

DU CONTENTIEUX DE SECURITE SOCIALE

Par Ali FILALI*

De tout temps, le contentieux de Sécurité Sociale obéit à des règles particulières dérogatoires au droit commun; cela tient me semble-t-il à diverses raisons, dont notamment la condition sociale des usagers de ce service public, le statut juridique des organismes chargés de sa gestion, et la nature des litiges de Sécurité Sociale. D'ailleurs les initiateurs de la loi n° 83-15 du 02 juillet 1983(1) portant contentieux de la Sécurité Sociale, n'ont pas manqué dans la note de présentation du projet de texte, d'en préciser les objectifs à savoir:

— *"Eviter aux usagers le recours systématique à la justice qui demande délais, frais, ainsi que les formalités de procédure difficilement accessibles.*

— *Obliger les caisses de Sécurité Sociale à procéder à une nouvelle étude des dossiers, donc à s'assurer du bon fonctionnement de leurs différents services.*

— *Et enfin la manifestation concrète de faire participer les bénéficiaires à la gestion des organismes de Sécurité Sociale".*

Aux termes des dispositions de la loi susvisée modifiée et complétée par la loi 86-15 du 29.12.1986(2), le contentieux de Sécurité Sociale

(*) - Maître de Conférences. Université d'Alger

comprend:

— Un contentieux général qui connaît: "*... de tous les litiges autres que ceux relatifs à l'état médical des bénéficiaires de la Sécurité Sociale et ceux relatifs au contentieux technique prévu à l'article 5 ci-dessous*"(3).

— Un contentieux médical dont relève: "*... tous les litiges relatifs à l'état médical des bénéficiaires de la Sécurité Sociale, ainsi qu'à celui de leurs ayants droit*"(4).

— Un contentieux technique qui traite: "*... de toutes les activités médicales en relation avec la Sécurité Sociale*"(5).

C'est la différence de nature de ces litiges et surtout la spécificité des procédures de leur règlement qui justifie la distinction de ces trois types de contentieux. Il est, en effet, institué un recours préalable avant la saisine de la juridiction statuant en matière sociale pour les litiges relevant du contentieux général, (Chap. 1) alors qu'il est prévu la procédure de l'expertise pour le litige relevant du contentieux médical (Chap. 2), tandis que le contentieux technique relatif à l'activité médicale, est dévolu quant à lui à une commission technique (Chap. 3).

CHAPITRE 1er: DU CONTENTIEUX GENERAL

Il ne s'agit pas d'examiner, dans le cadre de cette étude, l'ensemble des phases de la procédure de règlement du litige, mais on se limitera à celle spécifique au contentieux de sécurité sociale à savoir: le recours préalable.

En effet, aux termes de l'article 6 de la loi 83-15 "*les contestations relevant, de par leur nature, du contentieux général, sont portées, avant tout recours aux juridictions devant une commission de recours préalable*". Ce procédé du recours préalable obligatoire, avant la saisine des juridictions n'est pas propre au contentieux de la sécurité sociale. Il est plutôt emprunté au contentieux de droit administratif sauf qu'il présente certaines originalités que nous essayerons de mettre en relief dans le cadre de l'examen de la notion de ce recours (1er section) dont on déterminera la nature juridique (section 2) pour en faire enfin l'évaluation (3ème section).

SECTION 1: DE LA NOTION DU RECOURS PREALABLE

Avant d'examiner le recours préalable proprement dit, il est nécessaire d'en déterminer le champ d'application, surtout que l'article 3 sus-visé au lieu de donner le ou les critères d'identification des litiges relevant du contentieux général, n'a fait qu'énoncer ceux qui ne l'intéressent pas.

Le droit de la sécurité sociale régit les relations qui lient les caisses de sécurité sociale aux assurés sociaux et aux assujettis, c'est-à-dire les employeurs ou les personnes considérés comme tel, et les litiges qui viendraient à naître relèvent du contentieux de sécurité sociale, tandis que les relations des tiers avec les caisses de sécurité sociale sont régies par le droit commercial conformément à l'article 2 al 2 du décret 92-07 du 4 janvier 1982(6).

Les usagers de la sécurité sociale, que sont les assurés sociaux et les employeurs, sont dans une situation légale et réglementaire, dès lors que leurs droits et leurs obligations sont déterminés par la loi. Shématiquement, les droits des assurés sociaux sont constitués par l'ensemble des prestations auxquelles ils ouvrent droit; il s'agit notamment des prestations en nature c'est à dire les remboursements des soins médicaux, des produits pharmaceutiques, les prothèses et appareillage médical etc... et les prestations en espèces, c'est à dire les indemnités versées en remplacement de la perte du salaire pour cause de maladie, invalidité, retraite, ou perte de l'emploi pour des raisons économiques etc...(7). Quant aux obligations qui sont généralement à la charge de l'employeur ou de la personne considérée comme tel, elles sont constituées essentiellement par les différentes déclarations d'activité, des salaires et des revenus, des accidents du travail et le versement des cotisations de sécurité sociale(8).

Cette distinction des droits au profit des assurés sociaux et des obligations qui sont à la charge des employeurs est à l'origine de la subdivision, dans la pratique du contentieux général en deux catégories:

- Le contentieux assurés
- Le contentieux employeurs.

Le contentieux dit des assurés connaît de toutes les contestations soulevées par l'assuré pour son propre compte ou pour celui de ses

ayants droit, relatives aux droits aux prestations en espèces ou en nature à l'exception de celles qui ne sont que la conséquence d'un litige lié à l'état médical du bénéficiaire, notamment les contestations relatives à l'état de consolidation d'une blessure, au taux d'incapacité totale ou partielle, temporaire ou permanente, à l'état de santé du salarié quant à la reprise de son travail etc...

Le contentieux dit des employeurs a trait généralement à l'inexécution des obligations mises à la charge de l'employeur et les sanctions qui en découlent, notamment les pénalités et les majorations encourues consécutivement à un retard dans les paiements ou un défaut de déclaration de salarié, les redressements opérés sur les montants dûs au titre des cotisations suite à une sous déclaration des salaires et des revenus etc.. Il y a lieu de signaler à cet égard que les caisses de sécurité sociale jouissent de quelques privilèges réservés à l'Administration en ce qu'elles peuvent établir d'une part des titres exécutoires pour le recouvrement de sommes qui leur sont dûes(9), et elles sont d'autre part autorisées à procéder à des oppositions entre les mains d'institutions financières sans autorisation préalable du juge(10). L'ensemble des questions qui intéressent le contentieux des employeurs relèvent en principe du contentieux général, et doivent par conséquent faire l'objet d'un recours préalable. Sont cependant exclus de ce contentieux les litiges qui opposent les caisses de sécurité sociale aux administrations, institutions publiques et collectivités locales es-qualité d'employeur dès lors que celles-ci bénéficient d'une immunité d'exécution et de sanctions au cas où elles enfreindraient les lois de sécurité sociale(11). Aussi, en l'état actuel de la législation, le règlement de ces litiges relève du contentieux de droit administratif.

Notons enfin que les décisions des caisses de sécurité sociale doivent faire l'objet d'une notification écrite qui devra mentionner, sous peine de nullité, les voies de recours à la disposition de tout intéressé(12).

Ceci étant, examinons donc le recours préalable proprement dit, dont l'originalité tient à l'organe chargé d'examiner le recours, c'est à dire la commission de recours préalable de wilaya(13), (p. 1), à l'institution d'une commission nationale de recours préalable, chargée d'examiner les recours formulés contre les décisions des commissions de recours de wilaya (p. 2) et à la mise en place d'une procédure d'homologation de ces décisions (p. 3).

P.1 - LA COMMISSION DE RECOURS PREALABLE DE WILAYA

Aux termes de l'article 120 de la loi 86-15 modifiant l'article 9 de la loi 83-15 du 02 juillet 1983: "*il est institué dans chaque wilaya une commission de recours préalable...*"; examinons donc sa composition (I), son fonctionnement (II) et ses attributions (III).

I - COMPOSITION DE LA COMMISSION

Contrairement aux recours gracieux et /ou hiérarchiques qui sont portés selon le cas devant l'auteur de la décision objet du recours ou devant son supérieur hiérarchique, le recours préalable en matière de sécurité sociale est porté devant une commission dite de recours préalable, composée de six membres(14) comme suit:

- Deux (2) représentants des travailleurs
- Deux (2) représentants des employeurs
- Deux (2) représentants de l'administration de la wilaya.

Ces membres sont désignés, pour une durée de trois (3) années par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale sur les propositions respectives de l'U.G.T.A., de l'Union des petits commerçants et artisans et la chambre de commerce, et du wali. Le mandat des membres de la commission de recours est exercé à titre bénévole et est renouvelable. C'est le wali, agissant sur délégation du Ministre chargé de la sécurité sociale qui doit procéder au renouvellement et au remplacement des membres défectueux de la commission de recours préalable relevant de sa wilaya(15).

Les membres de la commission de recours préalable ne sont pas désignés en raison de leurs compétences ou connaissances particulières dans le domaine de la sécurité sociale, ce qui aurait permis de voir dans cette commission une sorte de commission d'experts, mais es-qualité de représentants d'institutions considérées comme étant les véritables partenaires de la sécurité sociale, à savoir: les travailleurs (représentés par l'UGTA) et les employeurs (représentés par l'union des petits commerçants et artisans et la chambre de commerce) qui assurent le financement du système de sécurité sociale et en sont en même temps les principaux bénéficiaires, et l'Etat (représenté par l'Administration de

la wilaya) en tant que puissance publique garante du bon fonctionnement du service public. Ainsi, de par sa composition, cette commission ressemble davantage à une commission de conciliation qui aurait pour mission de concilier les intérêts du service public avec ceux des assurés et des employeurs, plutôt qu'un organe de décision comme le font croire les textes(16).

II - FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Le fonctionnement de cette commission peut être analysé à travers 3 éléments à savoir:

- Ses organes,
- Sa saisine,
- Ses attributions.

