

# Éditorial de Bruno Pireyre, président de la deuxième chambre civile

En mars dernier, je vous présentais le premier numéro de la *lettre électronique de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation*.

J'ai l'honneur, aujourd'hui, avant que ne soit publié, au cours des toutes prochaines semaines, notre deuxième numéro périodique, de proposer à votre lecture un hors-série ayant pour objet de dresser un *panorama sur la mise en œuvre des pôles sociaux*.

Ces derniers, on le sait, sont issus de la réforme en profondeur du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale, réalisée par une série de textes législatifs et réglementaires intervenus au cours des années 2016 à 2019, dont les principales dispositions sont entrées en vigueur, tour à tour les 1<sup>er</sup> janvier 2019 et 1<sup>er</sup> janvier 2020.



Le dispositif, dans son économie d'ensemble, est inspiré par la préoccupation - qui lui sert de fil conducteur - de faciliter et de simplifier l'accès au *juge des droits sociaux*. L'intention, clairement formulée, est explicite, assumée. L'avenir dira si le but que se sont ainsi assigné ses auteurs est atteint.

Les juges du fond, de même que les avocats, ont dû, depuis près de deux années et demie, et non sans mérites, croyons-nous, s'affronter à ce singulier écheveau de textes pour, nécessité faisant loi, en démêler les premiers fils.

Le panorama que voici s'efforce, d'ores et déjà, de clarifier le dispositif, dense, homogène, mais singulièrement complexe, né de ces textes, nombreux, dont l'articulation, quelquefois délicate, suscite de bien réelles interrogations.

Il l'explore par la présentation, à un niveau de détail assez élevé, des textes pertinents, éclairés, le cas échéant, par les avis ou la jurisprudence de notre Cour.

Il en ordonne l'étude raisonnée en trois volets complémentaires : de nouvelles juridictions spécialisées, en première instance et à hauteur d'appel...pourvues de compétences nouvelles... exercées selon des règles procédurales renouvelées.

Je forme le vœu que nos lecteurs trouvent dans cet « état des lieux », que nous avons souhaité précis, mais simple et pratique, un ensemble d'informations utiles, mises à leur disposition.

# Présentation générale

Inscrite dans la loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, prolongée par deux ordonnances du 16 mai 2018<sup>[1]</sup> et par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, puis concrétisée, par touches successives, par plusieurs décrets d'application (D. n° 2017-13 du 5 janvier 2017 désignant une cour d'appel spécialisée pour connaître du contentieux de la tarification de l'assurance des accidents du travail ; D. n° 2018-772 du 4 septembre 2018 désignant les tribunaux de grande instance et cours d'appel compétents en matière de contentieux général et technique de la sécurité sociale et d'admission à l'aide sociale ; D. n° 2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale ; D. 2019-1506 du 30 décembre 2019 relatif à la simplification du contentieux de la sécurité sociale), la réforme du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale instaure, en première instance, le traitement unifié de ces litiges au sein de pôles sociaux. Cette réforme répond à une volonté de simplification et d'accessibilité du juge en matière de droits sociaux. Elle s'est traduite, au 1<sup>er</sup> janvier 2019, par le transfert du contentieux des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) et, pour partie, des commissions départementales d'aide sociale (CDAS), aux pôles sociaux de 116 tribunaux de grande instance (TGI) spécialement désignés. A la création des pôles sociaux, s'ajoute la réforme introduite par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 instituant le tribunal judiciaire et ayant conduit, par l'effet de l'ordonnance n° 2019-964 du 18 septembre 2019, à la fusion des TGI et des tribunaux d'instance : les TGI spécialement désignés sont devenus, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, les tribunaux judiciaires spécialement désignés (art. L. 211-16 du COJ).

