

IV

Les moyens de recours

8

Les moyens de recours

On consultera utilement le *Guide des étrangers face à l'administration* publié par le GISTI dans la même collection (Editions La Découverte, 1987).

Néanmoins, il paraît essentiel de rappeler ici les moyens de recours contre les décisions de la Sécurité sociale et de l'aide sociale, ainsi que les règles à retenir pour formuler un recours.

I. Les moyens de recours contre les décisions de la Sécurité sociale

Si la réglementation n'est pas appliquée ou si l'assuré n'est pas d'accord avec la décision prise par la caisse de Sécurité sociale, que ce soit au plan administratif ou au plan médical, il ne doit pas hésiter à engager des recours.

171

Le contentieux de la Sécurité sociale ne relève pas des juridictions de droit commun, sauf s'il s'agit de litiges d'ordre judiciaire ou pénal ou concernant la gestion de la caisse, auquel cas les juridictions habituellement compétentes sont saisies.

En revanche, le contentieux des régimes de prévoyance complémentaire relève des juridictions de droit commun.

Il existe deux sortes de *contentieux des décisions de sécurité sociale* :

- le *contentieux général*, qui concerne l'application de la législation et de la réglementation de sécurité sociale ;
- les *contentieux spéciaux*, pour les problèmes d'ordre technique, médical et professionnel.

163

A. LE CONTENTIEUX GÉNÉRAL

Le contentieux général (ou administratif) concerne l'application de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale. Il s'agit, par exemple, du refus d'attribution d'une prestation à un étranger motivée par l'absence de titre de séjour.

La procédure qui permet de contester les décisions des services administratifs des caisses a été modifiée par les lois du 3 janvier et du 25 juillet 1985

164

La commission de recours amiable (CRA)

Dans un premier temps, la réclamation de l'assuré doit être soumise à la « commission de recours amiable » (anciennement : commission de recours gracieux). Cette commission est une émanation du conseil d'administration de la caisse. Elle est donc paritaire et comprend deux administrateurs « salariés » et deux administrateurs « employeurs ».

Le délai de saisine de la CRA est de *deux mois* à compter de la notification de la décision. Il est préférable de faire le recours par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si au bout d'*un mois* la caisse n'a pas fait connaître la décision de la CRA, la demande est considérée comme rejetée. Les délais de saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale courent alors et il convient d'être vigilant.

165

Le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)

Le TASS a remplacé depuis 1985 la « commission de première instance ». Ce nouveau terme rappelle bien qu'il s'agit d'une juridiction.

- **Composition** : le président du tribunal est nommé pour trois ans par le premier président de la cour d'appel. C'est un magistrat. Il est assisté de deux assesseurs, l'un représentant les travailleurs salariés, l'autre les employeurs et les travailleurs

indépendants ; tous deux sont nommés également pour trois ans par le premier président de la cour d'appel, devant laquelle ils prêtent serment.

• Délai de saisine : le TASS doit être saisi dans un délai de *deux mois* à compter, soit de la notification de la nouvelle décision de la caisse après examen par la commission de recours amiable, soit, en cas de silence, de l'expiration du délai d'un mois (rejet implicite).

• Procédure : le TASS est saisi par simple requête, déposée ou adressée (de préférence en courrier recommandé) au secrétariat.

Le tribunal compétent est, selon les cas, celui dans le ressort duquel se trouve :

— l'établissement de l'employeur, en cas de différend relatif à l'affiliation ou aux cotisations des salariés ;

— le lieu de l'accident ou la résidence de l'accidenté, au choix de celui-ci, en cas d'accident du travail non mortel ;

— le dernier domicile de l'accidenté, en cas d'accident du travail mortel ;

— la résidence du bénéficiaire ;

— le siège de l'organisme de sécurité sociale défendeur, si le demandeur n'est pas domicilié en France.

La procédure est *gratuite* et *contradictoire*, c'est-à-dire que les deux parties sont convoquées et peuvent exposer leur position. Elles peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter par les personnes suivantes :

— leur conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;

— un avocat ;
— suivant le cas, un travailleur salarié ou 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 à l'instance, ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale ;
— un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Le TASS statue en *dernier ressort* pour les litiges dont le montant est inférieur à 13 000 francs.