A - LES ORGANES DE LA COMMISSION DE RECOURS

La commission de recours préalable est dirigée par un président (a) et est dotée d'un secrétariat (b).

a) LE PRESIDENT

La commission de recours préalable est présidée par un représentant de l'administration de la wilaya, désigné par le Ministre chargé de la sécurité sociale. Il est secondé par un vice président choisi par les membres de la commission parmi les représentants des travailleurs ou ceux des employeurs. Le président et en cas d'empêchement le vice président sont chargés de convoquer les membres, présider les réunions, diriger les débats, signer les procès verbaux de réunions et en assurer leur communication à l'autorité chargée de l'homologation, et de veiller à l'établissement des décisions individuelles et leur notification aux intéressés etc...

b) LE SECRETARIAT

Le secrétariat de la commission est assuré par un agent de l'organisme de sécurité sociale. La circulaire 001/CAB/MTAS/88 du 13 mars 1988 complétant les instructions contenues dans la circulaire n°

006/MPS/CAB du 11 mars 1987 indique que le secrétariat est assuré par le sous-directeur des prestations pour les recours introduits par les assurés, par le sous-directeur du recouvrement et du contentieux pour les recours introduits par les employeurs et le sous-directeur des pensions pour les recours concernant les retraités. Ce choix signifie en réalité que la personne chargée du secrétariat est appelée à jouer un rôle beaucoup plus important que celui d'un secrétaire ordinaire dont les tâches se limitent à la préparation matérielle des dossiers, des réunions et l'établissement des procès-verbaux et des décisions. Le secrétaire est appelé à éclairer les membres de la commission tant sur les éléments du dossier soumis à examen que sur le dispositif législatif, dès lors que les membres de la commission n'ont pas de connaissances suffisantes en matière de législation de sécurité sociale.

B - LA SAISINE DE LA COMMISSION

La saisine de la commission soulève trois questions à savoir: le délai (a), la forme (b) et les effets du recours (c).

a) LE DELAI DE SAISINE

Le délai imparti aux intéressés pour saisir la commission de recours est de deux mois à compter de la date de notification de la décision contestée. Dans ce cadre faut-il rappeler que les décisions des organismes de sécurité sociale devront, sous peine de nullité, mentionner les voies de recours prévues pour tout intéressé.

b) LA FORME DU RECOURS

Le recours n'est soumis à aucune forme particulière, si ce n'est celle d'un écrit sous seing privé envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception, ou déposé au secrétariat de la commission de recours contre un récépissé de dépôt(17).

c) L'EFFET DE LA SAISINE

La saisine de la commission de recours préalable a un effet suspensif, et il doit donc être sursis à l'exécution de la décision

contestée jusqu'à ce qu'il soit définitivement statué conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi 83-15. Ainsi, il suffit, par exemple, au débiteur poursuivi de déposer un recours auprès du secrétariat de la commission pour mettre en échec le titre exécutoire délivré par les services de la caisse(18).

C - LES ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION

La commission de recours adopte son règlement intérieur et délibère (b) sur les recours dont elle est saisie dans le délai qui lui est imparti (a).

a) DELAI POUR STATUER

Aux termes de l'article 12 de la loi 83-15 la commission doit statuer sur les contestations dont elle est saisie dans un délai d'un mois à compter de la réception de la requête, faute de quoi le requérant pourra s'adresser aux tribunaux. L'article 14 de cette même loi permet en effet, à l'intéressé de saisir le tribunal dans le mois qui suit la notification de la décision de la commission de recours, ou dans les (03) trois mois à compter de la réception de la requête. Autrement dit, le silence observé par la commission pendant le délai qui lui est imparti équivaut à une décision de rejet. Ceci signifie par ailleurs, que la commission n'a théoriquement plus le droit de se prononcer, à l'expiration du délai qui lui est imparti. Mais dans la pratique les commissions de recours préalable statuent même au-delà de ce délai, les intéressés préfèrent, en règle générale, patienter plutôt que d'entamer une procédure judiciaire, souvent longue et coûteuse.

b) LES DELIBERATIONS

En application des dispositions de l'article 05 de l'arrêté 004/CAB/MPS du 11 mars 1987 du Ministère de la protection sociale portant modalités de désignation des membres des commissions de recours préalable en matière de sécurité sociale et de fonctionnement de ces commissions, la commission se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les Quinze (15) jours sur convocation de son président. Elle se réunit également en session extraordinaire autant de fois que nécessaire à la demande de son président ou à la demande de ses membres.

La commission ne peut se réunir valablement qu'en présence des deux tiers de ses membres, ou en présence d'au-moins de trois de ses membres. En cas de carence il est procédé au remplacement des membres défailants. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel.

La procédure est essentiellement écrite, il n'y a ni débats, ni audition des parties. La commission statue sur pièces et elle pourra à cet effet, réclamer toute pièce jugée nécessaire, aux services de la caisse et/ ou au requérant.

Les décisions de la commission sont prises à la majorité simple des voix, et en cas de partage de celles-ci, celle du président est prépondérante. Ces modalités montrent, à l'évidence que les membres de la commission ont généralement tendance à défendre les intérêts de leurs mandants plutôt que de s'en tenir à une stricte application de la loi sans parti pris. Ces règles de vote des délibérations sont en réalité incompatibles avec l'obligation(19) de motiver les décisions; la commission étant tenue, en effet, de statuer en légalité et non en équité.

La commission de recours statue en premier ressort à charge d'appel devant la commission nationale de recours, à l'exception toutefois des recours en exonération de majorations et pénalités de retard, pour lesquels la décision est rendue en premier et dernier ressort(20).

Les décisions ainsi arrêtées sont consignées dans un procès-verbal qui sera transmis dans un délai qui ne saurait excéder Quinze (15) jours à l'autorité de tutelle aux fins d'homologation(21). Ces décisions font l'objet de notification individuelle aux intéressés qui pourront, le cas échéant, interjetter appel auprès de la commission nationale de recours. D'ailleurs, les décisions de la commission doivent mentionner obligatoirement les voies de recours à la disposition de l'intéressé(22).

Il y a lieu de noter enfin que les décisions rendues ne deviennent exécutoires, au cas bien évident ou il n'y a pas d'appel, qu'après leur homologation expresse ou tacite par l'autorité de tutelle.

P. 2 LA COMMISSION NATIONALE DE RECOURS

Cette commission qui n'avait pas été prévue par la loi 83-15 sus-visée, a été instituée par l'article 121 de la loi 86-15 ainsi conçu: *Il*

est créée au chapitre I Titre II de la loi 83-15 du 02 juillet 1983, relative au contentieux en matière de sécurité sociale un article 9 bis ainsi rédigé:

"Il est institué auprès de chaque organisme de Sécurité Sociale, une commission nationale de recours préalable. Elle statue en appel, dans un délai de trente (30) jours, sur les recours autres que ceux relatifs aux pénalités et majorations de retard visés à l'avant dernier alinéa de l'article 9 ci-dessus.

Chaque commission, composée de représentants désignés parmi les membres du conseil d'administration de l'organisme concerné, comprend:

- Deux (2) représentants des travailleurs*
- Deux (2) représentants des employeurs*
- Deux (2) représentants de l'administration.*

Le secrétariat de chaque commission est assuré par un agent de l'organisme de sécurité sociale.

Les modalités de désignation au sein des commissions ainsi que les règles de fonctionnement seront fixées par voie réglementaire".

I - COMPOSITION

Contrairement à la commission de recours préalable de l'agence de wilaya, les membres de la commission nationale sont désignés parmi les membres du conseil d'administration à raison de:

- deux représentants des travailleurs,*
- deux représentants des employeurs,*
- et deux représentants de l'administration.*

Mais en l'état actuel de la réglementation, notamment les dispositions du décret 92-07 du 04/01/1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale, seuls les travailleurs et les employeurs sont représentés à raison de cinq membres représentants l'UGTA et un membre représentant l'administration es-qualité d'employeur. L'article 13 du décret sus-cité fixe, en effet, à 29 le nombre d'administrateurs

composant le conseil d'administration dont 18 représentants des travailleurs, 9 représentants des employeurs et 2 représentants de la caisse; et il n'est donc nullement prévu de représentant de l'administration. Les membres sont désignés pour une durée de trois (3) années renouvelables.

La désignation de ces membres et leur remplacement éventuel relèvent des attributions du conseil d'administration. Il n'est exigé aucune condition particulière de quelque ordre que ce soit des membres de la commission qui sont astreints au secret professionnel, et dont le mandat est exercé bénévolement(23).

II - FONCTIONNEMENT

Au même titre que la commission de recours de wilaya, le fonctionnement de la commission nationale sera examiné à travers ses organes (A), les modalités de sa saisine (B) et ses attributions (C).

A - ORGANES

Au même titre que la commission de recours de wilaya, la commission nationale est dirigée par un président (a) et est dotée d'un secrétariat (b).

a - LE PRESIDENT

Le président de la commission est désigné par le conseil d'administration; il est chargé entre autres d'arrêter les dates de réunion, procéder à la convocation des membres, présider les débats, signer les procès-verbaux de réunion ainsi que les décisions. Il est secondé par un vice président choisi par les membres de la commission, il doit appartenir obligatoirement à une instance différente de celle dont relève le président(24).

b - LE SECRETARIAT

Le secrétariat est assuré par un agent de la caisse en la personne du sous directeur des prestations pour ce qui est des recours introduits par les assurés sociaux et du sous directeur du recouvrement et du contentieux pour ce qui est des recours formulés par les employeurs et du sous directeur des pensions pour les recours en matière de retraite.

B - LA SAISINE DE LA COMMISSION

a - LE DELAI D'APPEL

Le délai d'appel est fixé à un mois à compter de la date de notification de la décision de la commission de recours de wilaya. Il s'agit d'un délai franc, dont l'inobservation entraîne la forclusion. Cette voie de recours peut être utilisée aussi bien par le demandeur au recours que par la caisse de sécurité sociale.

b - LA FORME DE L'APPEL

L'appel n'est soumis à aucune forme particulière, si ce n'est celle d'un écrit sous seing privé déposé au secrétariat de la commission ou adressé à celle-ci par lettre recommandée avec accusé de réception accompagné éventuellement de toutes pièces ou documents nécessaires.

c - L'EFFET DE L'APPEL

L'appel a un effet suspensif, et les services de la caisse devront donc surseoir à l'exécution de la décision rendue.

III - LES ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION NATIONALE

La commission adopte son règlement intérieur, et statue sur les appels dont elle est saisie. Elle se prononce dans le délai qui lui est imparti (a) sur les décisions rendues par les commissions de recours de wilaya à l'exception de celles relatives aux majorations et pénalités de retard qui sont rendues en premier et dernier ressort (b).