En conséquence de ces transferts de compétences, il n'existe plus de distinction entre le contentieux technique et le contentieux général de la sécurité sociale. Seul fait l'objet d'un traitement procédural distinct le contentieux visé au 7° de l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale (CSS) afférent aux décisions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accidents du travail agricoles et non agricoles, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents régis par le livre IV du même code (accidents du travail), la détermination de la contribution prévue à l'article L. 437-1 (contribution des employeurs pour la couverture des charges du fonds commun des accidents du travail, contribution qui a toutefois disparu de ce dernier texte par l'effet de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016, ledit fonds ayant été supprimé). Selon l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire (COJ), modifié par la loi susvisée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, des tribunaux judiciaires spécialement désignés connaissent : 1° Des litiges relevant du contentieux de la sécurité sociale défini à l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux mentionnés au 7° du même article L. 142-1 ; 2° Des litiges relevant de l'admission à l'aide sociale mentionnés à l'article L. 134-3 du code de l'action sociale et des familles et des litiges relatifs aux décisions mentionnées aux articles L. 861-5 et L. 863-3 du code de la sécurité sociale ; 3° Des litiges relevant de l'application de l'article L. 4162-13 du code du travail (devenu L. 4163-1<sup>[2]</sup>).

Les cours d'appel sont également concernées par la mise en œuvre des pôles sociaux. L'ancien contentieux technique de la sécurité sociale relève en appel, non plus d'une juridiction unique (la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail ou CNITAAT), mais de chacune des 28 cours d'appel spécialement désignées à l'article L. 311-15 du COJ, à l'exception du contentieux de la tarification de l'assurance des accidents du travail<sup>[3]</sup>, qui revient désormais à la cour d'appel d'Amiens (article L. 311-16 COJ, décret n° 2017-13 du 5 janvier 2017). Néanmoins, la CNITAAT demeure compétente **jusqu'au 31 décembre 2022** pour connaître des procédures introduites avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (article 114 L. n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 ; D. n° 2020-155 du 24 février 2020). A la date butoir du 31 décembre 2022, toutes les procédures seront transférées en l'état, selon leur ressort territorial, aux cours d'appel spécialement désignées. De même, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, le contentieux de l'aide sociale ne relève plus, en appel, de la commission centrale d'aide sociale (CCAS), mais de chacune des cours spécialement désignées.

Les blocs de compétence contentieux général-contentieux technique ont ainsi été fusionnés pour ne former qu'un socle unique, celui du contentieux de la sécurité sociale, défini à l'article L. 142-1 du CSS. Dans sa rédaction issue de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'article L. 142-8 du code de la sécurité sociale dispose sobrement que le juge judiciaire (par opposition au juge administratif) connaît des contestations relatives au contentieux de la sécurité sociale défini à l'article L. 142-1 et au contentieux de l'admission à l'aide sociale défini à l'article L. 142-3. La réforme introduit cependant une distinction essentielle entre les litiges d'ordre médical et ceux d'ordre non médical : si cette distinction n'est pas nouvelle, elle prend une importance inédite pour s'imposer, sur le plan procédural, comme *la summa divisio*. La réforme étend par ailleurs, sans l'uniformiser, le recours préalable obligatoire, dont il conviendra certainement de mesurer l'efficacité et la portée sur le nombre des saisines contentieuses. Ces nouvelles dispositions, qui n'ont cessé d'être retouchées depuis leur entrée en vigueur, ne seront pas sans susciter des difficultés d'interprétation et de mise en œuvre, ce qui aura, sans nul doute, une incidence sur la charge de travail des juridictions, ainsi que sur le nombre et la complexité des pourvois ou avis soumis à la Cour de cassation.

---

[1] Ord. n° 2018-358, relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale ; Ord. n° 2018-359, fixant les modalités de transfert des personnels

[2] Litiges afférents au compte professionnel de prévention.

[3] La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles consiste dans la mise en œuvre, par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses de mutualité sociale agricole, sous le contrôle de la juridiction nationale compétente en la matière, de l'ensemble des règles permettant le calcul du taux des cotisations mises à la charge de l'employeur au titre du risque AT/MP.

# De nouvelles juridictions spécialisées

## En première instance : des tribunaux judiciaires spécialisés (art. L. 211-16 COJ)

---

Selon l'article L. 218-1 du COJ, l'échevinage est conservé. Si la formation collégiale est incomplète, le président peut statuer seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent, ou de reporter l'audience à une date ultérieure (un seul report est autorisé). Dans le cas où, à la deuxième audience, la formation collégiale ne peut à nouveau siéger au complet, le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

La désignation des assesseurs répond à de nouvelles modalités (proposition de liste adressée par le préfet au premier président - nomination par le premier président après avis du président du tribunal - installation en audience publique devant le tribunal avec prestation de serment). Le premier président de la cour d'appel est à la fois compétent pour fixer le nombre d'assesseurs (titulaires et suppléants) des tribunaux désignés de son ressort, et pour les désigner (art. R. 218-1 et R. 218-5 COJ).