Il est possible au président du tribunal de statuer en référé.

166 La cour d'appel

L'appel n'est possible qu'à l'encontre des décisions du TASS rendues en premier ressort (c'est-à-dire pour les litiges dont le montant est supérieur à 13 000 francs).

L'appel doit être formé dans le *délai d'un mois* à compter de la notification de la décision du tribunal, soit par lettre recommandée avec accusé de réception auprès de la cour d'appel, soit par dépôt au secrétariat du TASS qui a rendu la décision attaquée.

C'est la chambre sociale de la cour d'appel qui statuera.

La Cour de cassation

La décision peut faire enfin l'objet d'un pourvoi devant la Cour de cassation dans le *délai de deux mois*.

Attention : la procédure engagée n'entraîne pour l'assuré aucun frais de justice, excepté devant la Cour de cassation, où l'assistance d'un avocat est obligatoire.

167

B. LE CONTENTIEUX TECHNIQUE ET L'EXPERTISE MÉDICALE

Les contestations d'ordre technique ou médical sont soumises soit au contentieux technique de la Sécurité sociale, soit à la procédure d'expertise médicale.

Le contentieux technique

Il concerne les contestations de décisions médicales des caisses, portant sur :

- la reconnaissance de l'état et de la gravité d'une *invalidité* dont les décisions sont prises par les caisses primaires (en Ile-de-France, la caisse régionale d'assurance maladie) ;
- l'état et le taux d'*incapacité permanente* en cas d'*accident du travail* ou de maladie professionnelle ;
- l'état d'*inaptitude au travail* permettant de

176

bénéficier à 60 ans de la *retraite à taux plein* (caisse nationale d'assurance vieillesse).

Enfin, cela recouvre également les recours déposés contre les décisions de la CDES (commission départementale de l'éducation spéciale) et de la COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel), en matière d'attribution des prestations suivantes :

- allocation aux adultes handicapés ;
- carte d'invalidité ;
- allocation compensatrice ;
- carte de station debout pénible.

168

Le recours doit être porté devant la *commission régionale technique* concernée dans un délai de deux mois (il s'agira, selon le cas, de la commission régionale d'invalidité et d'incapacité permanente ou de la commission régionale d'inaptitude au travail).

Cette commission siège à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), qui en assure le secrétariat.

Elle est présidée par le directeur régional ou un fonctionnaire qui le représente, et composée de :

- un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants,
- un assesseur représentant les travailleurs salariés,
- un médecin désigné par le directeur régional,
- un médecin désigné par la caisse ou l'organisme dont la décision est contestée,
- un *médecin désigné par le requérant*.

C'est au moment du dépôt de la réclamation

177

170 L'expertise médicale (décret du 7 janvier 1959)

La procédure d'expertise médicale peut être mise en œuvre en cas de contestation d'ordre médical, à l'exclusion des cas relevant du contentieux technique. Par exemple : contestation relative à la date de consolidation de la blessure ou de la lésion (de caractère professionnel ou après un accident du travail).

L'expertise peut intervenir à tout moment. Elle doit être prescrite par une juridiction du contentieux général. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, la demande d'expertise peut intervenir dans un délai de deux ans après la date de l'accident ou de la clôture de l'enquête ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière.

La demande d'expertise est faite soit par la victime, soit par la caisse.

Le médecin-conseil de la caisse se met alors en rapport avec le médecin traitant pour désigner l'expert. L'expertise est contradictoire et les conclusions s'imposent aux parties.

Les honoraires et frais d'expert sont à la charge de l'organisme d'assurance maladie.

après de la commission régionale (lettre recommandée avec avis de réception) que le requérant peut préciser le nom du médecin qu'il désigne (dont les honoraires reviennent à sa charge. Mais diverses associations peuvent aider les intéressés dans leurs démarches et leur assurer la présence d'un médecin).

