

Guide Mémento

Recueil - PK

Sécurité Sociale - Prestations en espèces - capitaux décès

DIVERS

1 - CONTENTIEUX

IG, fascicule PK, art. 3.8

Les litiges provoqués par l'application de la législation sur la sécurité sociale peuvent être classés d'après leur nature en deux catégories :

- 1°. Contestations d'ordre médical,
- 2°. Contestations d'ordre administratif.

A chacune de ces deux catégories correspondent des voies de recours différentes.

11 - LITIGES D'ORDRE MEDICAL

La procédure d'octroi de l'assurance maladie est engagée par les caisses d'assurance maladie qui sont habilitées au service des prestations en nature et qui doivent faire connaître leurs décisions aux directeurs en vue de l'octroi des prestations en espèces.

Il s'ensuit que les fonctionnaires sollicitant l'octroi de cette assurance sont soumis à un contrôle médical de la part de leur organisme d'affiliation, contrôle qui est indépendant de celui pratiqué éventuellement par La Poste en vue de s'assurer du bien fondé de l'arrêt de travail.

En revanche, la constatation de l'état d'invalidité temporaire est du ressort de La Poste qui, après avis de la caisse primaire, soumet le cas à la commission de réforme et notifie sa décision à ladite caisse pour le service des prestations en nature.

Le contrôle médical et, par suite, les voies de recours offertes à l'assuré diffèrent donc selon l'assurance envisagée.

111 - Contrôle médical

1° CONTROLE MEDICAL DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE

Le contrôle médical de la caisse porte sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, sur la constatation des abus en matière de soins et de tarification des honoraires, sur la prévention de l'invalidité, sur l'exonération ou la réduction du ticket modérateur et sur le traitement que le malade doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption en cas d'affection de longue durée.

Ce contrôle est effectué conjointement par le médecin-conseil de la caisse et le médecin traitant.

En outre, la caisse peut, à certaines périodes de la vie, soumettre l'assuré et les membres de sa famille à un examen de santé gratuit.

2° CONTROLE MEDICAL DE LA POSTE

Le contrôle médical que La Poste peut faire pratiquer, en matière de sécurité sociale, porte exclusivement sur le bien fondé de l'arrêt de travail qui conditionne l'octroi des prestations en espèces.

Ce contrôle se confond, en fait, avec celui de l'organisation médicale de La Poste, en vue, soit de la concession des congés pour raison de santé ou de la disponibilité d'office, soit du dépistage des abus en matière de congés ordinaires de maladie.

112 - VOIES DE RECOURS

1° ASSURANCE MALADIE

En cas de maladie, l'assuré qui conteste une décision d'ordre médical prise par la caisse (1) doit formuler, dans le délai d'un mois à compter de la date de cette décision, une réclamation écrite en indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette réclamation est, soit transmise par lettre recommandée, soit remise au guichet de la caisse contre récépissé.

Dans les trois jours qui suivent la réception ou le dépôt de la réclamation, le médecin conseil de Sécurité Sociale doit se mettre en relation avec le médecin traitant en vue de désigner l'expert qui sera chargé de trancher le différend.

A défaut d'accord entre les deux premiers praticiens, la désignation de l'expert est effectuée, sur invitation de la caisse, par le Directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales sur une liste établie par lui après avis du ou des syndicats professionnels de praticiens intéressés et du conseil d'administration de la caisse régionale d'assurance maladie.

Dès la désignation de l'expert, la caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement :

- l'avis du médecin traitant, nommément désigné,
- l'avis du médecin conseil de la Sécurité Sociale,
- les motifs de la réclamation,
- la mission confiée à l'expert et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

La caisse adresse au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée du protocole susvisé par pli recommandé avec avis de réception.

Dans les cinq jours suivant la réception de ce pli, l'expert doit procéder à l'examen du malade, soit à son cabinet, soit à domicile si le malade ne peut se déplacer, après avoir avisé le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité Sociale des lieu, date et heure de l'examen.

