

Contenu de la matière : Contentieux de la sécurité sociale

- Contentieux général
- Contentieux médical
- Contentieux technique à caractère médical

La sécurité sociale est la plus importante est la mieux connue des institutions de solidarité nationale. On peut définir la sécurité sociale comme l'ensemble des institutions garantissant aux travailleurs et à leurs familles un revenu de remplacement et des prestations sociales en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, d'accident de travail ou de décès.

Le droit à la sécurité sociale, rappelons-le, est un droit fondamental des salariés et de tous les assujettis, reconnu aussi bien par la Constitution que par la législation du travail. Il a pour objectif de garantir à tout un chacun, et en toutes circonstances, pour peu qu'il cotise, de disposer des moyens nécessaires à sa subsistance et à celle de sa famille dans des conditions décentes³

Le contentieux de la sécurité sociale désigne tout désaccord entre l'assuré social et les organes de sécurité sociale ou encore entre ces derniers et les prestataires de soins et de services pour ces assurés sociaux.

C'est la loi 08-08 relative aux contentieux en matière de sécurité sociale qui se charge de définir le contentieux de la sécurité sociale et d'organiser les procédures de règlement. L'article 2 de la même loi distingue trois catégories de contentieux : le contentieux général, le contentieux médical et le contentieux technique à caractère médical.

I- Contentieux général

I.1- Définition du contentieux général : Le contentieux général de la sécurité sociale désigne les litiges qui naissent entre les organismes de la sécurité sociale d'une part et les assurés sociaux ou les assujettis d'autre part, à l'occasion de l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

I.2 Règlement du contentieux général : Les litiges relevant du contentieux général sont portés obligatoirement devant les commissions de recours préalable avant tout recours aux juridictions compétentes. Ce recours est sensé simplifier et raccourcir les délais de traitement des litiges entre les assurés sociaux et les organismes de sécurité sociale.

A- Le recours préalable : Le recours préalable est assuré par des commissions locales et nationales de recours préalable qui revêtent un caractère non juridictionnel. En effet, bien que ces commissions rendent des décisions pouvant se rapprocher des décisions juridictionnelles, elles ne sont que des instances administratives, qui empruntent beaucoup aux procédures de recours hiérarchique diligentées contre les décisions administratives.

1/ Le recours devant la commission locale de recours préalable qualifiée intervient en premier ressort selon l'article 05 de la loi 08-08 relative aux contentieux de la sécurité sociale. Ces commissions sont créées au sein des organes de wilayas ou régionales des organismes de sécurité sociale. Elles sont composées de représentants des travailleurs salariés, représentants des employeurs, représentants des organismes de sécurité sociale et un médecin, conformément à l'article 06 de la loi 08-08 relative aux contentieux de la sécurité sociale.

La commission locale de recours préalable qualifiée est saisie dans un délai de 15 jours à compter de la date de réception de la notification de la décision contestée. (Décision des organes de la sécurité sociale), selon l'article 08 de la loi 08-08.

La commission locale de recours préalable qualifiée est tenue de prendre sa décision dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la requête, conformément à l'article 07 de la loi 08-08.

Les décisions de la commission locale de recours préalable qualifiée sont notifiées dans un délai de 10 jours à compter de la date de la décision.

2/ Le recours devant la commission nationale de recours préalable qualifiée intervient en cas de contestation des décisions de la commission locale de recours préalable qualifiée, selon l'article 05 de la loi 08-08. Cette commission est créée au sein de chaque organisme de sécurité sociale.

La commission nationale de recours préalable qualifiée est saisie dans un délai de 15 jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de la commission locale contestée, ou dans un délai de 60 jours à compter de la date de saisine de la commission locale si l'intéressé n'a reçu aucune réponse à sa requête, conformément à l'article 13 de la loi 08-08.