A - LE DELAI POUR STATUER

La Commission Nationale de Recours devra se prononcer dans le mois qui suit le dépôt ou la réception de la demande d'appel, à défaut de quoi, la demande est considérée comme rejetée(25).

B - DELIBERATION

La commission se réunit en session ordinaire une fois par mois sur convocation de son président; et elle peut se réunir en session extraordinaire chaque fois que nécessaire à la demande de son président ou des deux tiers de ses membres.

Le quorum requis pour les délibérations est celui retenu pour la commission de recours de wilaya. Les délibérations sont prises à la majorité simple des voix et en cas de partage de voix, le dossier est transmis au conseil d'administration qui statuera. La commission est tenue de motiver ses décisions.

Outre les observations déjà relevées à propos de la commission de wilaya et qui sont valables pour la commission nationale, celle-ci est conçue comme une commission interne du conseil d'administration.

Les décisions de la commission sont consignées sur un procès-verbal, qui devra être transmis au Ministère de tutelle pour homologation dans un délai de Quinze (15) jours à compter de la date de la réunion. Il est établi parallèlement des décisions individuelles qui devront être notifiées aux intéressés.

P. 3 - LA FORMALITE DE L'HOMOLOGATION

L'homologation est la procédure par laquelle, la délibération est approuvée par une autorité à l'effet, de lui conférer force exécutoire. Autrement dit, les décisions des commissions de recours de wilaya et nationale ne sont exécutoires qu'autant qu'elles reçoivent l'approbation de l'autorité compétente(26). Outre la nouveauté de cette formalité qui n'est pas prévue en matière de recours gracieux, il est important d'en rechercher le but d'abord (I), de s'interroger sur l'autorité qui a en charge cette formalité (II), et les formes de celle-ci (III).

I - BUT DE L'HOMOLOGATION

Aux termes des dispositions de la circulaire 006/MPS/CAB précisant les modalités d'application des articles 21 et 24 modifiés de la loi 83-14 du 02 juillet 1983, il est indiqué: "... *l'attention est particulièrement attirée sur le fait que toute décision des commissions de recours préalable non conforme à la législation ou à la*

réglementation sera considérée, comme nulle et de nul effet... Les décisions des commissions de recours préalable sont exécutoires si aucune observation n'est formulée par l'autorité de tutelle dans les Trente (30) jours suivant la date de leur communication". L'homologation consiste en un contrôle de la légalité des décisions rendues par les commissions de recours; il s'agit donc de contrôler la conformité de la décision à la législation en vigueur. Cette procédure d'homologation rappelle celle prévue pour les délibérations des assemblées populaires communales ou de wilaya, des conseils d'administration des entreprises publiques. Le but recherché à travers cette formalité est la conformité des délibérations à la loi. Cette formalité justifiée semble-t-il par le fonctionnement des commissions de recours, dont les décisions sont prises à la majorité des voix, par des personnes qui n'ont pas nécessairement des connaissances juridiques, s'accomode mal avec la procédure du recours préalable, dès lors qu'elle n'est qu'une phase préliminaire au recours judiciaire.

II - L'AUTORITE CHARGÉE DE L'HOMOLOGATION

Les décisions des commissions de recours préalable de wilaya sont homologuées par le directeur de la caisse de sécurité sociale ou son représentant(27), alors que les décisions de la commission nationale sont homologuées par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale. C'est "le supérieur hiérarchique" ou l'autorité de tutelle qui a en charge donc l'homologation des décisions des commissions de recours.

III - FORME DE L'HOMOLOGATION

Elle peut être expresse ou tacite dans la mesure où la décision devient exécutoire si l'autorité chargée de l'homologation n'a pas fait connaître sa décision dans le délai prévu à cet effet.

SECTION 2 LA NATURE JURIDIQUE DU RECOURS PREALABLE

A priori, la détermination de la nature juridique du recours préalable ne soulève pas de difficulté particulière, puisque - comme son nom l'indique - il s'agit d'un recours préalable à la saisine de la juridiction

compétente. C'est une phase préliminaire qui précède obligatoirement le recours juridictionnel, et qui ne peut avoir donc qu'un caractère administratif. Cette solution semble, cependant contredire certaines dispositions de la loi instituant le recours préalable: il est en effet question d'une commission nationale de recours qui STATUE EN APPEL, à la diligence du demandeur au recours ou de la Caisse, alors que l'appel constitue la voie de recours par excellence contre les jugements rendus par les juridictions statuant en premier ressort(28). Il est indiqué par ailleurs, que la commission STATUE EN PREMIER ET DERNIER RESSORT, en matière de remise des pénalités et majorations(29), et il n'est donc plus question de recours préalable, dès lors que les tribunaux ne pourront en aucun cas connaître de ces litiges.

D'après la commission de l'éducation, de la culture et des affaires sociales de l'APN: *"la nature juridique de la décision rendue par la dite commission tient lieu d'une première étape ou d'une décision à caractère plutôt spécial: c'est ce que l'on désigne par procédure gracieuse . Il s'agit, en réalité, d'une décision administrative supervisée par le ministère de la tutelle de l'organisme de Sécurité Sociale"*(30).

La nature administrative du recours préalable ne fait pas de doute malgré l'équivoque entretenue par les dispositions susvisées. La commission de recours préalable est en réalité une émanation du conseil d'administration (P1) alors que la mesure d'homologation qui frappe l'ensemble des décisions rendues par les commissions de recours n'est rien d'autre que la manifestation concrète d'un pouvoir hiérarchique (P2).

P1 - LA COMMISSION DE RECOURS PREALABLE EMANATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La prétendue autonomie organique de la commission de recours préalable par rapport à la Caisse n'est susceptible d'être arguée qu'à propos de la commission de recours préalable de Wilaya dès lors que ses membres sont choisis en dehors des organes de la caisse, contrairement aux membres de la commission nationale qui sont des administrateurs désignés parmi les membres du conseil d'administration de la Caisse. Dans son exposé de présentation du projet de la loi portant contentieux de Sécurité Sociale, Mme le

Secrétaire d'Etat aux affaires sociales indiquait que la commission de recours préalable répond à plusieurs soucis: "... *le recours préalable oblige la Caisse de Sécurité Sociale à procéder à une nouvelle étude des dossiers donc à s'assurer du bon fonctionnement de ses différents services, - Il y a enfin la manifestation concrète de faire participer les bénéficiaires à la gestion des organismes de sécurité sociale par le biais de cette commission...*"(31). Ainsi se pose la question de savoir comment concilier ces objectifs dès lors que les membres composant la commission de recours de wilaya sont étrangers à la Caisse?

A cet égard, il convient de rappeler tout d'abord que les membres de la commission ne sont pas désignés intuitu personae, en raison de leur compétence particulière en la matière mais es-qualité de représentants des différents partenaires des caisses de sécurité sociale: à savoir les représentants des travailleurs, des employeurs et de l'Etat. Faut-il signaler par ailleurs, qu'aux termes des dispositions des décrets portant organisation administrative des organismes de sécurité sociale, les conseils d'administration des Caisses sont composés essentiellement des partenaires ci-dessus(32). A la lumière de ces considérations, l'autonomie de la commission de recours de wilaya par rapport à la Caisse est de pure forme, car au fond les membres de la commission sont les représentants des partenaires de la caisse. D'ailleurs la solution retenue, quant aux modalités de désignation des membres de la commission de recours de wilaya s'explique par des considérations politiques, juridiques et organisationnelles. Il y a en effet le souci de rapprocher l'usager du service public conformément à la politique de décentralisation pronée par les pouvoirs publics, il y a ensuite le statut juridique des Caisses de Sécurité sociale (considérées comme établissement public à caractère administratif par le décret 85-223, puis comme établissement public à gestion spécifique, par l'article 49 de la loi 88-01 et le décret 92-07), et il y a enfin l'organisation administrative et financière des caisses de sécurité sociale qui prévoit notamment des services déconcentrés au niveau de chaque wilaya sous forme d'agence de wilaya. Il s'agissait donc de contourner surtout l'obstacle juridique lié à l'absence de conseil d'administration propre à chaque agence de wilaya(33), ce qui aurait permis la désignation des membres de la commission de recours préalable parmi les administrateurs(34).

P2 - L'HOMOLOGATION, MOYEN DE CONTROLE DES DECISIONS DE LA COMMISSION DE RECOURS

La formalité de l'homologation des décisions des commissions de recours est la manifestation concrète du pouvoir de contrôle exercé par l'autorité de tutelle sur les délibérations de ces commissions. Cette préoccupation soulignée par le représentant du gouvernement lors de la présentation du projet de loi devant l'APN, en ce qu'il indiquait: *"Toutes les décisions de la commission sont soumises à l'approbation de l'autorité de tutelle qui constitue un contrôle supplémentaire d'une saine application de la loi"*(35) a été confirmée par la circulaire du Ministre de la Protection Sociale n° 006/MPS/CAB du 11 mars 1987, prise en application des dispositions des articles 21 et 24 modifiés de la loi 83-14 du 2 juillet 1983, conçue dans les termes suivants *"... l'attention est particulièrement attirée sur le fait que toute décision des commissions de recours préalable non conforme à la législation ou à la réglementation sera considérée comme nulle et de nul effet"*. En définitive, la formalité de l'homologation n'est qu'une technique, voire un procédé à la disposition de l'administration pour contrôler la légalité des délibérations rendues par les divers organes de délibérations, dont les membres échappent à tout pouvoir hiérarchique dès lors qu'ils sont élus ou désignés par des partenaires, tel le cas par exemple des APC, APW, les conseils d'administrations ect... Il est clair aussi que cette formalité ne peut concerner que les actes de nature administrative. Rappelons, enfin, que le contrôle des décisions des commissions de recours de wilaya et des décisions de la commission nationale est exercé respectivement par le directeur de la Caisse ou son représentant et le Ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant.

En vérité, l'examen de ces différents éléments n'avait pas pour seul objectif la détermination de la nature juridique du recours préalable, mais de mettre aussi en exergue la nécessité de renouveler voire d'élaborer parfois de nouvelles techniques juridiques qui s'accommoderaient des nouvelles réalités sociales. La démarche du législateur a été tout autre, il a semble-t-il essayé d'adapter le procédé du recours préalable prévu en matière de contentieux administratif(36), mais force est de constater que les aménagements apportés à ce recours administratif préalable, et les rapprochements qu'il a tenté de faire avec certains contentieux similaires(37) ou voisins(38) n'ont fait en réalité

que compliquer la tâche aussi bien pour le juriste que pour l'assujetti. Concernant le premier nommé, nous avons eu l'occasion d'exposer les difficultés consécutives à une utilisation abusive des concepts et le recours aux techniques classiques souvent inadaptées aux objectifs visés. Quant aux difficultés auxquelles devra faire face l'assujetti, elles seront examinées à l'occasion de l'évaluation des résultats pratiques dans la section suivante.