L'expert doit faire connaître, dans les quarante huit heures suivant l'examen, au médecin traitant de l'assuré et à la caisse, ses conclusions motivées. Il doit déposer son rapport dans le délai d'un mois suivant la réception du protocole. Une copie dudit rapport doit être adressée immédiatement au médecin traitant par la caisse. Cet organisme doit prendre une décision et la notifier au malade dans le délai maximal de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées. L'avis technique de l'expert s'impose à l'assuré comme à la caisse.

Les honoraires dus à ce praticien à l'occasion de l'expertise et éventuellement au médecin traitant, sont à la charge de la caisse. Toutefois si la contestation de l'assuré est manifestement abusive, ladite caisse peut demander à la juridiction compétente de mettre à la charge du malade tout ou partie des honoraires et frais correspondant à l'expertise.

La décision prise par la caisse à la suite de l'expertise est exécutoire par provision mais sa régularité peut être contestée par l'assuré qui doit alors faire jouer la procédure prévue ci-après à l'article 12(1).

En revanche, lorsqu'une contestation portée devant la commission de recours gracieux ou devant une commission contentieuse fait apparaître une difficulté d'ordre médical, ladite commission provoque l'examen de l'assuré par un expert désigné dans les conditions ci-dessus.

2° ASSURANCE INVALIDITE

- (1) Généralement, décision de refus des prestations en espèces prise à la suite d'un contrôle médical du médecin conseil de la sécurité sociale concluant à une reprise d'activité alors que le médecin traitant - suivi en cela par le comité médical - a prescrit une prolongation d'arrêt de travail (disponibilité d'office)
- (1) Lorsque, à la suite de l'expertise, la caisse est en mesure de confirmer sa décision initiale de refus des prestations en espèces de l'assurance maladie - c'est-à-dire que le différend entre les médecins du comité médical et les médecins de la sécurité sociale subsiste -, il convient d'appliquer les directives données à l'article 63 du chapitre PK 3.

Conformément à la réglementation relative au fonctionnement des commissions de réforme, le fonctionnaire malade doit être avisé de l'examen de son dossier par la commission de réforme par pli recommandé dix jours au moins avant la réunion de cet organisme en vue de lui permettre :

- de prendre connaissance de son dossier,
- de présenter ses observations par écrit,
- de fournir toutes pièces médicales complémentaires.

De plus l'intéressé peut, si la commission de réforme le juge utile, comparaître devant cet organisme ou se faire représenter par un médecin de son choix.

L'avis de la commission de réforme n'est susceptible d'aucun recours.

12 - LITIGES D'ORDRE ADMINISTRATIF

Les juridictions contentieuses prévues par les articles L.142.1 et R 142.12 du Code de la sécurité sociale sont compétentes pour connaître les litiges relatifs à l'application aux fonctionnaires du régime de sécurité sociale, sauf en ce qui concerne ceux appartenant par leur nature - notamment en raison du statut invoqué - à un autre contentieux.

121 - Commission de recours gracieux

Les réclamations formées contre les décisions prises par les caisses primaires sont soumises à une commission, constituée au sein du conseil d'administration de chaque organisme, qui doit se réunir au moins deux fois par mois (art. R 142.1 et 2 du Code de la Sécurité Sociale).

Ladite commission comprend :

- deux administrateurs appartenant à la même catégorie que le réclamant (salariés au cas particulier),
- deux administrateurs choisis parmi les autres catégories (employeurs, médecins membres du personnel, travailleurs indépendants).

Le secrétariat est assuré par un agent de la caisse désigné, chaque année, par le conseil d'administration.

La commission de recours gracieux, qui ne constitue pas une juridiction contentieuse, se prononce sur pièces et donne son avis au conseil d'administration. Celui-ci statue et notifie sa décision au requérant.

Néanmoins, le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à la commission de recours gracieux et n'intervenir qu'en cas de partage des voix.

122 - Juridictions contentieuses

1° COMMISSION DE PREMIERE INSTANCE (Tribunal des affaires de Sécurité Sociale)

Les décisions prises, soit par le conseil d'administration des caisses d'assurance maladie, soit par la commission de recours gracieux, peuvent être déférées à la commission de première instance dans le ressort de laquelle se trouve le domicile de l'assuré ou le siège de l'organisme défendeur si le domicile de l'assuré n'est pas compris dans la circonscription de cet organisme.