La formulation de ce texte peut prêter à confusion si l'on ne tient pas compte du délai que l'on doit observer avant de pouvoir faire le deuxième recours, si la commission locale ne répond pas. Rappelons en effet que la commission locale a 30 jours pour répondre et 10 jours pour notifier sa réponse, ce qui fait en tout 40 jours. Donc, en réalité, le délai du deuxième recours s'étale seulement sur 20 jours à compter de la date de non-réponse de la commission locale.

La commission nationale de recours préalable qualifiée rend sa décision dans un délai de 30 jours. Les décisions de la commission nationale de recours préalable sont notifiées dans un délai de 10 jours à compter de la date de la décision. (Art. 14, loi 08-08).

B- Le recours juridictionnel

Les décisions de la commission nationale de recours préalable qualifiée sont susceptibles de recours devant le tribunal compétent, selon le code de procédures civiles et administratives, dans un délai de 30 jours à compter de la date de la remise de la notification de la décision contestée, ou dans un délai de 60 jours à compter de la date de réception de la requête par la commission nationale de recours préalable qualifiée, si l'intéressé n'a reçu aucune réponse à sa requête, conformément à l'article 15 de la loi 08-08.

Là encore, il faut observer un délai de 40 jours à compter de la date de la saisine de la commission locale, en cas de silence de celle-ci (30 jours pour qu'elle réponde et 10 jours pour qu'elle notifie) et à partir de cette date, nous aurons 20 jours seulement pour faire le recours juridictionnel.

Les litiges qui naissent entre les institutions et les administrations publiques en tant qu'organismes employeurs et les organismes de sécurité sociale relèvent de la compétence des juridictions administratives. (Art. 16, loi 08-08).

II- Contentieux médical

II.1 - Définition du contentieux médical : On entend par contentieux médical, les litiges relatifs à l'état de santé des bénéficiaires de la sécurité sociale, notamment la maladie, la capacité de travail, l'état de santé du malade, le diagnostic, le traitement ainsi que toute autre prescription médicale.

II ;2 - Règlement du contentieux médical : Le contentieux médical est caractérisé par la nature technique de son règlement, car il exige des spécialistes en la santé qui peuvent déterminer l'état de santé du bénéficiaire, le diagnostic, le traitement, mais aussi constater l'état d'incapacité jours à compter de la date de réception de la requête, selon l'article 11 de la loi 08-08.

Temporaire ou permanente, totale ou partielle, dû à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, ou encore déclarer l'état d'invalidité du bénéficiaire.

Les litiges relevant du contentieux médical sont réglés, suivant le cas, par la procédure de l'expertise médicale ou dans le cadre des commissions d'invalidité de wilayas qualifiées, conformément à l'article 18 de la loi 08-08. Les décisions de ces dernières sont susceptibles de recours juridictionnel.

A- L'expertise médicale

Les litiges du contentieux médical qui sont du ressort de la commission d'invalidité de wilaya, sont soumis à l'expertise médicale. (Art. 19, loi 08-08).

La demande d'expertise médicale doit être formulée par l'assuré social dans un délai de 15 jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de l'organisme de sécurité sociale. Cette demande doit être écrite et accompagnée d'un rapport du médecin traitant. (Art. 20, loi 08-08).

Le médecin expert est désigné d'un commun accord entre l'assuré social assisté de son médecin traitant d'une part, et l'organisme de sécurité sociale d'autre part. Il est choisi sur une liste médecins experts établie par le ministère de la santé et le ministère de la sécurité sociale, après consultation obligatoire du conseil de déontologie médicale (art.21 loi 08-08).

L'organisme de sécurité sociale doit, dans un délai de 8 jours à compter de la date de dépôt de la demande, entamer la procédure de l'expertise médicale en proposant à l'assuré social par écrit 3 médecins experts au moins (art.22 loi 08-08).

L'assuré social est tenu d'accepter ou de refuser les médecins experts proposés dans un délai de 8 jours sous peine de déchéance de son droit à l'expertise médicale. S'il s'abstient de répondre, il est tenu d'accepter l'expert désigné par l'organisme de sécurité sociale. (Art. 23 lois 08-08). Il est aussi déchu de son droit à l'expertise médicale s'il refuse, sans motif valable, de répondre aux convocations du médecin expert. (Art. 28, loi 08-08).

