

Contentieux de la sécurité sociale.



BENCHEIKH Nourdine *

Contentieux de la sécurité sociale.

Le caractère alimentaire qui est généralement celui des prestations confère à ce contentieux un caractère d'une importance toute particulière pour les plaideurs. Il importait donc que les contestations soient jugées dans les meilleures conditions, ce qui suppose l'aménagement :

- d'institutions spécialisées, de façon à ce que leurs membres puissent se consacrer aux problèmes de la sécurité sociale et en acquérir une connaissance suffisante;
- de procédures simples et peu coûteuses, accessibles aux éléments de la population les plus défavorisées, et adaptés à des litiges dont l'importance objective peut être limitée.

Depuis l'adoption des lois de 1983, une distinction fondamentale doit être faite entre le contentieux général, le contentieux médical et le contentieux technique lié à une activité médicale.

En vertu de l'article 06 de la loi 83/15 du 02/07/1983 relative au contentieux de la sécurité sociale, il est institué une organisation du contentieux général de la sécurité sociale. Cette organisation règle les différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de la sécurité sociale et qui relèvent "de par leur nature" du contentieux général. En d'autres termes, la physionomie du contentieux de la sécurité sociale est donc la suivante:

1/ *Le contentieux général* : son domaine est très large, il s'étend en principe à tous

les litiges relatifs au fonctionnement du système de la sécurité sociale. Relèvent également de ce contentieux les litiges relatifs à l'assujettissement, au calcul et au recouvrement des cotisations, enfin aux prestations, c'est à dire aux processus fondamentaux auxquels correspond le fonctionnement d'un système de la sécurité sociale (exception faite des litiges qui opposent la caisse de la sécurité sociale à son personnel et qui font partie du contentieux du travail). Ce contentieux général relève de la compétence d'une commission de recours préalable. Cette commission, qui est créée au niveau de chaque wilaya, statue en premier ressort à charge d'appel devant la commission nationale. Le recours à ladite commission est obligatoire avant tout recours à une juridiction.

2/ En application des dispositions de l'article 17 et suivant de la loi 83/15 et en particulier de l'article 30, certains litiges, de nature originale, qui touchent à des problèmes techniques et médicaux, relèvent de la compétence de l'expertise médicale ou de la commission d'invalidité et échappent à la compétence des juridictions.

Section première: Le contentieux général.

Le contentieux de la sécurité sociale est un contentieux spécifique. Loin des juridictions spécialisées comme en droit français, le contentieux général est réglé en Algérie par une procédure spécifique: la commission de wilaya de recours préalable (sous section1) qui statue en premier ressort à charge d'appel devant une commission nationale de recours préalable (sous section2). Le recours à la juridiction n'est possible qu'après avoir épuisé la procédure préalable (sous section3).

Sous section1: La commission de Wilaya:

1/ *Organisation*: La commission de recours préalable est instituée dans chaque wilaya. Elle est présidée par le représentant de

l'administration de wilaya désigné par le wali. Elle comprend trois (03) représentants des travailleurs, trois (03) représentants des employeurs et un représentant de l'administration de la wilaya. Les membres de la commission sont désignés pour une durée de trois années par décision du ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition :

- du wali, en ce qui concerne le représentant de l'administration de wilaya;
- du syndicat, en ce qui concerne les trois représentants des travailleurs;
- de l'union nationale des petits commerçants d'une part, de la confédération nationale des commerçants d'autre part, en ce qui concerne les trois représentants des employeurs.

Le secrétariat de la commission est assuré par un agent de l'organisme de la sécurité sociale compétent. En cas de carence, de défaillance ou de renouvellement de la commission, il est procédé par décision du wali, sur délégation du ministre chargé de la sécurité sociale, au remplacement d'un ou de plusieurs membres de la commission. Les décisions de remplacement ou de renouvellement des membres de la commission sont communiquées par le wali au ministre chargé de la sécurité sociale.