Ladite commission comprend :

- un président (président du Tribunal de Grande Instance ou un juge désigné par lui au début de chaque année judiciaire),
- un assesseur représentant les travailleurs salariés,
- un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants.

Le secrétariat de cette commission est assuré par un agent de la Direction régionale de la sécurité sociale dans la circonscription de laquelle fonctionne ladite commission ou par un agent retraité des Directions régionales de sécurité sociale.

Lorsque la commission de première instance ne peut, par suite de l'absence de l'un ou des deux assesseurs, siéger dans la composition ci-dessus, le président statue comme juge unique, l'assesseur présent, le cas échéant, n'ayant que voix consultative.

La décision de la commission de première instance n'est pas susceptible d'opposition. Les décisions rendues en dernier ressort peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation, celles qui sont rendues en premier ressort peuvent être frappées d'appel.

2° COUR D'APPEL

Les décisions rendues en premier ressort par la commission de première instance sont susceptibles d'appel devant la Cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le siège de ladite commission.

Dans chaque Cour d'appel, une chambre au moins se constitue en "Chambre sociale" pour juger des différends relatifs, notamment, à la sécurité sociale.

Les règles relatives aux différends nés de l'application des législations de sécurité sociale sont celles du droit commun, mais des dispositions particulières ont été prévues pour cette catégorie de litiges.

3° COUR DE CASSATION

Les décisions rendues en dernier ressort par la commission de première instance et les arrêts rendus par la Cour d'appel peuvent être attaqués par la voie du recours en cassation.

13 - PROCEDURE DE RECOURS

1° COMMISSION DE RECOURS GRACIEUX

L'intéressé adresse sa réclamation (accompagnée éventuellement de pièces justificatives) autant que possible par lettre recommandée à sa caisse d'affiliation, dans les deux mois à compter de la notification de la décision attaquée. La forclusion ne peut être opposée, le cas échéant, au réclamant que si ladite notification fait mention de ce délai.

Si la caisse estime que satisfaction ne peut être donnée immédiatement à l'intéressé, elle transmet la réclamation à la commission.

Dans l'hypothèse où ladite commission a reçu délégation du conseil d'administration et peut statuer elle-même, elle doit prendre sa décision dans le délai d'un mois suivant la réception de la réclamation.

Dans l'hypothèse contraire, elle donne son avis dans les quarante-huit heures suivant l'examen de la réclamation au conseil d'administration qui doit prendre sa décision dans le délai d'un mois suivant réception de la réclamation.

Dans ces deux cas, les décisions doivent être motivées.

Si le réclamant produit, ultérieurement au dépôt de sa réclamation, d'autres justifications, le délai d'un mois ne court qu'à compter de la date de réception de ces documents.

Si le réclamant n'a pas reçu de réponse dans le délai susvisé, il peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir immédiatement devant la commission de première instance.

2° COMMISSION DE PREMIERE INSTANCE

La commission est saisie par simple requête déposée au secrétariat ou par lettre recommandée adressée au secrétaire.

La requête doit être déposée ou envoyée dans le délai de deux mois à compter, soit de la date de réception de la notification de la décision contestée, soit de la date d'expiration du délai d'un mois visé ci-dessus au 1°.

Le secrétaire de la commission convoque les parties par lettre recommandée avec avis de réception huit jours au moins avant la date d'audience. Si la lettre de convocation d'une des parties a été retournée avec la mention "Non retirée", le secrétaire procède immédiatement à une nouvelle convocation.

Les parties peuvent comparaître personnellement ou, si la commission n'ordonne pas la comparution personnelle, se faire représenter, soit par un avocat ou un avoué, soit par une personne (personne de même profession, représentant syndical, etc ..) à qui elles ont donné procuration sur papier libre ou au bas de la lettre de convocation. Elles peuvent être assistées par l'une de ces personnes.

La commission de première instance ne statue qu'après s'être efforcée de concilier les parties.

Ses décisions ne sont pas susceptibles d'opposition. Lorsqu'elles sont rendues en premier ressort, elles peuvent être frappées d'appel ; lorsqu'elles sont rendues en dernier ressort, elles peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation.