SECTION 3 EVALUATION DE LA PROCEDURE DE RECOURS PREALABLE

Après l'exposé des données statistiques que nous avons pu recueillir (P1)(39) nous en ferons l'analyse et l'évaluation à la lumière des objectifs que s'est fixé le législateur (P2).

P1. DONNEES STATISTIQUES (1)

I - COMMISSION WILAYA

RECOURS			RECOURS VIDES			
			EN 1ER ET DERNIER RESSORT (2)	EN PREMIER RESSORT (3)		
RECUS	EXAMINES	ACCEPTES		REJETES	HOMOLOGUES (4)	
1992	34489	22631	13489			
1993	30785	19221	9265	4285	5670	9343
1994	29106	17879	9110	3441	5121	8163

II - COMMISSION NATIONALE (5)

RECOURS			
	RECUS	EXAMINES	HOMOLOGUES
1992	704	435	435
1993	682	428	428
1994	771	286	286

(1) - Les chiffres ont été repris sur un document interne de la caisse, sans correction.

(2) - Il s'agit des recours aux fins d'exonération des pénalités et majorations de retard, introduits par les employeurs ou les non salariés.

(3) - Il s'agit généralement des recours introduits par les assurés sociaux.

(4) - Dans la pratique, l'homologation ne concerne que les décisions rendus en 1er ressort.

(5) - Les commissions de recours peuvent être saisies aussi bien par la caisse que par le demandeur au recours.

De l'examen des chiffres ci-dessus il ressort ce qui suit:

— Le nombre de recours enregistré annuellement avoisine les trente mille pour environ 4.500.000 assujettis(40). En dehors de l'importance du nombre de recours en lui même toute appréciation quant à la signification réelle de ce chiffre est hasardeuse. Ces recours sont, en effet, aussi divers que variés, il peut s'agir d'une demande de remboursement de frais médicaux, d'une demande de paiement de quelques jours de maladie ou d'un capital décès, d'une rente, de la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie professionnelle, d'une demande d'exonération de majorations et pénalités de retard ect.. Les montants de ces recours sont aussi très variables; il n'est pas exigé de montant minimum et/ou maximum pour

la recevabilité du recours. Par ailleurs le nombre de recours doit être rapporté au nombre de demandes de prestations déposées; et, à ce titre, faut-il préciser qu'un assuré social peut faire jusqu'à vingt demandes voir plus par an. Aussi en l'absence d'éléments chiffrés il est difficile de faire une appréciation quelconque quant au nombre de recours déposés.

— Le nombre de recours examiné annuellement s'élève à près de vingt mille soit près de soixante pour cent des recours déposés et dont soixante trois pour cent sont examinés en premier et dernier ressort.

— Parmi les recours examinés en premier ressort quarante pour cent sont considérés comme fondés.

— Les décisions rendues par les commissions de recours de wilaya sont pratiquement toutes homologuées.

— Les recours portés en appel devant la commission nationale de recours -environ 700 par an- représentent moins de douze pour cent du nombre des décisions rendues en premier ressort, et moins de deux pour cent de l'ensemble des recours déposés.

— Le nombre de recours examinés annuellement par la commission nationale représente environ cinquante trois pour cent des recours déposés.

— Les décisions de la commission nationale de recours sont homologuées en totalité par le ministère de la tutelle.

— Le nombre de recours portés devant les tribunaux est très insignifiant; à titre d'exemple l'agence CNAS d'Alger n'a enregistré qu'une dizaine d'assignations alors que l'antenne des fonctionnaires qui gère tous les fonctionnaires de la wilaya d'Alger n'a enregistré aucune citation en justice(41).

— Enfin d'après l'examen des statistiques de la commission de recours de la Wilaya d'Alger(42), le délai moyen de l'examen des recours est le suivant:

Sur 812 recours examinés pendant les années 1992 à 1994;

— 03 recours ont été examinés dans le délai règlementaire c'est à dire dans le délai de 3 mois à compter de la date du dépôt du recours.

— 590 recours ont été examinés à l'expiration du délai règlementaire mais dans l'année du dépôt du recours.

— 200 recours ont été examinés au cours de la seconde année qui suit la date de leur dépôt.

— 19 recours ont été examinés au cours de la troisième année qui suit la date de leur dépôt.

P2 - ANALYSE DES RESULTATS

Nous analyserons les résultats ci-dessus du point de vue: du respect de la procédure prévue (1) et de la concrétisation des objectifs fixés (2).

I- RESPECT DE LA PROCEDURE

Les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de la procédure du recours préalable sont liées chronologiquement: au délai imparti à la commission de recours pour se prononcer sur le recours, soit le délai de réponse (a), à la formalité de l'appel devant la commission nationale de recours (b), et au délai de recevabilité du recours juridictionnel (c).

A - LE DELAI DE REPONSE

La loi a imparti à la commission de recours de wilaya un délai d'un mois, à compter de sa saisine, pour statuer. Le requérant pourra toutefois s'adresser au tribunal si cette commission n'a pas fait connaître sa décision à la fin du troisième mois à compter de la réception de la requête. Les statistiques ci-dessus montrent que les commissions de recours de wilaya se prononcent généralement dans un délai beaucoup plus long, et d'où donc les difficultés suivantes:

— Le défaut de réponse dans le délai prévu équivaut-t-il à un rejet implicite comme c'est le cas en matière de recours préalable du contentieux administratif? Le recours préalable devient-il caduc à l'expiration du délai de réponse?

— En vertu de quoi la commission de recours préalable pourra t-elle statuer dès lors que le délai qui lui est imparti est expiré, notamment dans le cas où le tribunal a été saisi?

— Qu'en sera-t-il au cas où la décision de la commission de recours rendue au delà du délai prescrit est favorable au requérant alors que la juridiction saisie a statué entre temps en faveur de la Caisse?

— Le fait pour la commission de recours préalable de se prononcer au delà du délai légal ne constitue-t-il pas un moyen pour décourager les plaignants qui voudraient saisir les tribunaux? Ne seraient-ils pas tentés de patienter plutôt que d'entamer une procédure judiciaire longue, coûteuse et dont l'issue est incertaine?

— Comment préserver les intérêts du requérant contre la carence de la commission du recours préalable, lorsque celle-ci statue en premier et dernier ressort?

Il me semble que ces quelques interrogations montrent clairement les limites de ce recours préalable ainsi qu'il a été conçu, et il n'y a pas lieu donc d'engager une discussion juridique pour en montrer toutes les contradictions.

B - LA MESURE DE L'APPEL

La possibilité d'attaquer la décision de la commission de recours de wilaya par voie d'appel n'avait pas été envisagée par la loi 83-15 portant contentieux de sécurité sociale, c'est en effet la loi de finances de 1987, modifiant l'article 9 de la loi 83-15 qui a institué la commission nationale de recours qui statuera en appel sur les recours formulés par le requérant ou par la caisse contre les décisions des commissions de recours préalable de wilaya. Il va s'en dire donc que c'est là une étape obligatoire préalable à la saisine des tribunaux.

Cette seconde étape me paraît superflue et en tout cas sans aucun intérêt surtout pour la Caisse dès lors que les décisions des commissions de recours de wilaya font l'objet d'un contrôle de légalité; les décisions favorables au requérant ne sont en effet exécutoires que dans la mesure où elles recueillent l'approbation de l'autorité de tutelle. Autrement dit, la décision revient en dernier lieu à l'autorité administrative en la personne du directeur général de la caisse ou de son représentant et non à la commission de recours préalable.

Par ailleurs, le silence de la commission pendant les trois mois qui suivent la réception de la requête pourrait être assimilé à un rejet et d'où donc la question de savoir si le requérant est obligé dans ce cas de saisir la commission nationale préalablement à la saisine du tribunal? Une réponse affirmative irait à l'encontre de la célérité qui doit caractériser cette procédure, alors qu'une réponse négative remettrait en cause le

bien fondé de la procédure d'appel et l'existence même de la commission nationale de recours(43).

C - LE DELAI DE SAISINE DE LA JURIDICTION COMPETENTE

Il est imparti au requérant un délai d'un mois à compter de la notification de la décision de la commission de recours préalable pour saisir le tribunal. Toutefois dans le cas où la commission n'a pas fait connaître sa décision, le requérant dispose d'un délai de trois mois à compter de la réception de la requête pour saisir le tribunal. Mais de quelle commission s'agit-il? Si la commission nationale doit connaître obligatoirement des recours formulés contre les décisions des commissions de recours préalable de wilaya (à l'exception de ceux relatifs aux pénalités et majorations de retard) ainsi que le prescrit l'article 121 de la loi 86-15, il est certain que les dispositions de l'article 14 qui fixent le délai de saisine des juridictions n'est susceptible d'application que dans la mesure où c'est la commission nationale qui est visée(44). Or il est difficile de soutenir une telle interprétation au regard de la chronologie des textes; l'article 14 qui figurait déjà dans la loi 83-15 (seule la CRP de wilaya était prévue) n'a pas été révisé à la lumière des dispositions de la loi 86-15 instituant la commission nationale de recours. Par ailleurs dans l'hypothèse où la commission de recours préalable de wilaya n'a pas fait connaître sa décision dans le délai prescrit, le requérant qui n'a pas saisi le tribunal dans le délai prévu à cet effet (c'est à dire les trois mois suivant la réception de la requête) aura toujours la possibilité de le faire valablement; il lui suffit d'attendre la décision de la commission qui pourra intervenir beaucoup plus tard comme le montre les statistiques ci-dessus. Cette issue de secours qui peut être à l'origine de décisions contradictoires(45) est contraire à l'esprit du texte dont l'un des objectifs est d'éviter aux assurés sociaux les lenteurs de la justice.

II - REALISATION DES OBJECTIFS

L'institution du recours préalable en matière de contentieux de sécurité sociale devait éviter aux assurés sociaux le recours systématique à la justice (a), permettre aux caisses de sécurité sociale d'examiner à nouveau le dossier b), faire participer concrètement les bénéficiaires à la gestion des organismes de sécurité sociale (c).