2. C o m p é t e n c e :

a- La compétence d'attribution de cette commission n'appelle pas ici de commentaires particuliers; elle s'étend en principe à tout litige relatif à l'application du droit de la sécurité sociale. Elle statue en premier ressort, sauf pour les décisions de remise de pénalités et majorations conformément à l'article 83 de la loi 83/15, elles sont tranchées en premier et dernier ressort.

B- La compétence territoriale est déterminée par l'article 09 de la loi 83/15. Le principe est que la commission compétente est celle dans le

ressort de laquelle se trouve le domicile du bénéficiaire ou de l'employeur intéressé. La commission se réunit en session ordinaire, une fois tout les (15) jours sur convocation de son président. Elle se réunit en tant que de besoin en session extraordinaire, à la demande de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres. Les décisions de la commission sont prises à la majorité simple des voix. En cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

3 / M é c a n i s m e s :
Les réclamations formées contre les décisions prises par les organismes de sécurité sociale sont soumises à la commission de recours préalable de wilaya dans les deux (02) mois qui suivent la notification des décisions contestées. La saisine de la commission est faite soit par lettre recommandée avec accusé de réception, soit par demande déposée au secrétariat de la commission contre un récépissé de dépôt, soit, le cas échéant, par acte extra judiciaire. Mais cette dernière hypothèse est très théorique. Les "contestataires" sont généralement dépourvus de ressources matérielles et ne disposent pas de moyens afin de faire face aux frais d'huissier. Passer ce délai la décision devient définitive. Le recours à la commission de recours préalable est d'ordre public, de même que la tentative de conciliation devant les bureaux de conciliation. La question a été tranchée par la cour suprême de manière constante et a soulevé d'office la violation de la procédure¹. Mais cette procédure préalable n'est pas obligatoire, nous semble-t-il, pour l'organisme de sécurité sociale puisqu'il peut agir directement pour la récupération des cotisations, il peut même le faire par voie de contrainte. Enfin, le recours doit être déposé dans un délai de deux (02) mois lorsqu'il s'agit d'un litige relatif aux prestations sociales et dans un délai d'un mois (01) lorsqu'il s'agit

d'affiliation ou de recouvrement des cotisations, des majorations et des pénalités de retard.

En cas de contestation d'une décision émanant de l'organisme de sécurité sociale, l'exécution de ladite décision, objet de recours, est suspendue jusqu'à ce qu'il soit définitivement statué en la matière. Par contre, le recours n'a aucun effet suspensif dans les cas de non déclaration d'activité ou de non affiliation conformément à la loi 83/14 du 02/07/1983 relative aux obligations des assujetties en matière de sécurité sociale.

Sous l'empire de l'ancienne législation, cette étape pouvait être qualifiée de procédure gracieuse, puisque la commission de recours préalable était tenue de notifier sa décision aux intéressés. Mais la nouvelle formulation de l'article 12 oblige désormais la commission, avant toute notification aux intéressés, de soumettre le PV de délibération relatif aux contestations pour homologation dans les quinze jours à l'organisme de sécurité sociale ou à l'autorité de tutelle lorsqu'il s'agit de la commission nationale de recours préalable. L'organisme de la sécurité sociale ainsi que l'autorité de tutelle disposent d'un délai d'un mois pour statuer sur ces PV. Délai qui court à partir du jour de sa réception.

Dans tous les cas, les commission de recours préalable notifient leurs décisions aux intéressés dans un délai maximal de trois (0 3) m o i s .

La nouvelle formulation nous permet de qualifier la procédure préalable comme un acte administratif soumis comme tout autre acte de caisse, à l'autorité de tutelle². La commission de recours préalable n'ayant pas un caractère juridictionnel, les règles classiques de procédure n'y sont pas applicables: notamment, le demandeur ne peut exiger d'être entendu personnellement³.

Sous-Section deux : La Commission Nationale.

Dans chaque organisme de sécurité sociale, il est institué une commission nationale de recours préalable qui statue en appel sur les contestations autres que celles relatives aux majorations et aux pénalités de retard, dans un délai de trente (30) jours.