Le secrétaire de la commission doit notifier, dans la quinzaine, par lettre recommandée avec avis de réception, la décision à chacune des parties convoquées à l'audience et transmettre, dès retour des avis de réception, au Directeur régional de la sécurité sociale un exemplaire de cette décision portant indication de la date de notification.

3° COUR D'APPEL

Dans le mois de la réception de la notification, chacune des parties intéressées peut interjeter appel de la décision rendue en premier ressort par la commission de première instance devant la Cour d'appel.

La Cour est saisie par lettre recommandée avec avis de réception adressée au greffe ou par dépôt de l'appel au secrétariat de la commission de première instance qui a rendu la décision attaquée. L'appel est considéré comme formé à la date qui figure sur le reçu remis à la partie intéressée.

Les parties sont dispensées du ministère d'avoué.

La convocation des parties, leur comparution ou leur représentation ainsi que la notification des arrêts de la Cour d'appel obéissent aux règles et délais fixés ci-dessus au 2° pour la commission de première instance.

L'arrêt de la Cour d'appel peut faire l'objet d'une opposition si chacune des deux convocations prévues a été retournée avec la mention "Non retirée".

L'opposition doit être formée dans les quinze jours de la notification et dans les mêmes formes que l'appel lui-même. La forclusion ne peut être opposée que si cette notification porte mention du délai précité.

4° POURVOI EN CASSATION

Les décisions rendues en dernier ressort par la commission de première instance et les arrêts de la Cour d'appel peuvent être attaqués par la voie du recours en cassation.

Le pourvoi est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision attaquée. La forclusion ne peut être opposée que si ladite notification porte mention de ce délai.

Le demandeur en cassation doit, à peine de déchéance, produire son mémoire ampliatif dans le délai de six mois à compter du dépôt du pourvoi. Sous la même peine, il doit le signifier, au plus tard, dans les deux mois suivant l'expiration du délai de six mois au défendeur et au Ministre du Travail.

Le demandeur ou le défendeur au pourvoi peut, à cette occasion, demander à être dispensé du paiement des honoraires d'avocat si ses ressources sont insuffisantes.

En cas de renvoi par la Cour de Cassation devant la commission de première instance ou la Cour d'appel par elle désignée, il appartient à l'une des parties de saisir la juridiction de renvoi par lettre recommandée adressée, dans le délai de trois mois, au greffe de cette juridiction.

14 - DIVERS

Les délais indiqués à l'article 3.8 sont évalués, quand ils sont égaux ou supérieurs à un mois, de quantième à quantième.

De plus, ils sont francs, c'est-à-dire que le jour où la notification est reçue et celui où le recours est exercé ne comptent pas. Quand le dernier jour du délai est un samedi ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'au jour ouvrable qui suit.

La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si la décision contre laquelle ils forment opposition, appel ou cassation, porte mention du délai de forclusion.

La procédure est gratuite et sans frais et les dépenses de contentieux sont supportées par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Toutefois, lorsque la procédure est jugée dilatoire ou abusive, la commission de première instance et la Cour d'appel peuvent imposer au demandeur qui succombe le paiement, d'une part, des frais résultant des enquêtes et expertises ordonnées par elles et, d'autre part, d'une amende (art. R. 144.6 du Code de Sécurité Sociale).

L'appelant qui succombe est condamné au paiement d'une amende au taux prévu à l'article 559 du nouveau code de procédure civile dont il peut, toutefois, être dispensé par une mention expresse figurant dans la décision.

Le secret professionnel s'impose aux personnes qui concourent aux actions contentieuses.

2 - OBLIGATIONS IMPOSEES AUX BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS EN ESPECES

IG, fascicule PK, art. 9.1

Par analogie avec les dispositions prises à l'égard des fonctionnaires bénéficiaires d'un congé de longue durée, les assurés bénéficiaires des prestations en espèces sont soumis aux règles ci-après :

Ils doivent cesser tout travail rémunéré sauf dans l'hypothèse où une activité contrôlée médicalement au titre de la réadaptation est conseillée ou lorsqu'une activité rémunérée est permise (invalides du premier groupe).