Les obligations des assesseurs sont renforcées (on soulignera, en particulier, l'obligation de formation pour les nouveaux assesseurs, formés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 : D. n° 2019-185 du 12 mars 2019).

## En appel : des cours spécialisées (art. L. 311-15 COJ)

---

La procédure sans représentation obligatoire reste applicable.

Des dispositions particulières sont introduites concernant la formation de jugement mentionnée à l'article L. 311-16 du COJ (CA d'Amiens statuant dans le contentieux de la tarification) : cette formation est composée d'un magistrat du siège et de deux assesseurs représentant les travailleurs salariés, pour le premier, et les employeurs et les travailleurs indépendants, pour le second (art. L. 312-6-2 COJ). Saisie directement par assignation à jour fixe (art. R. 142-13-1 CSS), elle statue en premier et dernier ressort (art. R. 142-13-5 CSS).

## Portée des règles de désignation

---

Saisie d'une demande d'avis par la cour d'appel d'Amiens, statuant comme cour d'appel spécialisée pour connaître du contentieux de la tarification de l'assurance des accidents du travail, qui s'interrogeait sur sa qualification de cour d'appel au regard des dispositions de l'article 76, alinéa 2, du code de procédure civile et sur sa faculté de relever d'office son incompetence dans le litige dont elle était saisie, la 2ème chambre civile a répondu « *qu'il résulte des articles L. 142-1, L. 142-2, 4° et D. 242-6-5 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable au litige, que la cour d'appel spécialement désignée par les articles L. 311-16 et D. 311-12 du code de l'organisation judiciaire pour connaître du contentieux de la tarification est compétente pour statuer sur le recours d'un employeur contre la décision d'une CARSAT de retrait des coûts moyens d'une maladie professionnelle du compte employeur et de refus d'inscription de ces coûts au compte spécial prévu à l'article D. 242-6-5 précédemment mentionné*», de sorte que les questions posées ne conditionnent pas la solution du litige et qu'il n'y a pas lieu à avis (Avis du 13 mars 2020, n°19-70.021). La compétence nationale et exclusive de la cour d'appel d'Amiens ne fait que reprendre la compétence qui était celle de la CNITAAT en matière de tarification (ancien art. L. 143-1 CSS). Par le présent avis, la 2ème chambre civile signifie que trouve à s'appliquer la jurisprudence abondante relative à la détermination de la frontière de la compétence matérielle de la CNITAAT avec les autres juridictions.

Si le tribunal judiciaire spécialement désigné est doté d'une compétence d'attribution, il n'existe pas de disposition précisant le caractère d'ordre public de la règle de compétence obligeant un autre juge saisi à relever d'office son incompetence, comme c'est le cas des compétences en matière de nationalité (art. 1038, al. 2, CPC), d'injonction de payer (art. 1406, al. 3, CPC) ou s'agissant de la compétence du juge de l'exécution (art. R.121-1, al.1er, code des procédures civiles d'exécution).

# De nouvelles compétences

Le champ de compétence du tribunal judiciaire spécialement désigné est désormais très vaste puisqu'il regroupe :

## Contentieux général de l'ex-TASS

---

**Tous les litiges afférents à l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole**, notamment : Risque maladie/maternité/invalidité (prestations en nature et prestations en espèces, pénalités financières...) □ Risque AT/MP et faute inexcusable de l'employeur □ Risque vieillesse (pension de retraite, allocation supplémentaire aux personnes âgées) □ Risque décès (recouvrement sur succession de certaines prestations d'aide sociale, capital décès) □ Prestations à caractère familial □ Assiette et recouvrement des cotisations et contributions obligatoires du régime général et des professions indépendantes et libérales.

