des décisions de prise en charge de sinistre et d'attribution de taux d'incapacité sera porté devant le Tribunal de Grande Instance spécialement désigné comme l'exige l'article R.142-8-2 alinéa 2 du Décret :

« Dans un délai de dix jours à compter de la date de la réception de la copie du recours préalable, le praticien conseil transmet à la Commission, sous pli confidentiel et par tout moyen conférant date certaine, l'intégralité du rapport mentionné à l'article L 142-6 ainsi que l'avis transmis à l'organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole sur l'état et le degré d'invalidité ou sur le taux d'incapacité permanente ».

Naturellement, si les décisions des MSA sont à contester devant le TGI spécialement désigné, il conviendra de procéder à la saisine préalable de la Commission compétente.

5. La réaffirmation du principe de l'oralité de la procédure, sous aménagement possible

Contrairement aux craintes que nous pouvions avoir du fait du passage sous l'égide du Tribunal de Grande Instance, le Décret du 29 octobre 2018 réaffirme le principe de l'oralité de la procédure devant le TGI pôle social.

Il réaffirme toutefois la possibilité de bénéficier d'une procédure écrite.

En effet, les parties peuvent solliciter des dispenses de comparution en audience : leurs demandes et moyens seront ainsi uniquement présentés par écrit.

Dans de tels cas, les parties "*communiquent*" par lettre recommandée avec accusé de réception ou par notifications entre avocats. L'envoi de télécopie ou de courriel simple semblent



interdit. Les parties devraient pouvoir justifier auprès du Tribunal de leurs notifications dans les délais fixés par ce dernier.

Le jugement rendu dans ces conditions sera réputé contradictoire.

6. La possibilité de procéder par voie d'injonction de payer

Le Décret du 29 octobre 2018 instaure un nouvel article R.142-10-8 au sein du Code de la sécurité sociale :

"Le recouvrement d'une créance peut être demandé suivant la procédure d'injonction de payer lorsqu'elle résulte d'une prise en charge injustifiée ou d'un indu de prestation.

La demande est portée devant le président du tribunal du lieu où demeure le débiteur. Tout autre juge se déclare d'office incompétent.

La procédure est régie par les articles 1407 et suivants du code de procédure civile sous réserve des dispositions relatives à la procédure orale."

L'inclusion d'une possibilité de procéder par voie d'injonction de payer pour le remboursement d'un indu (par exemple auprès de l'URSSAF) peut permettre une accélération des procédures afférentes.

La procédure est celle de l'injonction de payer classique.

7. La réaffirmation de l'absence de représentation obligatoire en cause d'appel

Une des craintes afférentes à la survenance du Décret du 29 octobre 2018 était la survenance de la représentation obligatoire en cause d'appel et ainsi l'obligation de la postulation et du RPVA, alourdissant ainsi considérablement les procédures.

Fort heureusement, le Décret confirme la spécificité de ce contentieux malgré la réforme, et réaffirme le principe selon lequel la procédure d'appel est sans représentation obligatoire.

Le ministère d'avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation en cas de pourvoi est réaffirmé également. La procédure devant la Cour de cassation et le Conseil d'État reste inchangée.



8. Le régime procédural spécifique du contentieux tarifaire

La Loi du 18 novembre 2016 avait prévu le transfert de la compétence actuelle de la CNITAAT en matière de contentieux tarifaire et le Décret du 5 janvier 2017 n° 2017-13 a précisé que la Cour d'appel d'Amiens assumera cette responsabilité, et ce à compter du 1er janvier 2019.

Le Décret du 29 octobre 2018 ouvre la possibilité, pour les employeurs, de présenter une « réclamation gracieuse » devant la CARSAT des décisions attributives de taux de cotisation *en sus* des demandes de rectification après apparition d'une décision judiciaire définitive.

Ce recours gracieux devra être engagé dans le délai de deux mois à compter de la date de réception de la notification de la décision contestée.

Par suite, soit l'organisme social notifiera une décision au requérant et ce dernier disposera, de nouveau, d'un délai de deux mois pour la contester devant la Cour d'appel d'Amiens, soit il rendra une décision implicite de rejet car il n'aura pas répondu dans un délai de deux mois et l'employeur devra saisir la Cour d'appel dans un nouveau délai de deux mois à compter de la date de la décision implicite de rejet.

Le Décret du 29 octobre 2018 établit aussi une nouvelle procédure spécifique.

La Cour est saisie par voie d'assignation. On dénoncera l'alourdissement des frais de justice pour contester les décisions de la CARSAT et solliciter des demandes en inscription en compte spécial.

Le contentieux tarifaire obéira à un régime dérogatoire de procédure civile puisqu'il exclura les dispositions classiques organisant le fonctionnement des Cours d'appel. Le premier alinéa de l'article R.142-13-3 prévoit qu'il sera procédé aux instructions par voie des dispositions relatives à la procédure orale.

9. L'information de l'assuré du recours employeur

Le Décret pose enfin une sérieuse question sur la place de l'intervention de l'assuré dans le rapport Caisse/employeur.



Dans le cadre de l'action en contestation d'une décision attributive de taux d'incapacité, l'assuré devrait se voir systématiquement informé de la transmission de son dossier médical fixant les séquelles au médecin conseil de son employeur.