Sous peine de suspension des prestations en espèces, l'assuré qui est autorisé à travailler doit aviser son directeur du montant des sommes perçues au titre de son activité extra-administrative. Lorsque le total de ces sommes et des prestations en espèces excède le montant du traitement mensuel que l'intéressé percevrait s'il exerçait effectivement ses fonctions, l'excédent doit être réduit, le mois suivant, du montant des prestations en espèces.

3 - REGULARISATION D'UNE ABSENCE POUR CONTRE-VISITE DEMANDEE PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

IG, fascicule PK, art. 9.4

Les caisses d'assurance maladie sont habilitées à faire procéder au contrôle médical de leurs ressortissants. Elles doivent, cependant, éviter que l'exercice de ce contrôle n'ait pour conséquence d'occasionner une perte de salaire pour l'assuré (cf. art. 26 du décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945 abrogé par le décret n° 68-401 du 30 avril 1968) ; ledit

contrôle doit donc, dans la mesure du possible, être pratiqué en dehors des heures de travail de l'intéressé.

Ces dispositions sont applicables aux fonctionnaires titulaires ou stagiaires en vue, notamment, du service des prestations en nature (cf. art. 111 ci-dessus).

Lorsque l'agent qui se trouve dans l'obligation d'avoir recours à des soins mais assure néanmoins son service est convoqué pour ces examens de contrôle, il lui appartient de se mettre éventuellement en rapport avec le secrétariat du Service médical de la Caisse en vue de faire modifier la date ou l'heure de la convocation, de manière à subir ce contrôle en dehors de ses heures de service.

Dans l'éventualité où une telle solution s'avère inapplicable, l'absence nécessitée par ledit contrôle doit être régularisée dans l'ordre préférentiel ci-après :

- aménagement des heures de service,
- octroi de facilités de service ne donnant pas lieu à récupération,
- octroi d'une autorisation spéciale d'absence rémunérée.

Par ailleurs, lorsque les assurés sociaux sont obligés de se déplacer pour se soumettre au contrôle médical de la Caisse d'Assurance maladie dont ils relèvent, celle-ci doit leur octroyer :

- le remboursement de leurs frais de transport,
- éventuellement, une indemnité de repas et d'hôtel,
- une indemnité compensatrice de perte de salaire si le déplacement a entraîné un arrêt de travail non rémunéré.

Dans l'hypothèse où les assurés continuent à percevoir leur salaire pendant cette absence, les Caisses d'assurance maladie doivent verser à l'employeur cette indemnité compensatrice de perte de salaire qui ne peut être supérieure :

- au double du taux maximum de l'indemnité journalière de l'assurance maladie lorsque le déplacement a lieu hors de la commune de la résidence ;
- au taux maximum de l'indemnité journalière dans le cas contraire.

≠

Dans ces conditions, lorsqu'une autorisation spéciale d'absence est octroyée *aux agents contractuels de droit public ou privé*, les directeurs sont fondés à récupérer auprès des Caisses d'assurance maladie le montant de ladite indemnité. *Le paiement de cette indemnité ne peut être demandé pour les fonctionnaires (précision apportée par le service concepteurs des règles).*

En tout état de cause, l'agent ne peut bénéficier d'aucune compensation du temps consacré à l'examen, dans l'éventualité où celui-ci se prolongerait au delà de la vacation qu'il aurait dû assurer.

4 - REGULARISATION D'UNE ABSENCE SUR CONVOCATION DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE POUR EXAMEN DE SANTE

IG, fascicule PK, art. 9.5

En vertu de l'article L.615.55 du Code de la sécurité sociale, tout assuré peut être convoqué, d'office ou sur demande, par sa caisse d'affiliation en vue de subir un examen de santé périodique et gratuit.

Cet examen de santé devant, en principe, être effectué en dehors des heures de service, il appartient à l'agent de se mettre éventuellement en rapport avec le secrétariat du Centre d'examens de santé afin de faire modifier la date et l'heure de la convocation.

Lorsque l'éloignement du centre ou la nature du service de l'agent ne permet pas de respecter ces prescriptions, il y a lieu d'appliquer la procédure de régularisation visée à l'article 3.