1 / Organisation :

La commission nationale est constituée de représentants désignés parmi les membres du conseil d'administration de l'organisme intéressé. Elle est composée de trois représentants de travailleurs, trois représentants d'employeurs et d'un représentant de l'administration.

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

Les membres de la commission nationale sont désignés tous les trois (03) ans par le conseil d'administration de la caisse concernée. En cas de carence ou de défaillance, le conseil d'administration procède au remplacement d'un ou plusieurs membres de la commission.

La commission nationale se réunit en session ordinaire une fois par mois sur convocation de son président. Elle se réunit en tant que de besoin en session extraordinaire à la demande de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres. Ses décisions sont prises à la majorité simple des voix. En cas de partage égal de voix, le dossier est soumis au conseil d'administration.

Enfin, la commission désigne en son sein un vice président qui doit appartenir à une instance différente de celle dont relève le président.

2 - L ' a p p e l :

Le délai d'appel est de deux (02) mois après notification de la décision contestée lorsqu'il s'agit d'un différend relatif aux prestations sociales et, d'un mois lorsqu'il s'agit d'un différend relatif à l'affiliation et au



recouvrement des cotisations.

Cependant, échappent à la compétence de la commission nationale de recours préalable, les cas visés à l'article 83 de la loi 83/15 qui sont tranchés en premier et dernier ressort par la commission de wilaya de recours préalable.

Il s'agit des contestations relatifs aux majorations pour versement tardif des cotisations mais également, au titre des pénalités de retard pour accomplissement tardif des formalités légales:

- déclaration d'activité (article 07 de la loi 83/14 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale);
- demande d'affiliation (article 13 de la loi 83/14 précitée);
- déclaration nominative de salaires et de salariés (article 16 de la loi 83/14);
- déclarations d'accident de travail (article 26 de la loi 83/14 précitée);
- déclaration de procédés susceptibles de provoquer des maladies professionnelles (article 27 de la loi 83/14 précitée);

Sous-section 3 : la juridiction compétente:

Les litiges relevant du contentieux général sont portés devant le tribunal siégeant en matière sociale.

La compétence du tribunal social est définie par l'article 13 de la loi 83/15. Cependant, le tribunal ne se déclare compétent à statuer sur le litige que si les plaideurs ont tenté de le régler préalablement par la commission de recours préalable. Seules les litiges tranchés en premiers et dernier ressort, peuvent être portés devant le tribunal à peine d'irrecevabilité.

En d'autres termes, les litiges relatifs aux cas prévus à l'article 83 précité, sont portés devant le tribunal après leur soumission à la commission de recours préalable. Pour les autres litiges, l'appel devant la commission de recours préalable est obligatoire.

Le tribunal siégeant en matière sociale est saisi dans un délai d'un mois qui

suit la notification de la décision de la commission, ou bien, lorsque celle-ci n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de trois mois, à compter de la réception de la requête. Le tribunal statue en premier ressort.

Le recours à la juridiction compétente n'est soumis à aucune règle spécifique. Les voies de recours et la procédure sont soumis aux règles classiques de procédure civile.

Section 2: le contentieux médical:

Le contentieux médical connaît de tous les litiges relatifs à l'état médicale des bénéficiaires de la sécurité sociale, ainsi de celui de leurs ayants-droits.

En effet, l'application du droit de la sécurité sociale soulève de fréquentes contestations d'ordre médicale. Dans certains cas, l'appréciation de l'état physique d'un assuré social fait l'objet d'une procédure d'expertise (sous-section 1) qui peut constituer un incident du contentieux général. C'est le cas, notamment, lorsqu'il s'agit d'un litige relatif aux prestations sociales. Un arrêt de travail déclaré tardivement, par exemple, relève, nous l'avons vu, du contentieux général.