Il s'agit d'une atteinte importante au principe de la séparation des rapports Caisse/assuré, Caisse/employeur.

Cette volonté d'interférence de l'assuré dans le rapport Caisse/employeur est notamment fixée par l'article R.142-16-3 du code de la sécurité sociale qui prévoit que, pour les mesures d'instruction relevant, a priori uniquement du contentieux technique, l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle soit informé de la notification de l'intégralité des rapports au médecin mandaté par l'employeur.

III. Dispositions annexes

1. La détermination de la compétence territoriale du TGI

Le Décret prévoit en son article R.142-10 :

« Le Tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire, celui de l'employeur ou du cotisant intéressé ou le siège de l'organisme défendeur en cas de conflit entre organismes ayant leur siège dans le ressort de juridictions différentes. »

Il précise également :

« Toutefois, la juridiction compétente est celle dans le ressort de laquelle se trouve :

4° L'établissement de l'employeur en cas de différend portant sur des questions relatives à l'affiliation et aux cotisations des travailleurs salariés. ».

Il n'y a ainsi pas de ré-écriture de l'actuel article R.142-12 du Code de la sécurité sociale. En conséquence, dans le domaine AT/MP, le TGI spécialement désigné restera celui du siège de la société (comme exigé dorénavant par la jurisprudence de la Cour de cassation tant en contentieux technique qu'en contentieux général). Dans le domaine du recouvrement des charges sociales auprès des URSSAF, le TGI compétent restera celui de l'établissement. Il s'agira néanmoins de rester vigilant sur ce point car on sait que certains Tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale refusent d'appliquer la jurisprudence de la Cour de cassation actuelle en accident du travail et maladie professionnelle.



2. Dispositions diverses

La Commission d'aide sociale, dans les matières afférentes (admission à l'aide sociale), est remplacée par le Tribunal administratif de Paris, qui statue dès lors en son lieu et place.

Un recours préalable obligatoire, dans la ligne droite des apports du Décret du 29 octobre 2018 en matière de tarification des sinistres professionnels, est créé pour les contestations relatives à la carte "mobilité inclusion" destinée aux personnes physiques. Il est formé, par tout moyen conférant date certaine, devant le Président du Conseil départemental, suivant lettre de saisine "pouvant" exposer les motifs de la contestation, avec copie de la décision contestée ou de l'AR en cas de décision implicite.

Une décision implicite de rejet interviendra alors sous un délai de deux mois.

De la même manière, un recours préalable obligatoire est institué pour la contestation de décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, auprès de la MDPH par tout moyen conférant date certaine. Les mêmes termes que ceux de la carte mobilité inclusion sont repris concernant les modalités de saisine.

Le texte précise toutefois que ce recours préalable obligatoire n'a pas d'effet suspensif en principe (exceptions prévues).

L'engagement d'une procédure de conciliation suspend toutefois le délai du recours préalable obligatoire.

La décision implicite de rejet naît, également, sous deux mois.

3. Focus sur les dispositions transitoires

Le transfert des procédures en cours au Tribunal de Grande Instance - pôle social, doit être effectué par les Tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale et Tribunaux de Contentieux de l'Incapacité avant l'entrée en vigueur du Décret, soit le 1er janvier 2019. Les Greffes doivent en informer les Parties.

Par ailleurs, les Greffes des TGI pôle social récupéreront la charge de notifier les décisions rendues avant le 31 décembre 2018 par les TASS et TCI qui n'auront pas pu procéder auxdites notifications.

Les appels formés à compter du 1er janvier 2019, y compris pour des décisions rendues avant cette date, seront à porter devant la Cour d'appel spécialement désignée.



Les instances en cours devant la CNITAAT demeurent instruites et jugées selon les dispositions applicables avant le 1er janvier 2019. Le Président peut toutefois renvoyer les affaires devant la Cour spécialement désignée. Les parties devraient pouvoir solliciter un tel renvoi.

Le transfert de la compétence de la CNITAAT à la Cour d'Appel d'Amiens a été organisé : l'article 7 de l'ordonnance du 16 mai 2018 prévoit le maintien provisoire de la CNITAAT jusqu'au 31 décembre 2020, ou à une date ultérieure à fixer par décret simple qui ne pourra dépasser le 31 décembre 2022 afin de continuer à juger les affaires dont elle a été saisie avant le 1er janvier 2019.

En somme, la CNITAAT semble devoir être encore saisie jusqu'au 1er janvier 2019, date prévue "au plus tard" pour la fusion des juridictions générales et techniques de la sécurité sociale.

Les recours pendants devant les TASS et TCI seront, quant à eux, purement transférés.

Enfin, il est précisé que, jusqu'au 1er septembre 2019, en cas de vacance, récusation ou absence d'assesseurs en raison de la réforme, l'audience est reportée à une date ultérieure (limité à une fois), sauf accord des parties pour que le Président statue seul.

* * *

Pour conclure, le contentieux de la sécurité sociale va, par la réforme lancée par la Loi de la modernisation de la justice du XXIème siècle du 18 novembre 2016, prendre un nouveau visage. Nous n'en percevons aujourd'hui que les contours. Le Décret du 29 octobre 2018 nous permet, déjà, d'être sensibles à certaines aspérités qui lui donneront toute sa personnalité. La prudence sera toutefois de mise dans sa découverte même si l'on peut espérer qu'un sourire se dessine à long terme.