## Contentieux technique de l'ex-TCI

---

**Contentieux des personnes handicapées** (contestations des décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, art. L. 241-9, al. 1, du code de l'action sociale et des familles, ou CASF) concernant : – l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent handicapé et mesures propres à assurer son insertion sociale ou professionnelle et sociale ; – la désignation des établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent<sup>[1]</sup>; la désignation des établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent) ; – l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) ; – l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures pour personnes handicapées adultes ; – l'allocation aux adultes handicapés et le complément de ressources, l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé et sa majoration spécifique, les cartes mobilités inclusions'agissant des mentions «invalidité» et «priorité»<sup>[2]</sup>, l'avis en matière d'affiliation gratuite de l'aidant familial à l'assurance vieillesse (lorsqu'est en cause le taux d'incapacité de la personne en situation de handicap) **Litiges sur l'état ou le degré d'invalidité d'origine non professionnelle, l'état d'incapacité au travail et l'incapacité.**

[1] En revanche, s'agissant des adultes handicapés, l'orientation de la personne handicapée et la désignation des établissements et services d'accueil spécialisés dans la rééducation professionnelle, le travail adapté ou protégé sont de la compétence du juge administratif. Il en est de même de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé : art. L. 241-9, al. 2, du CASF.

[2] La délivrance de ces cartes est de la compétence du juge administratif.

## Contentieux de l'aide sociale de l'ex-CDAS

---

**Contentieux de l'aide sociale, relevant du code de la sécurité sociale (art. L. 142-3)** relatif aux décisions en matière de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) prévue à l'article L. 861-5 du CSS (le juge judiciaire était déjà compétent en matière de CMU). En application de l'article 52 de loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, la complémentaire santé solidaire remplace, à compter du 1er novembre 2019, la CMU-c et l'aide à la couverture complémentaire, qui n'est plus visée à l'article L. 142-3 du CSS

**Contentieux de l'aide sociale relevant du code de l'action sociale et des familles (art. L. 134-3)**, relatif aux décisions en matière d'allocation différentielle aux adultes handicapés prévue à l'article L. 241-2 du CASF, aux décisions du président du conseil départemental en matière de PCH prévue à l'article L. 245-2 du même code (contentieux du versement et du recouvrement de la PCH) et à l'allocation compensatrice tierce personne, ainsi qu'aux litiges résultant de l'application des articles L. 132-6 du CASF (recours des obligés alimentaires contestant les décisions prises par l'Etat ou le département pour obtenir le remboursement des sommes avancées par la collectivité dans le cadre de l'aide sociale) et L. 132-8 du CASF (actions exercées par l'autorité administrative contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ou dans le cadre de la succession du bénéficiaire, contre le donataire, le légataire et contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale).

En l'absence de disposition spécifique dans la loi, les contentieux qui relevaient de la compétence des CDAS sont transférés aux juridictions administratives de droit commun. Lorsque la juridiction est saisie d'un contentieux relatif à l'admission à l'aide sociale, tel que défini par le code de l'action sociale et des familles ou par le code de la sécurité sociale, elle transmet le dossier de la procédure, sans préjuger de la recevabilité de la demande, à la juridiction de l'autre ordre de juridiction qu'elle estime compétente par une ordonnance qui n'est susceptible d'aucun recours (D. n° 2015-333 du 27 février 2015 relatif au Tribunal des conflits et aux questions préjudicielles, art. 32, modifié par D. n° 2018-928 du 29 octobre 2018).