A - LE RECOURS PREALABLE EVITE L'ACTION EN JUSTICE

Les inconvénients des procédures judiciaires en ce qu'elles sont coûteuses et longues, constituent un obstacle de taille pour l'assuré social qui veut se pourvoir contre la décision de la Caisse lui faisant grief. Outre le fait que le litige porte parfois sur des sommes modiques sans commune mesure avec les frais à engager et le délai à observer, les usagers de la sécurité sociale sont souvent de conditions très modestes et les prestations réclamées sont, dans bien des cas, des revenus de remplacement de la perte d'un salaire ou la compensation de la perte d'une capacité de travail. L'institution du recours préalable qui n'obéit à aucune formalité particulière et de surcroît sans frais devait permettre de pallier à toutes ces difficultés. Si l'on examine les statistiques ci-dessus, l'on relèvera toute de suite que le recours aux tribunaux est en effet, le cas le plus rare et l'on remarquera aussi que près de quarante pour cent des recours examinés sont fondés, mais il peut être constaté par ailleurs le non respect du délai imparti à la commission pour statuer. Le délai moyen est d'environ une année, et de mon point de vue c'est cette lenteur qui explique le peu d'enthousiasme des assurés sociaux à saisir les tribunaux, d'autant plus qu'ils doivent au préalable respecter la procédure d'appel devant la commission nationale(46). Aux termes de l'arrêté du 11 mars 1987 du ministre de la protection sociale, portant modalité de désignation des membres de la CRP en matière de sécurité sociale, la commission de recours préalable se réunit en session ordinaire tous les quinze jours; or il n'en n'est rien dans la pratique. Ainsi à titre d'exemple il a été constaté au cours de l'année 1994 ce qui suit:

- 05 CRP de wilaya n'ont tenu aucune réunion pendant toute l'année,
- 10 CRP de wilaya se sont réunies entre une et trois fois pendant toute l'année,
- 09 CRP de wilaya ont tenu en moyenne une réunion par trimestre,
- 18 CRP de wilaya se sont réunies en moyenne une fois tous les deux mois,
- 02 CRP de wilaya se sont réunies en moyenne une fois par mois,
- 03 CRP de wilaya se sont réunies en moyenne deux fois par mois(47).

Cette situation qui a dénaturé le recours préalable, est due à diverses considérations, dont le désintéressement des membres de la commission dont le mandat est gratuit, et les lenteurs de l'administration à pourvoir au renouvellement des membres défaillants.

B - LE REEXAMEN DE LA DECISION CONTESTEE PAR LA CAISSE

La possibilité pour la Caisse de réexaminer la décision contestée n'existe pas réellement au niveau de la commission de recours préalable de wilaya, puisque le directeur de l'agence de wilaya, qui n'est que le secrétaire de cette commission ne participe pas légalement au vote de la délibération. La décision contestée est réexaminée fortuitement par le directeur général ou son représentant à l'occasion de la formalité de l'homologation des décisions de la commission de recours. D'ailleurs, ce cadre légal me paraît inapproprié pour les raisons suivantes: il y a d'abord le fait que l'homologation des décisions des commissions de recours préalable n'est pas toujours expresse, ce qui veut dire que certaines décisions pour des raisons diverses et variées ne sont pas examinées par l'autorité de tutelle. Il y a ensuite le nombre très élevé des décisions soumises à homologation (vingt mille environ) qui va rendre le réexamen de la décision objet du recours très superficiel. Il faut souligner enfin que l'autorité de tutelle chargée de l'homologation des décisions n'est pas en possession des différents éléments d'appréciation; elle devra se contenter des faits décrits et des éléments rapportés par le procès verbal de délibération de la commission de recours.

C - LA PARTICIPATION DES BENEFICIAIRES A LA GESTION DE LA CAISSE

Dire que les bénéficiaires de la sécurité sociale participent à la gestion de la caisse par le biais de leurs représentants du seul fait que ceux-ci siègent au sein des commissions de recours de wilaya est une affirmation exagérée. Il est certain que les membres de la commission se font, à l'occasion de l'examen des différents recours dont ils sont saisis, une opinion quant au fonctionnement des services de la Caisse;

mais il n'en demeure pas vrai que leur pouvoir se limite à statuer sur ces recours. Ils ne peuvent en aucun cas s'immiscer dans la gestion de la caisse. Il me semble d'ailleurs que le souci de faire participer les bénéficiaires à la gestion de la caisse, n'exprime en réalité qu'une préoccupation politique.

En conclusion, la nécessité de réviser les dispositions de la loi portant organisation du recours préalable me paraît être une simple évidence dès lors que les objectifs que s'est fixé le législateur n'ont pas été atteints. La commission de recours préalable qui devait garantir les droits des assujettis est devenue un moyen de les méconnaître. En contre partie de la gratuité, qui est le seul avantage de ce recours préalable, il n'y a aucune garantie quant à la préservation des droits des assujettis. L'institution de deux étapes pour l'examen du recours préalable à laquelle s'ajoutent les différents contrôles administratifs sont venus décourager les meilleures volontés. On redoutait les lenteurs et la complexité des procédures judiciaires, alors que l'on oblige le requérant à respecter pas moins de quatre délais (le délai de saisine de la CRP de wilaya, le délai de réponse, le délai d'appel, le délai de saisine du tribunal) dont les dates de départ sont souvent confuses.

CHAPITRE 2 LE CONTENTIEUX MEDICAL

Le contentieux médical ainsi que défini à l'article 4 de la loi 83-15: *"connaît de tous les litiges relatifs à l'état médical des bénéficiaires de la sécurité sociale, ainsi qu'à celui de leurs ayants droit"*. Le différend qui oppose la caisse de sécurité sociale à l'assuré à trait donc à un état médical, et c'est là une question purement technique qui requiert nécessairement un avis technique soit une expertise. Il reste cependant, que cette expertise dont la procédure a été définie dans le moindre détail (section 1) n'a pas été conçue comme une mesure d'instruction conformément au droit commun, mais comme un moyen de règlement du différend médical (section 2). D'ailleurs c'est par rapport à cette nature particulière que le législateur a prévu des voies de recours contre la décision de l'expert (section 3).

SECTION 1 L'EXPERTISE MEDICALE

La procédure de l'expertise médicale mise en oeuvre à la demande de l'assuré doit être diligentée obligatoirement par la caisse de sécurité sociale dans les délais prévus, faute de quoi elle serait tenue par l'avis du médecin traitant(50). Elle doit être diligentée selon les formalités

prescrites par la loi; il s'agit notamment des formes de procédé (P1), et des modalités de désignation du médecin expert (P2).

P1 LES FORMES DE PROCEDURE

Ces formes de procédé concernent les modalités de mise en oeuvre de la procédure d'expertise médicale (I), les délais qu'elle requiert (II), et la formalisation du protocole d'accord (III).

I - LA MISE EN OEUVRE DE LA PROCEDURE

Aux termes de l'article 19 de la loi susvisée, la procédure de l'expertise médicale est mise en oeuvre par la Caisse de sécurité sociale, à la demande de l'assuré social. Les décisions médicales prises par la caisse de sécurité sociale, sur avis de son médecin conseil sont, en effet, notifiées par écrit aux intéressés, qui pourront le cas échéant les contester. La contestation de ces décisions médicales se fera en moyen d'une demande d'expertise formulée par écrit et déposée ou adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à la Caisse de sécurité sociale. Cette demande, accompagnée obligatoirement d'un certificat médical délivré par le médecin traitant(51), emporte obligation pour la caisse de diligenter la procédure d'expertise dans les délais requis sous peine de sanction.

II - LES DELAIS DE LA PROCEDURE D'EXPERTISE

Le législateur, préoccupé sans doute par une prompt solution a imparti des délais à l'assuré social pour formuler sa demande, à la Caisse de sécurité sociale pour diligenter la procédure et au médecin expert à l'effet de procéder à l'expertise(52).

L'assuré social dispose, en effet, d'un délai d'un mois à compter de la date de notification de la décision médicale pour saisir la Caisse de sécurité sociale d'une demande d'expertise. L'inobservation de ce délai est sanctionnée par l'irrecevabilité de la demande d'expertise.

La caisse de sécurité sociale qui a en charge la procédure d'expertise dispose d'un délai de 07 jours à compter de la date de réception de la demande d'expertise pour se mettre en rapport avec l'assuré social à l'effet de choisir le médecin expert. Elle devra en outre: "*clôre la*

procédure d'expertise dans les quinze jours qui suivent la réception des résultats de l'expertise". Elle devra enfin procéder à la notification de sa décision qui doit être dans tous les cas conforme aux résultats de l'expertise. Cette notification devra se faire dans les dix jours qui suivent la réception du rapport d'expertise(53), sous peine de se voir imposer l'avis du médecin traitant, sauf pour les cas relatifs à l'état d'invalidité(54).

Le médecin expert devra quant à lui convoquer le malade en vue de l'expertise médicale dans les huit jours qui suivent sa désignation, et il est tenu de faire connaître sa décision aux parties dans les trois jours qui suivent l'expertise. L'inobservation de ces délais par le médecin expert n'est assortie d'aucune sanction.

Au vu des délais ci-dessus le litige est théoriquement solutionné dans un délai qui ne saurait excéder soixante dix jours. En l'absence de données statistiques nous avons procédé à l'examen de quelques cas qui nous ont permis de relever parfois des retards importants dans la désignation du médecin expert et dans l'exécution des opérations d'expertise. Le retard dans la désignation de l'expert est le fait du médecin traitant qui tarde quelque fois à répondre à la proposition de la caisse et/ou du directeur de wilaya de la santé qui ne procède généralement à la désignation du médecin expert qu'après plusieurs rappels(55). Ce retard, sans aucune conséquence sur les droits de l'assuré social à l'expertise médicale, atteint parfois 06 mois voire une année(56). Les conséquences de ce retard sont plutôt supportées par la Caisse, dès lors que le médecin expert qui ne peut se prononcer sur l'état antérieur de l'assuré social -en raison de l'évolution rapide de son état de santé- a tendance le plus souvent à se rallier à l'avis du médecin traitant. Quant au retard enregistré éventuellement lors de l'exécution des opérations d'expertise, il est souvent la conséquence du désintéressement du médecin expert. Il est vrai que celui-ci est lié par des délais comme indiqué ci-dessus mais en l'absence de toute sanction ceux-ci n'ont pas de signification particulière. En revanche il me semble nécessaire de préciser que les honoraires du médecin expert sont dérisoires voire symboliques(57).