Dans d'autres cas, l'appréciation d'une incapacité permanente totale ou partielle, entraîne une procédure spécifique qui était considérée; jusqu'à l'intervention de loi 99/10 modifiant la loi 83/15 précitée, comme une *procédure juridictionnelle* (sous-section 02):

Sous-section 1: la procédure de l'expertise médicale :

Lorsqu'il s'agit d'un litige à caractère médicale, il relève obligatoirement de la procédure de l'expertise médicale. Aucune procédure judiciaire n'est recevable en violation de la procédure de l'expertise médicale. Les litiges à caractère médical relèvent obligatoirement de la procédure de l'expertise médicale. La cour suprême

considère cette procédure comme d'ordre public.

Un travailleur disposant d'un arrêt médical, est tenu de le notifier à l'organisme de la sécurité sociale, à peine de perdre ses droits aux prestations. Mais en le notifiant, l'organisme de sécurité sociale, peut, pour plusieurs raisons, le soumettre à l'appréciation du médecin conseil. Ce dernier estimant l'arrêt de maladie non-fondé, pourrait le rejeter. Dans ce cas, l'organisme de sécurité sociale est tenu de notifier le rejet à l'intéressé dans les huit jours qui suivent l'avis du médecin conseil.

Estimant l'avis du médecin conseil inique, l'intéressé pourrait demander une expertise. La demande doit être formulée dans un délai d'un mois, soit par lettre recommandée avec accusée de réception, soit déposée aux guichets de l'organisme de sécurité sociale. Saisie d'une contestation d'ordre médical, l'organisme de sécurité sociale se met en rapport avec l'assuré dans les sept jours qui suivent la réception de la demande d'expertise. Le médecin expert est choisi d'un commun accord par l'assuré et par l'organisme de sécurité sociale, sur une liste établie par le ministère chargé de la santé après avis du conseil de déontologie.

A défaut d'accord, le médecin expert est désigné par la directeur de santé de wilaya sur la même liste sus-mentionnée dans un délais de dix jours qui commencent à courir à partir de la date de la réception par la direction de la santé de l'avis de l'organisme de la sécurité sociale.



Le médecin expert choisi doit vérifier le bien fondé de l'arrêt de travail de l'assuré. Pour ce faire, il doit disposer de l'avis du médecin traitant et de l'avis du médecin-conseil. La mission du médecin-conseil est définie par le protocole qui lui est remis par l'organisme de sécurité sociale.

Les délais prévus pour choisir le médecin expert pour examiner l'assuré et informer l'organisme sociale des résultats, sont très courts. En réduisant les délais, on a voulu permettre un règlement, aussi rapide que possible, des litiges qui appellent le plus souvent des solutions urgentes.

C'est la raison pour laquelle le médecin expert doit convoquer, en vue de procéder à l'expertise médicale, dans un délai de huit jours qui suivent sa désignation. Il doit rendre compte à l'organisme de la sécurité sociale des résultats de l'expertise dans un délai de trois jours.

Si les résultats de l'expertise médicale sont conformes à l'avis du médecin-conseil, ou conformes à l'avis du médecin traitant, l'organisme de sécurité sociale doit notifier, dans un délai de dix jours qui suivent la réception du rapport d'expertise, sa décision à l'assuré. **Décision qui doit être conforme aux résultats de l'expertise.**

Sur le plan pratique, le médecin expert est désigné par l'organisme de sécurité sociale. L'assuré ne connaît pas la liste des médecins experts et n'a pas la possibilité de savoir si le médecin expert proposé est le seul spécialiste en la matière. En outre, les frais de l'expertise médicale sont à la charge de l'organisme de sécurité sociale.

Dans tous les cas, l'organisme de la sécurité sociale doit prendre une décision

conforme aux résultats de l'expertise. Expertise qui s'impose aux parties de manière définitive.

Aucune voie de recours n'est possible contre les résultats de l'expertise médicale. La cour suprême a tranché la question de manière constante se basant sur l'article 25 de la loi 83/15.

Juridiction compétente :

L'incompétence du tribunal siégeant en matière sociale est en principe d'ordre public. Le juge social est incompétent pour se saisir du litige qui oppose l'assuré à l'organisme de sécurité sociale relatif à l'expertise médicale. Nous l'avons vu, aucune voie de recours n'est possible contre l'expertise médicale. Le médecin expert, choisi régulièrement, rend une décision qui s'impose définitivement aux parties.