La 2ème chambre civile a été saisie d'une demande d'avis découlant directement de l'unification du contentieux de l'aide sociale, et plus particulièrement, de celui de la PCH qui, jusqu'au 1er janvier 2019, relevait de deux ordres de juridictions différents selon qu'étaient en cause le principe et le montant de la prestation ou son versement. Ainsi, le contentieux du recouvrement de cette prestation ressortissait à la compétence des CDAS et, en appel, de la commission centrale d'aide sociale, lesquelles se voyaient reconnaître par la jurisprudence administrative, en son dernier état, un office de juge de plein contentieux et avaient le pouvoir de se prononcer sur la décision ayant rejeté en totalité ou partiellement une demande de remise de dette en cette matière. La 2ème chambre civile a ainsi été amenée à se prononcer sur l'office du tribunal de grande instance (aujourd'hui tribunal judiciaire) spécialement désigné en application de l'article L. 211-16, 3°, du COJ, pour statuer sur la contestation d'une décision administrative de rejet d'une demande gracieuse de remise totale ou partielle d'une créance d'indu de PCH. Jusqu'alors, il était de jurisprudence constante que le juge du contentieux général de la sécurité sociale ne pouvait accorder une remise de l'indu, dès lors que seul l'organisme social se voyait reconnaître cette faculté par un texte. Après s'être assurée que la créance d'un indu de versement de la PCH était au nombre des créances qui, par leur nature, peuvent faire l'objet de la part de la collectivité publique d'une renonciation en tout ou partie à son recouvrement, et franchissant une étape dans sa jurisprudence, la 2ème chambre civile a jugé que « *lorsqu'il est saisi d'un recours contre une décision administrative rejetant une demande de remise gracieuse d'une créance d'indu de prestation de compensation du handicap, il entre dans l'office du juge de remettre totalement ou partiellement la créance, en cas de situation de précarité et de bonne foi du bénéficiaire de cette prestation* » (Avis du 28 novembre 2019, n°19-70.019, publié au Bulletin et au rapport annuel).

# De nouvelles règles procédurales

## Extension du recours préalable obligatoire

---

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, la réforme généralise (sans l'uniformiser) le recours préalable obligatoire, y compris en matière de handicap, à peine d'irrecevabilité du recours porté devant la juridiction, sauf exceptions visées par la loi : recours dans les contentieux mentionnés au 7<sup>o</sup> de l'article L. 142-1 du CSS (tarification) et contre les décisions mentionnées aux articles L. 114-17, L. 114-17-1 (pénalités financières), L. 162-12-16 (sanction financière contre les médecins) et L. 162-34 (litiges portant sur le déconventionnement) du même code. Ne sont pas davantage concernées par le recours préalable obligatoire, même si les textes ne l'énoncent pas expressément, l'opposition à contrainte et les actions en responsabilité civile formées contre un organisme de sécurité sociale. Les conditions de ce recours préalable obligatoire sont fixées par décret en Conseil d'Etat (art. L. 142-4 dans sa rédaction issue de la L. n° 2019-222 du 23 mars 2019 et R. 142-1 et suiv. CSS). Précision notable, les recours préalables sont régis en principe par les dispositions du code des relations du public avec l'administration (art. R. 142-1-A CSS). On rappellera toutefois que si la phase administrative constitue un préalable nécessaire, la 2<sup>ème</sup> chambre civile juge qu'il appartient à la juridiction saisie de se prononcer sur le fond du litige, peu important les moyens tirés d'une irrégularité de la décision de la commission de recours amiable (2<sup>e</sup> Civ., 21 juin 2018, pourvoi n°17-27.756, publié au Bulletin).

Le recours amiable est adressé soit à la commission de recours amiable (la CRA) de l'organisme social, qui est une émanation de ce dernier, soit à l'autorité compétente pour connaître du recours préalable obligatoire<sup>[1]</sup>.

Pour certaines contestations de nature médicale, le recours est porté devant une commission médicale de recours amiable (la CMRA), dont les modalités de saisine et les attributions sont fixées aux articles R. 142-8 à R. 142-8-7 du CSS. Cette commission est composée, en l'état des dernières modifications réglementaires, de deux médecins désignés par le responsable du service médical territorialement compétent : un médecin figurant sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 et spécialiste ou compétent pour le litige d'ordre médical considéré, ainsi qu'un praticien-conseil, la voix du premier étant prépondérante en cas d'avis partagé (art. R. 142-8-1 CSS). Depuis sa création, pourtant récente, par le décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019, le champ d'application de la CMRA n'a cessé d'évoluer. Il est limité, à l'heure actuelle, aux contestations de nature médicale relatives à l'état ou au degré d'invalidité, l'état d'inaptitude au travail, l'état d'incapacité permanente de travail et notamment, au taux de cette incapacité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, pour les salariés du régime général ou du régime agricole, que ces contestations émanent de l'assuré ou de l'employeur. Il sera étendu, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2020 (D. n° 2019-1506 du 30 décembre 2019), aux contestations d'ordre médical *formées par l'employeur* pour l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole puis, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (même décret), aux contestations susvisées, mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 142-1, sans distinction selon qu'elles sont ou non formées par l'employeur.