L'organisme de sécurité sociale doit remettre au médecin expert un dossier comportant : l'avis du médecin traitant, un résumé du litige, la mission de l'expert. (Art.25, loi 08-08). Le médecin expert est tenu de déposer à l'organisme de sécurité sociale son rapport dans les 15 jours à

compter de la date de réception du dossier suscité. Une copie de ce rapport est adressée à l'assuré social. (Art. 26, loi 08-08).

L'organisme de sécurité sociale est tenu de notifier à l'intéressé les résultats du rapport d'expertise médicale dans les 10 jours suivant sa réception. (Art.27, loi 08-08). Les résultats de l'expertise médicale s'imposent aux parties de manière définitive.

Par ailleurs que la section sociale du tribunal peut être saisie pour une expertise judiciaire en cas d'impossibilité de procéder à une expertise médicale sur l'intéressé.

B- La commission d'invalidité de wilaya qualifiée

Il est créé une commission d'invalidité de wilaya qualifiée, dont la majorité des membres sont des médecins. Cette commission statue sur les litiges des décisions rendues par les organismes de la sécurité sociale relative à :

1- L'état d'incapacité permanente totale ou partielle due à un accident de travail ou une maladie professionnelle, donnant lieu à une attribution d'une rente.

2- L'admission en invalidité ainsi que la catégorie de la révision de l'état d'invalidité dans le cadre des assurances sociales. (Art. 30, 31, loi 08-08).

La commission d'invalidité de wilaya qualifiée est saisie par l'assuré social dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de l'organisme. Elle est saisie par une demande écrite accompagnée du rapport du médecin traitant. (Art. 33, loi 08-08).

La commission d'invalidité de wilaya qualifiée prend toutes les mesures (désignation d'un médecin expert, examen du malade...etc.) Elle statue sur les contestations qui lui sont soumises dans un délai de 60 jours à compter de la date de réception de la requête. (Art. 31, 32, loi 08-08), et ses décisions sont notifiées dans un délai de 20 jours à compter de leur date (art. 34, loi 08-08)

C- Le recours juridictionnel

Les décisions de la commission d'invalidité sont susceptibles de recours devant les juridictions compétentes dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la notification de la décision. (Art. 35, loi 08-08).

III- Contentieux technique à caractère médical

III.1- Définition du contentieux technique à caractère médical : Le contentieux technique à caractère médical désigne les litiges qui naissent entre les organismes de sécurité sociale et les prestataires de soins et de services et relatifs à l'activité professionnelle des médecins, des pharmaciens, chirurgiens, dentistes, et auxiliaires médicaux concernant la nature du traitement et le séjour dans un hôpital ou une clinique. (Art.38 loi 08-08).

III.2 Règlement du contentieux technique à caractère médical : Il est créé auprès du ministre chargé de la sécurité sociale, une commission technique à caractère médical, composé de

médecins relevant à nombre égal du ministère chargé de la santé, de l'organisme de sécurité sociale et du conseil de déontologie médicale. (Art. 39, loi 08-08).

Sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires, la commission technique à caractère médical est chargée de statuer en premier et dernier ressort sur les dépassements ayant entraîné des dépenses supplémentaires pour l'organisme de sécurité sociale. A ces fins, la commission est habilitée à prendre toute mesure lui permettant d'établir les faits (désigner expert, enquête... etc.).

La commission technique est saisie par l'organisme de sécurité sociale dans les 6 mois qui suivent la découverte des dépassements, sans qu'il se soit écoulé 2 ans à compter de la date de paiement des prestations, objets du litige. (Art. 42, loi 08-08).

Les décisions de la commission technique à caractère médical sont notifiées à l'organisme de sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au conseil national de déontologie médicale, conformément (art. 43, loi 08-08).