III. LE PROTOCOLE D'ACCORD

Le protocole d'accord est le document constatant l'accord des parties quant au choix du médecin expert et définissant la mission qui lui est confiée. Au vu du dossier médical, de la demande d'expertise médicale et du certificat du médecin traitant la caisse propose à l'assuré social le médecin expert ainsi que la mission qu'elle entend lui confier dans le cadre du règlement du litige qui les oppose. Cette proposition fait l'objet d'un écrit qui est remis à l'assuré social -représenté en fait par son médecin traitant- à l'effet de requérir son accord et le cas échéant ses observations quant au choix de l'expert et à la mission qui lui a été confiée.

Le protocole d'accord devra comporter par ailleurs: l'avis du médecin traitant, celui du médecin conseil de la caisse ainsi que l'objet précis de la mission(58). Le médecin expert agit donc en vertu de ce protocole d'accord et dans les limites de la mission qui lui a été confiée.

P2. LES MODALITES DE DESIGNATION DU MEDECIN EXPERT

Le médecin expert est désigné par les parties (I) et le cas échéant par l'autorité administrative (II).

I. LA DESIGNATION PAR LES PARTIES

Le médecin expert est choisi d'un commun accord par l'assuré social, qui est généralement représenté par son médecin traitant, et la caisse de sécurité sociale. Le médecin expert est choisi parmi les médecins figurant sur la liste établie à cet effet par le Ministère de la Santé(59). L'accord des parties est consacré par le protocole d'accord comme indiqué ci-dessous.

II. LA DESIGNATION PAR L'AUTORITE ADMINISTRATIVE

L'intervention de l'autorité administrative en la personne du directeur de wilaya de la santé aux fins de désignation du médecin expert est envisagée seulement dans le cas du désaccord des parties. Selon l'examen de quelques échantillons, le recours à cette procédure

représente moins de vingt pour cent de l'ensemble des demandes d'expertise. Le peu de contestations s'expliquerait par le nombre limité des médecins experts et surtout par l'esprit de solidarité qui anime le corps des médecins.

Section 2 - LA NATURE JURIDIQUE

DE L'EXPERTISE MEDICALE

Aux termes des dispositions du code de procédure civile, et notamment son article 43 et suivants, la mesure de l'expertise est considérée comme une mesure d'instruction qui peut être ordonnée par le juge à l'effet de procéder à des vérifications d'ordre technique ou de l'éclairer sur les questions qui nécessitent des connaissances particulières. Dans tous les cas, le juge n'est pas lié par l'avis de l'expert(60), il pourra l'adopter, le rejeter totalement ou partiellement, désigner un nouvel expert etc... Cette mesure d'instruction est d'ailleurs ordonnée par un jugement dit préparatoire qui n'est pas susceptible d'appel pour la simple raison qu'il ne se prononce pas sur le fond du litige(61).

La finalité de l'expertise médicale prévue dans le cadre du règlement du contentieux médical est tout autre. Il ne s'agit plus d'une mesure d'instruction, mais d'une véritable décision sur le fond du litige. L'expert n'est pas appelé à donner un avis technique, il statue sur le différend d'ordre médical qui oppose la Caisse à l'assuré social. Le représentant du gouvernement précisait à l'attention des députés lors des débats relatifs au projet de loi que: *"Pour le volet relatif au contentieux médical ... les litiges sont réglés par la procédure de l'expertise médicale, laquelle consiste en un examen médical auquel procède un médecin expert choisi conjointement par l'assuré et la caisse"*(62). Il indiquait par ailleurs que: *"Cette procédure simplifiée qui fait appel au médecin-expert et au médecin-conseil et celui du requérant renforce la sauvegarde des droits des assurés sociaux en même temps qu'elle permet de corriger les abus éventuels"*(63). Par ailleurs, il est question dans les articles 23 alinéas 2 et 24 de la loi n° 83-15 de *"résultats de l'expertise"* alors que le projet de texte de loi soumis à l'APN faisait état *"d'un avis motivé"* du médecin expert. Cet amendement du texte original introduit par la commission de l'APN est

justifié: "... étant donné que le travail mené par le médecin expert ne s'inscrit pas dans le cadre de la consultation médicale normale, d'où la nécessité d'aboutir à un diagnostic déterminant soigneusement l'état de santé du malade"(64). C'est enfin, par rapport à cette conception du rôle du médecin expert que s'expliquent les dispositions de l'article 5 de la loi 83.15 qui dispose: "*les résultats de l'expertise du médecin expert s'imposent aux parties de manière définitive...*".

Ceci étant, il me semble que le choix de ce mode dérogatoire de règlement des litiges s'explique surtout par la nature de la contestation qui a trait beaucoup plus au fait qu'au droit. Autrement dit ce n'est pas l'application de la loi stricto sensu qui est en cause; il ne s'agit pas de se prononcer sur le ou les droits de l'assuré social qui ne souffrent d'aucune contestation. Le litige a trait seulement à l'appréciation d'un état de fait en l'occurrence l'état de santé de l'assuré social duquel découle bien évidemment des conséquences quant à ses droits d'assuré social.

SECTION 3 LES VOIES DE RECOURS

Bien que les résultats de l'expertise médicale s'imposent de manière définitive aux parties, le législateur a prévu néanmoins des voies de recours à savoir: le recours judiciaire dans certains cas (P1) et la saisine de la commission d'invalidité dans d'autres cas (P2).

P1. LE RECOURS JUDICIAIRE

Le recours aux tribunaux à l'effet de contester les résultats de l'expertise médicale devrait être exceptionnel dès lors qu'il s'agit d'un litige d'ordre médical qui ne peut être résolu que par des experts(65). Les magistrats n'ont pas de connaissances techniques en la matière pour pouvoir apprécier valablement les résultats techniques auxquels l'expert a abouti. Il reste cependant que l'expertise médicale en tant que moyen de règlement des litiges d'ordre médical obéit à des formes de procédé à même de garantir et préserver les droits des parties au litige; et c'est sur celles-ci que peut s'exercer éventuellement le contrôle judiciaire. En effet aux termes de l'article 26 de la loi n° 83/15 le tribunal siégeant en matière sociale connaît des contestations relatives aux résultats de

l'expertise médicale et qui porteraient sur:

- La régularité de la procédure d'expertise, ce qui signifie que les magistrats pourront contrôler le respect des formes de procédé décrites ci-dessus.

La conformité de la décision de l'organisation de sécurité sociale aux résultats de l'expertise, dès lors que celle-ci s'impose aux parties.

Les magistrats devront s'assurer par ailleurs que l'expert s'est prononcé sur l'ensemble des points du litige médical sans aucune ambiguïté et qu'il ne reste pas par conséquent de points litigieux en suspens. Ainsi pourront-ils aux termes de l'article 26 suscité connaître éventuellement des contestations ayant trait:

- au caractère précis, complet et non ambigu des résultats de l'expertise.

- à la nécessité d'une expertise nouvelle ou d'un complément d'expertise.

Enfin la mise en oeuvre de l'expertise médicale peut parfois heurter l'ordre public et les bonnes moeurs et d'où donc la nécessité d'un contrôle judiciaire; c'est le cas notamment de l'expertise judiciaire prévue à l'article 26 ci-dessus et qui devient obligatoire dès lors que l'assuré est décédé avant le déroulement de l'expertise(66).

Ce sont de notre point de vue les trois préoccupations qui ont amené le législateur à énumérer limitativement les cas de recours à l'autorité judiciaire. Ces recours sont examinés en premier ressort par le tribunal à charge d'appel devant la Cour, dont les arrêts pourraient faire éventuellement l'objet d'un pourvoi en cassation devant la Cour Suprême.

P2. LE RECOURS DEVANT

LA COMMISSION D'INVALIDITE

Aux termes de l'article 30 de la loi 83/15 il a été institué au niveau de chaque wilaya(67) une commission d'invalidité appelée à connaître des contestations des décisions rendues par les caisses de sécurité sociale consécutivement aux résultats de l'expertise médicale et relatives à l'état d'invalidité. Autrement dit les résultats de l'expertise médicale peuvent faire l'objet dans certains cas d'un recours devant la commission d'invalidité. Examinons donc sa composition (I), son fonctionnement (II) et ses attributions (III).

I. COMPOSITION DE LA COMMISSION D'INVALIDITE

Aux termes de l'article 32 de la loi 83.15, la commission d'invalidité est composé de cinq (05) membres assistés d'un secrétariat.

Les membres composant cette commission sont:

- un conseiller à la Cour, qui assure les fonctions de président de la commission,
- un médecin expert désigné par le directeur de wilaya de la santé, sur la base d'une liste arrêtée par le Ministre chargé de la santé,
- un représentant du ministère chargé de la sécurité sociale,
- un représentant de l'UGTA,
- un représentant de l'UNPA.

En application de la circulaire n° 347/MTAS/DSSOS du 15 février 1988 du Ministre du travail et des affaires sociales c'est le Wali qui a en charge la désignation des membres, leur remplacement, l'installation de la commission et son renouvellement(68).

Les membres de la commission sont choisis pour certains en raison de leurs compétences (c'est notamment le cas du président et du médecin expert) et pour d'autres es-qualité de partenaires de la sécurité sociale (c'est le cas notamment des représentants du ministère chargé de la sécurité sociale, de l'UGTA et de l'UNPA)(69).

Le secrétariat de la commission d'invalidité est assuré par un agent de l'organisme de sécurité sociale.

II. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION D'INVALIDITE

Le fonctionnement de la commission d'invalidité soulève essentiellement deux questions, la première a trait à sa saisine (A) alors que la seconde concerne ses délibérations (B).

A LA SAISINE DE LA COMMISSION

a) LE MOYEN DE SAISINE

La commission d'invalidité est saisie par tout intéressé au moyen d'un écrit sous-seing privé envoyé par lettre recommandé avec accusé de réception ou déposé auprès du secrétariat de la commission d'invalidité. Ainsi en dehors de la constatation matérielle du recours au moyen de l'écrit, la loi n'impose au requérant aucune forme particulière(70).

b) LE DELAI DE SAISINE

La saisine de la commission doit se faire selon le cas:

Dans les deux (02) mois qui suivent la notification de la décision de l'organisme de sécurité sociale prise dans le cadre des dispositions de l'article 34 de la loi 83.15.