La CMRA établit, pour chaque cas examiné, un rapport comportant son analyse du dossier, ses constatations et ses conclusions motivées. Elle peut désigner un autre praticien dont l'avis ne s'impose pas à elle (art. R. 142-8-4 et R. 142-8-4-1). La CMRA rend, en revanche, un avis qui s'impose à l'organisme de prise en charge. Compte-tenu du secret médical, des dispositions particulières régissent la communication du rapport aux parties (R. 142-8-5). Des dispositions de coordination sont prévues pour les recours qui relèvent tout à la fois de la CRA ordinaire et de la CMRA, l'avis de la seconde s'imposant à la première (art. R. 142-9-1). La CMRA n'est pas compétente pour intervenir dans les litiges d'ordre médical concernant des assurés relevant des régimes spéciaux (art. R. 711-21 CSS).

L'absence de réponse dans un délai de deux mois, porté à quatre mois pour la CMRA, vaut rejet implicite. Le demandeur doit saisir le tribunal dans un délai de deux mois à compter du rejet implicite ou explicite de son recours préalable. La forclusion tirée de l'expiration du délai de recours ne peut être opposée au demandeur ayant contesté une décision implicite de rejet au seul motif de l'absence de saisine du tribunal contestant la décision explicite de rejet intervenue en cours d'instance (art. R. 142-10-1) : il s'agit là d'une simplification bienvenue des règles gouvernant l'exercice des voies de recours. Les textes passent toutefois sous silence la question d'une mauvaise orientation du recours préalable formé par le justiciable et le sort réservé au recours contentieux, lorsque la demande a été examinée par la commission de recours amiable dans sa formation ordinaire, et non par la commission médicale.

---

[1] Ex : les art. R. 241-35 à R. 241-41 du CASF organisent un recours préalable obligatoire à l'encontre des décisions de la CDAPH qui sera examiné par la même commission.

## Saisine et procédure applicable devant le tribunal

---

Le tribunal judiciaire compétent est, en principe, celui dans le ressort duquel demeure le demandeur (art. R. 142-10 CSS). Ce tribunal est saisi par requête, avec un exposé sommaire des motifs (aucune sanction n'est toutefois prévue par les textes si cet exposé fait défaut), accompagné des pièces que le demandeur souhaite invoquer à l'appui de ses prétentions (art. R. 142-10-1). La formation de jugement peut également être saisie en référé (art. R. 142-1-A II), selon les règles applicables en la matière.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, sont abrogées les dispositions de l'article R. 144-10 du CSS, aux termes duquel la procédure était gratuite et sans frais, et celles des articles L. 144-5, R. 144-11 et R. 144-10 du même code, qui prévoyaient que les dépenses de contentieux étaient prises en charge par les organismes sociaux. Le tribunal judiciaire comme la cour d'appel spécialement désignés statuent sur les dépens en application des règles de droit commun (art. 696 CPC). La Cour de cassation a récemment jugé qu'en application de l'article 2 du code civil et de l'article 17, III, du décret du 29 octobre 2018, les dispositions de ce texte abrogeant l'article R. 144-10 du code de la sécurité sociale sont d'application immédiate (2<sup>e</sup> Civ., 12 mai 2021, n° 19-24.411).

Le président de la formation peut, par ordonnance motivée, rejeter les requêtes manifestement irrecevables, sans débat contradictoire. Cette ordonnance est susceptible d'appel ou d'un pourvoi en cassation selon les règles gouvernant le taux du ressort. La requête peut être orientée vers un traitement par le juge de la mise en état (art. R. 142-10-5) ou faire l'objet d'une fixation à l'audience. Le choix de procéder à la mise en état pour certains dossiers les soumet à la procédure écrite, avec toutes les conséquences qui en découlent, notamment, quant aux effets de l'ordonnance de clôture. Le président de la formation de jugement, statuant en qualité de juge de la mise en état, peut se prononcer sans débat, après avoir recueilli les observations écrites des parties ou les avoir invitées à présenter leurs observations (art. R. 142-10-5, II).