Par exception à ce principe, le tribunal social peut être saisi par l'une ou l'autre des parties, en pratique par l'assuré, pour contester :

- la régularité de la procédure d'expertise médicale: la désignation du médecin expert est souvent faite unilatéralement. L'ignorance des assurés sociaux, leur méconnaissance de la procédure de désignation du médecin expert, et souvent leur méconnaissance de la liste des médecins experts, permet à l'organisme de sécurité sociale de procéder unilatéralement à la désignation du médecin expert. Cette pratique non conforme à la loi, et souvent usitée. L'assuré sociale accepte, le plus souvent, l'expert choisi par l'autre partie. Il arrive aussi, en cas de désaccord sur le choix du médecin, que le directeur de la santé de wilaya désigne un médecin expert sur la base du dossier médical de l'assuré transmis par l'organisme de sécurité sociale. Le dossier médical de l'assuré est souvent amputé des arrêts de maladie qui

ne plaident pas la cause de l'organisme de sécurité sociale. Mais, il faut même souligner que la désignation d'un médecin expert, en violation du dossier médical, permet à l'assuré de saisir le tribunal pour irrégularité de la procédure.

- la non-conformité de la décision de l'organisme de sécurité sociale aux résultats de l'expertise, est un cas qui permet de saisir le tribunal compétent. La décision de rejet de l'arrêt de maladie par le médecin conseil infirmé par le médecin expert, rétablit l'assuré social dans ses droits aux prestations. L'organisme de sécurité sociale se saurait, sans violer la loi, prendre une décision non-conforme aux résultats de l'expertise.

- lorsque les résultats de l'expertise médicale ne sont pas précis, ne sont pas complets ou sont ambigus, il appartient aux parties soit de recourir à une expertise judiciaire soit de recourir à une expertise complémentaire ou à une nouvelle expertise.

- enfin, lorsqu'il s'avère impossible de procéder à l'expertise médicale sur l'assuré, soit parce que ce dernier refuse de ce faire ausculter par le médecin expert, soit parce que le dossier médical de l'intéressé comporte plusieurs arrêts de travail délivrés par divers médecins spécialistes.

En conclusion,, il faut souligner que les délais prévus sont d'ordre public. Le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale et le médecin expert doivent se conformer aux délais. A défaut de respecter les délais, l'avis du médecin traitant s'impose à l'organisme de sécurité sociale, et l'assuré est rétabli dans ses droits.



- lorsque les résultats de l'expertise médicale ne sont pas précis, ne sont pas complets ou sont ambigus, il appartient aux parties soit de recourir à une expertise judiciaire soit de recourir à une expertise complémentaire ou à une nouvelle expertise.

- enfin, lorsqu'il s'avère impossible de procéder à l'expertise médicale sur l'assuré, soit parce que ce dernier refuse de ce faire ausculter par le médecin expert, soit parce que le dossier médical de l'intéressé comporte plusieurs arrêts de travail délivrés par divers médecins spécialistes.

En conclusion, il faut souligner que les délais prévus sont d'ordre public. Le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale et le médecin expert doivent se conformer aux délais. A défaut de respecter les délais, l'avis du médecin traitant s'impose à l'organisme de sécurité sociale, et l'assuré est rétabli dans ses droits.

Sous section 2 :

Le contentieux d'invalidité :

L'appréciation d'une incapacité permanente, totale ou partielle, l'existence ou la gravité d'une invalidité au sens des assurances sociales, les contestations sur le taux d'incapacité permanente, enfin, les contestations sur l'état d'incapacité au travail, sont soumis à des commissions d'invalidité de wilaya.

I / Organisation :

La commission d'invalidité de wilaya se compose d'un conseiller à la cour, président, d'un médecin expert, désigné par le directeur de la santé sur la base d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé après avis du conseil de la déontologie, d'un représentant du ministre

chargé de la sécurité sociale, de deux (02) représentants de travailleurs salariés dont l'un du secteur public, d'un représentant de travailleurs non salariés.