- Dans les quatre (04) mois à partir de la demande d'expertise, lorsque l'organisme de sécurité sociale n'a pas fait connaître sa décision dans le mois qui suit la demande d'expertise(71).

B LES DELIBERATIONS

La commission d'invalidité ne peut délibérer qu'en présence de trois de ses membres; le quorum exigé est donc la majorité simple des membres de la commission. Il y a lieu de relever toutefois que l'article 35 précise que parmi ces trois membres présents devront figurer obligatoirement le président et le médecin expert. Autrement dit l'absence de ces derniers ne permet pas à la commission de délibérer, ce qui signifie que le quorum n'est pas atteint malgré la présence de la majorité des membres de la commission. Cette exigence s'explique sans aucun doute par la qualification professionnelle du président et celle du médecin expert qui constitue en même temps une garantie tant pour les droits de l'assuré social que pour ceux de l'organisme de sécurité sociale.

Les décisions de la commission d'invalidité sont prises à la majorité simple des voix et en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante. Ce procédé pour départager les membres de la commission en cas d'égalité des voix peut mettre en échec - au moins théoriquement - les préoccupations du législateur quant à la présence des techniciens, dès lors qu'en présence de l'ensemble des membres de la commission, le président et le médecin expert pourraient être en minorité.

Par ailleurs, les décisions de la commission d'invalidité doivent être motivées, cette exigence est de nature à garantir les droits des parties au litige. Enfin s'agissant généralement d'un litige à caractère médical, la commission d'invalidité indique l'article 36 de la loi 83.15: "*... doit prendre ses décisions sur la base de l'avis du médecin expert ...*" c'est là me semble-t-il une garantie supplémentaire pour éviter les décisions abusives et c'est là aussi un moyen de privilégier l'avis de l'idoine(72).

La commission est tenue de statuer dans un délai de deux mois à compter de la date de sa saisine, mais en l'absence de toute sanction en cas d'inobservation du dit délai, on ne voit pas comment l'assuré pourra-t-il préserver ses droits.

Les décisions de la commission d'invalidité sont notifiées aux parties intéressées dans un délai de vingt (20) jours(73).

III. ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION D'INVALIDITE

La commission d'invalidité est chargée d'apprécier:

- L'origine et la nature de la maladie ou des lésions; cette situation se présente généralement chaque fois que le bénéficiaire de l'assurance invalidité a été refusé à l'assuré pour des raisons médicales.

- La date de guérison ou de consolidation: l'assuré par le biais de son médecin traitant peut contester la date de guérison ou de consolidation retenue par la Caisse de sécurité sociale.

- L'état et le taux d'incapacité: les contestations peuvent porter sur:

le taux d'incapacité fixé après la consolidation ou la guérison, la suppression de la rente après la révision, le passage d'une catégorie de l'invalidité à une autre consécutivement à des contrôles médicaux(74).

Comme il peut être constaté il s'agit de questions purement techniques qui ne peuvent être examinées que par le médecin expert, et c'est la raison pour laquelle la commission ne peut siéger en son absence d'une part et que les décisions sont prises sur la base de son avis d'autre part. Autrement dit c'est au médecin expert que revient pratiquement la décision(75).

Aussi s'agissant de litiges à caractère purement médical la commission a toute latitude pour solliciter l'avis de spécialistes ou prescrire des examens complémentaires ou toute autre mesure d'instruction qu'elle jugera utile.

Les décisions ainsi rendues par la commission d'invalidité peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation conformément à l'article 37 de la loi 83.15. Faut-il rappeler à cet effet que le pourvoi en cassation est une voie de recours extraordinaire contre les arrêts et jugements rendus en dernier ressort(76), or la décision de la commission d'invalidité n'est

pas une décision juridictionnelle et il semble que c'est là un cas de dérogation ainsi que le prévoit l'article 231 C. Pro. Civ. qui dispose: "*Sauf dérogations prévues par des textes spéciaux et sans préjudice du chapitre IV du présent livre, la Cour suprême est compétente pour statuer ...*". En dehors de cette spécificité quant à la compétence de la Cour Suprême, l'article 37 susvisé renvoie au droit commun pour ce qui concerne les cas d'ouverture du pourvoi en cassation. Aussi en l'état actuel des textes régissant le recours devant la commission d'invalidité, il me semble qu'il peut être invoqué au titre des moyens du pourvoi ce qui suit:

- La violation ou omission des formes substantielles de procédé et cela chaque fois que les formes décrites ci-dessus n'ont pas été observées.

- Le manque de base légale et la violation ou la fausse application de la loi, et cela chaque fois que la décision de la commission d'invalidité a été rendue en violation ou au mépris des dispositions de la loi.

CHAPITRE 3: LE CONTENTIEUX TECHNIQUE

A CARACTERE MEDICAL

Aux termes de l'article 5 de la loi 83.15, "*le contentieux technique connaît de toutes les activités médicales en relation avec la sécurité sociale*". Quant à l'article 8 de la même loi il dispose: "*Le règlement des litiges qui, de par leur nature, sont assimilés au contentieux technique à caractère médical, s'effectue dans le cadre d'une commission technique*".

En vérité, il s'agit de litiges qui opposent les caisses de sécurité sociale aux médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, etc, à propos des constatations ou prescriptions médicales faites au profit des assurés sociaux en fraude des droits des caisses de sécurité sociales. En d'autres termes, il s'agit des cas de fraude et d'abus commis par le personnel médical et qui ont été relevés par les caisses de sécurité sociales postérieurement aux paiements des prestations sociales dûes en conséquence aux bénéficiaires(77). Il y a lieu de préciser toutefois que dans ce cas, les caisses de sécurité sociale ne disposent d'aucun recours contre les bénéficiaires pour le remboursement des prestations servies indûment, et qu'elles subissent ainsi un préjudice parfois très important.

La fraude ou l'abus consiste généralement dans la dénaturation de la situation médicale du bénéficiaire comme le précise l'article 79 de la loi 83.15. Et il en est ainsi notamment lorsque le médecin prescrit des arrêts de travail de complaisance(78) ou prescrit des actes médicaux ou des soins injustifiés(79), qu'il pratique des examens ou des interventions qui ne relèvent pas de sa compétence, ou qu'il abuse dans la cotation des actes pratiqués(80) ect...

Ces litiges qui opposent donc les caisses de sécurité sociale au personnel médical relèvent de la compétence de commission technique instituée par l'article 40 de la loi 83.15(81). Cette commission se compose, aux termes de l'article 41 de la loi sus visée de:

- médecins désignés par le ministère chargé de la santé,
- médecins représentant l'organisme de sécurité sociale,
- médecins représentant l'Union des médecins algériens,

alors que le secrétariat est confié à un agent du ministère chargé des affaires sociales.

Cette commission dont les attributions et les modalités de fonctionnement devaient être précisées par voie réglementaire(82) est chargée notamment de constater d'une part les fautes professionnelles et de prononcer d'autre part, au titre des sanctions, des amendes égales au double du montant des prestations servies(83), étant entendu que ces amendes seront versées à l'organisme de sécurité sociale, victime du préjudice(84).

La mise en place de cette commission qui n'a pas encore vu le jour (ce qui ne nous permet pas d'en faire l'étude et d'apprécier son efficacité) se fait de plus en plus sentir avec la libéralisation de la pratique de la médecine et l'épanouissement du secteur privé.

Les décisions de cette commission qui ressemble de par sa composition à une commission de discipline(85) peuvent faire l'objet, conformément à l'alinéa 2 de l'article 40 de la loi 83.15, d'un recours devant les juridictions.

A suivre

Notes:

- (1) - J.O.R.A. n° 28 du 05 juillet 1983. Voir journal des débats de l'A.P.N. n° 25 du 03.02.1983, page 3.
- (2) - J.O.R.A. n° 55 du 30.12.1986.
- (3) - Article 3 de la loi 83-15.
- (4) - Article 4 de la loi 83-15.
- (5) - Article 5 de la loi 83-15.
- (6) - Décret portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale J.O.R.A. n° 2 du 08 janvier 1992. Les litiges qui surgiraient éventuellement relèvent du contentieux de droit commun.
- (7) - Aux termes de l'article 25 du décret législatif 94-10 du 26 mai 1994 et l'article 29 du décret législatif 94-11 instituant respectivement la retraite anticipée et l'assurance chômage, les contestations relatives à celles-ci relèvent du contentieux général de sécurité sociale. J.O.R.A. n° 34 du 1er juin 1994.
- (8) - Voir loi 83-14 du 02.07.1983 relatives aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale, J.O.R.A. n° 28 du 05 juillet 1983.
- (9) - Il s'agit des procédures dites du rôle et de la contrainte prévues par l'article 59 et suivants de la loi 83-15.
- (10) - Voir les articles 67 et 68 de la loi 83-15; l'opposition est notifiée aux banques par simple lettre recommandée.
- (11) - Voir article 45 de la loi 83-14 du 02 juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale sus-citée.
- (12) - Voir article 77 de la loi 83-15.
- (13) - Il n'y a aucune ressemblance avec les commissions de recours en matière d'impôt que ce soit au niveau de leur composition, leur fonctionnement, ou de leurs attributions voir loi 90-36 du 31.12.1990 portant loi de finances pour 1991, article 300 et suivant. J.O.R.A. n° 57.
- (14) - Voir article 9 de la loi 83-15 modifiée par loi 86-15.
- (15) - Voir arrêté 004/CAB du 11 mars 1987, portant modalités de désignation des membres des commissions de recours préalable en matière de sécurité sociale et de fonctionnement de ces commissions pris en application des articles 120 et 121 de la loi 86-15 du 26.12.1986, portant loi de finances pour 1987.
- (16) Rappelons que parmi les objectifs qui ont présidé à l'institution de cette commission, celui de faire participer les bénéficiaires à la gestion du système de sécurité sociale.
- (17) - Voir article 10 alinea 2 de la loi 83-15.
- (18) - Voir article 11 de la loi 83-15.
- (19) - Article 122 de la loi 86-15 complétant l'article 83 de la loi 83-15.