## Les mesures d'instruction dans les litiges d'ordre médical

---

**L'expertise médicale technique**, initialement prévue par l'article L. 141-1 du CSS, pour les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations qui relevaient de la compétence de l'ex-TCI, voit son champ d'application peu à peu réduit, jusqu'à sa suppression totale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (elle est, jusqu'à cette date, régie par les dispositions de l'article R. 141-1 et suivants du CSS, pour la phase administrative, et par l'article R. 142-17-1 du même code, pour la phase juridictionnelle). Cette expertise ne peut être ordonnée que dans les litiges d'ordre médical opposant la caisse à l'assuré. Sa suppression par étapes va de pair avec l'élargissement progressif du champ d'intervention de la CMRA, puisqu'il s'agit, selon le Gouvernement, d'éviter que l'assuré ne se trouve dans l'obligation de soumettre sa contestation à la fois à cette commission médicale et à la procédure d'expertise, comme c'est le cas actuellement<sup>[1]</sup>. Contrairement à l'expertise technique qui ne peut être réalisée sur pièces et dont les conclusions, à la condition qu'elles soient claires et précises, lient en quelque sorte le juge, la CMRA peut décider, sans y être tenue, de procéder à l'examen médical de l'assuré (art. R. 142-8-4 CSS) et sa position ne lie pas le juge. Les tribunaux devront se montrer particulièrement vigilants sur la phase transitoire conduisant, par étapes, à la suppression de l'expertise technique (pour une illustration, s'agissant de la détermination du taux d'incapacité d'un ouvrier agricole, victime d'un accident du travail : 2<sup>e</sup> Civ., 12 mai 2021, n° 19-25.155).

On dira un mot de **l'expertise technique spécifique**, introduite dans l'arsenal législatif du code de la sécurité sociale par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 et qui peut être mise en œuvre, à la demande du juge, pour les contestations relatives à l'interprétation des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale (art. L. 141-2-1 CSS, dispositions abrogées et reprises, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, sous l'article L. 142-10-2[2]). Les modalités d'exécution de cette expertise, restées très longtemps ignorées du pouvoir réglementaire, sont désormais fixées par l'article R. 142-17-3 du CSS, créé par le décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018.

Auparavant réservée au seul contentieux relevant de la compétence du TCI, **la consultation** clinique ou sur pièces, exécutée à l'audience, est désormais ouverte au juge judiciaire dans tous les litiges d'ordre médical ou afférents au handicap, le consultant étant avisé de sa mission par tout moyen (art. R. 142-16). En cas d'examen de la personne intéressée, la consultation doit avoir lieu **dans des conditions assurant la confidentialité**. Le consultant est désigné parmi les experts spécialisés en matière de sécurité sociale figurant sur les listes des experts judiciaires. A défaut, il peut désigner un médecin spécialiste ou compétent pour l'affection considérée (art. R. 142-16-1). Le coût de cet examen (comme du reste, de toute expertise médicale ordonnée dans le contentieux de la protection sociale) est assumé par la caisse nationale d'assurance maladie (art. L. 142-11 du CSS).

Le juge peut toujours recourir à une **mesure d'expertise de droit commun** dans les conditions fixées par le code de procédure civile. La disparition de l'expertise médicale technique risque d'inciter le juge à recourir plus largement à cette mesure.

Des dispositions législatives règlent précisément la question de la transmission des pièces à l'expert ou au médecin consultant pour assurer le respect du secret médical ou du secret professionnel (art. L. 142-10 du CSS).

Enfin, les nouveaux textes sont sans incidence sur cette mesure d'expertise individuelle que constitue, pour la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie, la désignation d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, lorsque la victime déclare une pathologie qui ne remplit pas les conditions médicales ou administratives exigées par les tableaux des maladies professionnelles (art. L. 461-1 CSS). L'office du juge est, à cet égard, défini par l'article R. 142-17-2 (D. n° 2018-928 du 29 octobre 2018[3]).

---

[1] V. amendement n° 1972 présenté par le Gouvernement, PLFSS pour 2020.

[2] Art. 87 - L. n° 2019-1446 du 24 décembre 2019.

[3] Ces dispositions existaient de longue date, soit depuis 1993, dans le code de la sécurité sociale, sous l'article R. 142-24-2, abrogé au 1<sup>er</sup> janvier 2019.