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

La commission ne peut valablement délibérer que si au moins quatre membres dont le président et le médecin expert assistent à la réunion. La commission prend ses décisions à la majorité. En cas de partage de voix, la voix du président est prépondérante.

II / Compétence :

Les commission d'invalidité sont chargées d'apprécier l'origine et la nature de la maladie ou des lésions, la date de guérison ou de consolidation, l'état et le taux d'incapacité.

La commission est compétente à prendre toute décision de nature à l'éclairer sur l'état de santé de l'assuré. Elle peut prescrire tout examen médical complémentaire. Elle ordonne toute enquête qu'elle juge utile.

La notion d'invalidité correspond à une incapacité de travail probablement définitive ou, en tous cas, qui se prolonge au-delà de trois ans, pendant lesquels les affections de longue durée sont susceptibles de donner éventuellement lieu au versement de prestations en espèces. Cette incapacité pourrait *a priori* faire l'objet de définition diverses, selon notamment, que l'on se réfère à la condition physique ou à la situation professionnelle antérieure de l'intéressé. Dans une première perspective on pourrait admettre que toute atteinte à l'intégrité de la personne de l'assuré est constitutive d'une invalidité, quelles qu'en

soient les conséquences professionnelles. Par exemple: perte d'un doigt, perte d'un oeil.

Au contraire, dans une perspective différente, on pourrait procéder à une appréciation de la gravité de la diminution physique par référence à la profession de l'intéressé. Par exemple, la perte d'un doigt serait constitutive d'une invalidité totale pour un pianiste, d'aucune invalidité pour un professeur.

La loi sur la sécurité sociale (loi 83/11) retient une conception mixte. En vertu de l'article 32 est considéré invalide l'assuré social victime d'une réduction "d'au-moins de moitié de sa capacité de travail ou de gain", c'est à dire, mis hors d'état de se procurer un salaire supérieur à la moitié de la rémunération normale de la profession qu'il exerçait, appréciée, par comparaison avec le salaire des travailleurs de même catégorie dans la même région. Mais, deux remarques doivent préciser cette définition.

- Cette incapacité de travail doit présenter, en principe, un caractère durable, ce qui suppose une "consolidation", c'est à dire, une stabilisation de l'état de l'intéressé. La cour suprême a cassé un arrêt ayant obligé l'organisme de sécurité sociale à prendre en charge un assuré social depuis l'accident alors que les arrrages des rentes courent du lendemain de la date de consolidation². Sinon, c'est l'assurance-maladie qui intervient et non l'assurance-invalidité.

- L'incapacité permanente qui trouve sa cause dans un accident de travail ou une maladie professionnelle, fait l'objet de dispositions très favorables.

Enfin, et par dérogation, la commission d'invalidité peut être saisi



même après expertise médicale lorsqu'il s'agit de déterminer le taux d'invalidité.⁹

Dans tous les cas, et lorsqu'il s'agit de déterminer le taux d'invalidité, le recours aux juridictions compétentes n'est recevable qu'après avoir épuisé le recours devant la commission d'invalidité¹⁰.

III / Procédure :

La commission d'invalidité est saisie sur requête des parties, en générale, sur celle de l'assuré dans les deux mois qui suivent la notification de la décision de l'organisme de sécurité sociale. Ce délai est porté à quatre mois à partir de la demande de l'expertise, lorsque l'organisme de sécurité sociale n'a pas fait connaître sa décision dans le mois qui suit cette demande d'expertise. Encore faut-il que la demande d'expertise concerne les cas limitativement énumérés à l'article 31 de la loi 83/15 (origine et nature de la maladie ou des lésions, date de guérison ou de consolidation et enfin, état et taux d'incapacité).

Elle doit prendre ses décisions dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation. Elle doit motiver ses décisions.

La motivation des décisions est considérée par la cour suprême comme essentielle. Le défaut de motivation entraîne l'annulation¹¹.