La commission régionale statue en *dernier ressort* sur les contestations d'incapacité permanente lorsque le taux en question est inférieur à 10 %. Ses décisions doivent être motivées.

La commission régionale compétente est celle du domicile du requérant. Si celui-ci ne réside pas en France, c'est celle du siège de l'organisme dont la décision est contestée.

169 En cas de nouvelle contestation, portant sur un taux supérieur à 10 %, la décision de la commission régionale peut être portée devant la *Commission nationale technique*, dans le délai d'un mois.

L'appel est déposé auprès du secrétariat de la commission régionale, qui constitue le dossier et le transmet à la Commission nationale.

Cette dernière ne convoque pas le demandeur et ne procède à aucun examen médical sur place : elle statue sur pièces (mais elle peut prescrire tous examens médicaux et analyses qu'elle juge utiles).

En dernier ressort, la *Cour de cassation* peut être saisie dans le délai de deux mois.

171 C. LE CONTENTIEUX DES COTISATIONS DUES AU TITRE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Cela concerne les employeurs, qui payent cette cotisation, s'ils en contestent le taux. Le recours

relève d'une commission nationale et doit être effectué dans le délai de deux mois, après recours gratuits facultatif auprès de la caisse régionale.

172 D. LE CONTENTIEUX DISCIPLINAIRE DES MÉDECINS

Il s'agit du contrôle de toute fraude, abus ou faute commis par des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, dans l'exercice de leurs fonctions.

Le recours doit être déposé dans le délai d'un an après découverte de la fraude. Il est examiné par la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre concerné, présidée par le président du tribunal administratif.

Il existe une possibilité d'appel devant le conseil national de l'ordre et de pourvoi en cassation en Conseil d'État.

Les peines prononcées sont des avertissements ou des interdictions d'exercer, d'une durée variable, et, en cas d'abus dans la fixation des honoraires, le remboursement du trop-perçu.

II. Les recours en matière d'aide sociale

173 Recours devant la commission départementale

En cas de désaccord avec la décision de la commission d'admission, le demandeur dispose

180

d'un délai de deux mois pour formuler un recours, à partir de la date de la notification (qui doit être motivée).

Le dossier est alors soumis à la commission départementale.

Le demandeur, s'il le souhaite, est entendu par la commission. Il peut se faire accompagner par la personne ou l'organisme de son choix.

Outre l'intéressé, d'autres personnes peuvent également présenter un recours devant la commission départementale :

- les obligés alimentaires du demandeur ;
- l'établissement ou le service qui a fourni les prestations (par exemple, un hôpital) ;
- le maire, le président du conseil général ;
- les organismes de sécurité sociale intéressés ;
- tout habitant ou tout contribuable de la commune ou du département, ayant un intérêt direct à la réformation de la décision.

Aussi est-il parfois utile, devant l'impossibilité du demandeur ou sa réticence à présenter lui-même un recours, de solliciter, par exemple, l'hôpital ou l'organisme de sécurité sociale pour qu'ils usent de leur droit de recours.

174 Recours devant la commission centrale

Dans un délai de deux mois après la notification de la décision de la commission départementale, le demandeur ou les autres personnes en cause peuvent faire appel devant la Commission centrale d'aide sociale.

181

Cette commission siège au ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.

Là encore, s'il le souhaite, le demandeur, accompagné de la personne ou de l'organisme de son choix, est entendu par la commission.

175 III. Les règles à observer

- 1) Tout recours — gracieux, hiérarchique ou contentieux — doit être signé par l'intéressé lui-même.
 - 2) L'association ou le service social peut faire une intervention d'accompagnement pour soutenir le recours de l'intéressé.
 - 3) Le recours doit être envoyé en courrier recommandé avec accusé de réception.
 - 4) Il faut toujours garder une photocopie du recours, qui pourra servir pour les recours complémentaires.
 - 5) Le recours doit toujours mentionner l'état civil complet de l'intéressé, le numéro éventuel du dossier et la photocopie de la décision contestée.
- Attention !** La signature de l'intéressé est toujours nécessaire sauf si le recours est introduit par l'intermédiaire d'un avocat, dont le mandat résulte de la loi organisant la profession.