- (20) - Article 120 de la loi 86-15 modifiant l'article 9 de la loi 83-15.
- (21) - Article 12 de la loi 83-15.
- (22) - Voir article 17 de l'arrêté 004/MPS/CAB du 11 mars 1987.
- (23) - Voir arrêté précité.
- (24) - Voir article 10 de l'arrêté précité.
- (25) Ce délai a été fixé par la Commission Nationale, en s'appuyant sur les dispositions de l'art. 14 de la loi 83-15 alors que la circulaire n° 001/CAB du 13 mars 1988 complétant les instructions contenues dans la circulaire 006/MPS/CAB du 11 mars 1987 fixe ce délai à deux mois.
- (26) - Voir article 22 alinéa 2 de la loi 83-15 et surtout la circulaire n° 006/MPS/CAB du 11 mars 1987.
- (27) - Le représentant du directeur peut être, par exemple, le sous directeur du recouvrement ou le sous directeur des prestations, or celui-ci assure théoriquement le secrétariat de la commission.
- (28) - Voir l'article 121 de la loi 86-15 du 29 décembre 1986 portant loi de finances 1987. JORA n° 55 du 30.12.1986.
- (29) - Voir article 120 de la loi ci-dessus.
- (30) - Voir journal officiel des débats de l'Assemblée populaire nationale, n° 25 du 3.02.1983.
- (31) - Voir journal officiel des débats sus-visé.
- (32) - Voir à titre d'exemple l'article 17 du décret 85-223 du 20 août 1985 portant organisation administrative de la sécurité sociale JORA n° 35 du 21 août 1985 (abrogé), et surtout l'article 13 du décret 92-07 du 04.01.92 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale, qui fixe à 29 le nombre d'administrateurs dont 18 représentants des travailleurs et 09 représentants des employeurs. JORA n° 2 du 08.01.1992.
- (33) Voir article 15 de l'arrêté interministériel du 24.01.1987 portant organisation interne de la C.N.A.S. JORA n° 29 du 15.07.1987.
- (34) - Le décret 92.07 semble tenir compte de cette difficulté, et à cet effet il prévoit en son article 23 la possibilité pour le conseil d'administration de constituer auprès des agences de wilaya des comités de liaison.
- (35) - Voir journal officiel des débats sus-visé.
- (36) - Dont l'objectif essentiel est la protection de l'Administration.
- (37) Voir notamment l'exposé du représentant du gouvernement et celui du rapporteur de la commission de l'éducation, de la culture et des affaires sociales, Journal officiel des débats sus-cité.
- (38) - C'est notamment le cas du contentieux des impôts.
- (39) - Ces données statistiques ne concernent que la CNAS, chargée du recouvrement de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et de la gestion des risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles.
- (40) - Sont compris dans ces chiffres outre les salariés et les employeurs, les non

(54) - Pour ces cas, le requérant peut saisir la commission d'invalidité conformément à l'article 34 de la loi 83-15.

(55) - Le recours au directeur de wilaya de la santé a lieu en cas de désaccord des parties quant au choix de l'expert.

(56) - Ce retard est préjudiciable pour les parties, dès lors que l'état médical de l'assuré social peut évoluer très rapidement.

(57) - Les honoraires qui sont dans tous les cas avancés par la caisse sont fixés à 400 DA.

(58) - Voir article 22 de la loi 83.15.

(59) - Selon la commission de l'Education de la Culture et des Affaires Sociales de l'APN: "L'amendement proposé vise à conférer un caractère juridique à la liste des médecins experts établie par le Ministère de la Santé, et à faire obligation à l'organisme de sécurité sociale et à la direction de la Wilaya de la santé de désigner le médecin expert à partir de cette liste d'autre part ...". Journal des débats sus visé, p. 13.

(60) - Voir article 54 al 2 C. Pro. Civ.

(61) - Voir article 106 C. Pro. Civ. qui dispose: "... l'appel d'un jugement préparatoire ne peut être interjeté qu'avec le jugement définitif ...".

(62) - Voir journal des débats n° 25 du 03.02.1983, p. 9.

(63) - Op. cit., p. 3.

(64) - Op. cit., p. 13.

(65) - L'article 26 de la loi 83/15 dispose en effet: "sous réserve des dispositions de l'article 25 de la présente loi, le tribunal siégeant en matière sociale peut être saisi sur ...".

(66) - Voir exposé des motifs de l'amendement introduit par la commission de l'APN à l'article 25. Journal des débats sus visé, p. 14.

(67) - La compétence territoriale de la commission d'invalidité s'étend au territoire de la wilaya concernée.

(68) - Le Wali procède par arrêté.

(69) - Selon le compte rendu du représentant du gouvernement à l'APN, "La composition de cette commission tient compte de la nécessité d'associer les représentants des travailleurs à leur fonctionnement (c'est à dire le fonctionnement des caisses de sécurité sociale)". Journal des débats de l'APN n° 25 du 03.02.1983, p. 3.

(70) - On peut lire dans le compte rendu du représentant du gouvernement aux membres de l'APN "là aussi la saisine; et toutes les autres formalités sont assouplies autant que faire se peut afin que les assurés sociaux puissent exercer leurs droits sans difficultés". Journal des débats, sus cité, p. 3.

(71) - Voir article 34 de la loi 83.15.

(72) - Selon le rapport de la commission de l'APN: "les aménagements apportés par la commission à cet article consistent en ce qui suit : ... 1) conférer un caractère

salariés, les retraités, les étudiants, les handicapés ainsi que toutes les personnes qui bénéficient des assurances sociales à quelque titre que ce soit.

(41) - A défaut de disposer de statistiques globales, nous avons pris en considération à titre d'exemple les informations qui nous ont été communiquées par ces deux structures qui gèrent l'ensemble des assujettis de la wilaya d'Alger.

(42) - Nous avons choisi la CRP de la wilaya d'Alger pour deux raisons: l'importance de l'agence d'une part et la régularité des réunions de la CRP d'autre part.

(43) Par jugement n° 438/94 en date du 19/02/1994, le tribunal de Bab El Oued, section sociale a admis sa saisine alors que le demandeur dont le recours a été rejeté par la CRP de wilaya n'a pas saisi la commission nationale de recours. Il y a lieu de préciser que cette question n'a pas été soulevée devant le tribunal.

(44) - Dans le cas contraire le délai imparti pour la saisine du tribunal ne peut être respecté que dans la mesure où le requérant peut ignorer la commission nationale de recours.

(45) - Le tribunal pourra dans un premier temps déclarer le recours irrecevable comme étant hors délai, le délai de trois mois à compter de la réception du recours étant expiré, alors qu'il pourrait dans un second temps déclarer le même recours recevable puisque introduit dans le mois qui suit la notification de la décision de la commission de recours qui peut intervenir une année après la réception du recours, voir dans un délai beaucoup plus long.

(46) - Il y a aussi la méconnaissance des textes régissant le contentieux de sécurité sociale par les intéressés.

(47) - Les wilayates de Tindouf et Illizi sont rattachées respectivement aux wilayates de Béchar et Ouargla, tandis qu'au niveau de la wilaya d'Alger la CRP de wilaya siège auprès de l'agence d'Alger et l'antenne des fonctionnaires qui sont deux structures distinctes.

(48) - Voir article 25 de la loi n° 83-15.

(49) - Voir article 30 de la loi susvisée.

(50) - Voir article 28 de la loi susvisée.

(51) La production du certificat médical du médecin traitant est exigée par les services de la Caisse et non par la loi. S'agissant, en effet, d'une contestation d'ordre médical, la nécessité d'un certificat médical du médecin traitant permet à la caisse de déterminer avec exactitude l'objet de la contestation et d'arrêter éventuellement la mission du médecin expert.

(52) - Le représentant du gouvernement déclarait devant les députés lors de l'examen du projet de loi: "Pour éviter les lenteurs habituellement constatées, le projet de la loi fixe un délai dans lequel il est procédé à l'expertise". Journal des débats n° 25 du 03.02.1983, p. 9.

(53) - Le délai initial était de 15 jours, il a été ramené à 10 jours à la demande des députés qui voulaient écourter au maximum les délais de l'expertise, voir journal des débats susvisé, p. 13.

obligatoire au sens de l'alinéa premier ... 2) la prise des décisions par la commission devant intervenir sur la base de l'avis du médecin expert, et ce en conformité avec l'amendement fondamental introduit à l'article 23 ...". Journal des débats sus cité, p. 15.

(73) - Dans la pratique les assurés rencontrent parfois des difficultés insurmontables, c'est le cas notamment où la commission d'invalidité ne siège pas et que le recours aux tribunaux n'est pas permis légalement.

(74) - La législation prévoit 3 catégories d'invalidité en fonction du taux d'incapacité, voir article 36 de la loi 83.11 relative aux assurances sociales.

(75) - Il a été proposé au cours des débats de l'APN autour du projet de loi; que l'organisme de sécurité sociale prenne une décision conformément à l'avis du médecin expert, voir Journal des débats sus cité, p. 8.

(76) - Voir article 231 C. Pro. Civ.

(77) - Selon le représentant du gouvernement, il s'agit de: "mettre fin à tout abus ou dépassement dans l'établissement et la délivrance des titres de congé de maladies ou ordonnances médicales pouvant constituer une charge financière pour les organismes de sécurité sociale en particulier et l'économie nationale en général". Voir journal des débats sus visé, p. 7.

(78) - L'article 24 du décret exécutif n° 92-276 du 06.07.1992 portant code de déontologie médicale, interdit par exemple, au médecin de prescrire des actes de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié. J.O. n° 52 du 08.07.1992, p. 1160.

(79) - Voir article 11 du décret exécutif n° 92-276 sus visé.

(80) - L'article 57 du décret exécutif n° 92-276 sus visé, dispose: "... toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires ou des actes effectués sont interdites". L'article 238 de la loi 85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé dispose: "sous peine des dispositions de l'article 226 du code pénal, il est interdit à tout médecin, chirurgien dentiste, pharmacien et auxiliaire médical, dans l'exercice de ses fonctions de certifier faussement et sciemment pour favoriser ou nuire délibérément à une personne physique ou morale". J.O.8 n° de l'année 1985.

(81) Il s'agit selon le représentant du gouvernement d'instituer un cadre juridique dans lequel seront traités les litiges nés à l'occasion de l'exercice de l'activité médicale en relation avec la sécurité sociale, Journal des débats sus visé, p. 7.

(82) - Voir article 42 de la loi 83.15.

(83) - Voir article 79 de la loi 83.15.

(84) - Voir article 81 de la loi 83.15.

(85) - L'article 79 de la loi 83.15 figure sous le titre VIII intitulé sanctions disciplinaires.