Toutefois, en matière d'aide sociale, le recours peut être introduit par tout organisme ou personne ayant intérêt à agir (voir p. 181).

Conclusion

Vers l'accès aux droits ou vers l'exclusion ?

On peut imaginer que si les travailleurs étrangers et leurs familles disposaient dans leur pays d'une meilleure information sur les démarches à accomplir, avant de venir se faire soigner en France, nombre de leurs situations ne seraient pas aussi inextricables ou insolubles à l'arrivée à l'hôpital, et ils pourraient bénéficier des droits que leur reconnaissent la législation française et les conventions, quand il en existe.

Quand on examine ce qui se passe en général, on constate que c'est souvent en toute ignorance qu'un membre d'une famille (épouse, père, fils, etc.) vient rejoindre temporairement son parent travailleur en France, et pense bénéficier automatiquement de la protection accordée aux ayants droit, dans le cadre de la Sécurité sociale française. Et ce n'est pas absurde, puisque leur raisonnement se calcule sur les principes qui régissent les modes de prise en charge

des Français. Aussi, la clause restrictive qui exige une résidence régulière en France pour bénéficier de la Sécurité sociale est-elle très peu connue.

Ces admissions à l'hôpital, souvent en catastrophe, ne sont donc qu'un reflet de l'incurie ou du désintérêt général vis-à-vis de la santé des migrants (absence de prévention bien conduite avec leur participation, médecine du travail impuissante, etc.). On sait aussi qu'eux-mêmes, prisonniers du système qui leur est imposé, consultent souvent quand il est déjà trop tard. Et comme le notait déjà le Dr Gentilimi (colloque CFDT sur l'immigration, décembre 1979), toute attitude qui contribue à renforcer leur isolement par des contrôles suspicieux, toute exigence qui leur impose de faire la preuve de leur santé pour avoir droit de cité ne peut que se montrer profondément pathogène. S'il s'agissait donc que l'accès aux hôpitaux est aussi le prétexte d'une chasse aux sorcières, la situation deviendrait encore plus dramatique. Si l'hôpital est utilisé si souvent, c'est bien qu'aucune aide n'a pu être apportée plus tôt.

On a vu que l'argument de « coût social » des étrangers ne peut être utilisé impunément.

La situation socio-économique et la politique restrictive menée au sein des hôpitaux comme de certains départements ou communes ont conduit à marginaliser toute une population, parmi laquelle on retrouve de nombreux étrangers.

L'émergence de consultations médicales gratuites, assurées par des médecins et professionnels bénévoles, est le signe d'une réaction de la profession à ces

exclusions. Mais, sans nier le rôle essentiel qu'elles ont joué depuis plusieurs années, on ne peut que souhaiter les voir disparaître. Pour cela il faut développer un accueil social et administratif fort, qui permette à chacun de rentrer dans ses droits.

N'est-il pas absurde de lire qu'une étude locale menée par l'INSEE en 1980 faisait apparaître que 80 % des personnes qui sollicitaient alors l'aide médicale, dans le cadre de l'aide sociale, pouvaient se prévaloir d'une ouverture de droits au titre de l'assurance maladie ?

Le ministre des Affaires sociales, dans son importante circulaire du 8 janvier 1988 relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies, recommande par priorité l'information afin que chacun puisse réintégrer au maximum les circuits lui permettant de retrouver la couverture sociale auquel il peut avoir droit.

Mais, derrière l'apparent et nouveau souci d'ouverture des caisses primaires d'assurance maladie, on ne peut pas ignorer des orientations fondamentalement opposées et des pratiques contrairement insidieuses.

Alors il faut rester très vigilant, et garder aussi en mémoire deux articles du Code de déontologie des médecins :

« Article 5 — Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils inspirent.

« Article 39 — Hors les cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité ou à des

obligations d'assistance, un médecin a toujours le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. »

Le médecin peut se dégager de sa mission à condition de ne pas nuire de ce fait à son malade, de s'assurer que celui-ci sera soigné et de fournir à cet effet les renseignements utiles. Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.