Le secrétaire de la commission adresse aux parties intéressées, dans un délai de vingt jours, le texte de la décision.

Il faut souligner, ici encore, que les délais sont d'ordre public. Le défaut de statuer dans les délais prévus est de nature à considérer la réclamation comme fondée. Le raisonnement par analogie par la procédure de l'expertise médicale permet cette conclusion.

IV/ Voies de recours :

L'ancienne formulation de l'article 37 de la loi 83/15 renvoyait à la cour suprême la compétence de contrôler les décisions rendues par la commission d'invalidité. La cour suprême soulève d'office la violation de l'article 37.¹²

La modification de l'article 37 précitée soumet les décisions de la commission d'invalidité au contrôle des juridictions compétentes.

Une lecture hâtive de ce texte ne permet pas de conclure que la juridiction compétente est le tribunal civil. Mais ce serait allé trop vite en besogne. La décision prononcée par la commission d'invalidité est rendue par un magistrat ayant rang de conseiller à la cour. Est-il logique de soumettre au magistrat de rang inférieur (tribunal) une décision rendue par un magistrat de rang supérieur (conseiller).

Les règles de procédure nous interdisent de soumettre au contrôle du juge de premier degré une décision rendu par un juge de second degré. C'est le contraire qui devrait prévaloir. Pourtant, la cour de Annaba, saisi sur appel de l'assuré social, a décidé autrement prétextant que le législateur a renvoyé le litige devant les juridictions compétentes donc le tribunal¹³. Un pourvoi en cassation est introduit contre cette décision tout à fait illogique et s'inscrivant en faux avec les règles de procédure. Une affaire à suivre.

Section III: Contentieux à caractère technique.

Les membres de certaines professions et, en particulier de la profession médical, sont appelés à collaborer, directement ou indirectement, de façon continue avec

les organismes de sécurité sociale. L'exercice consciencieux de leur profession est la condition nécessaire d'un bon fonctionnement du système. Aussi, un contrôle et un contentieux disciplinaire spécial dit "contentieux du contrôle technique", sont organisés par les articles 40 et suivant de la loi 83/15. Une commission technique est instituée (sous section1) et ses attributions définies (sous section2).

Sous section 1: Composition de la commission technique

La commission technique est composée exclusivement de médecins. Deux médecins désignés par le ministère chargé de la santé, deux autres médecins représentants l'organisme de sécurité sociale sont désignés par le ministre de la sécurité sociale et, enfin, deux médecins désignés par le conseil de déontologie médicale. La commission peut faire appel à toute personne compétente susceptible de l'aider dans ses travaux. Le président de la commission est désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le secrétariat de cette commission est assuré par un agent du ministère de la sécurité sociale.

Cette composition hybride, permet de traiter le litige de façon équitable de telle sorte que le praticien poursuivi pour faute ou abus dans ses rapports sur les assurés sociaux et la sécurité sociale, ne soit jugé que par ses pairs. La présence de médecins représentant l'organisme de sécurité sociale participent à la prise de décision équitable pour toutes les parties.

Sous section2: Attribution de la commission technique:

Le contentieux du contrôle technique, institué pour sanctionner le



comportement des praticiens et auxiliaires médicaux constitutifs de faute, abus ou fraude dans l'exercice de leur profession à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, relève en France de l'ordre administratif. En Algérie, l'article 40 de la loi 83/15 modifiée et complétée, dispose que "les décisions de la commission technique sont susceptibles de recours devant les juridictions compétentes". Mais avant d'aborder les voies de recours et la procédure (II), nous traiterons des attributions de la commission (I).

I/ La commission statue préalablement sur les litiges résultant de l'exercice des activités médicales en rapport avec la sécurité sociale et notamment:

- prescriptions, certificats ou autres documents médicaux présumés abusifs, frauduleux ou de complaisance établis par un professionnel de la santé pour l'obtention d'avantages sociaux injustifiés, au profit d'assurés sociaux ou ayant droits,

droit;

- l'habilitation professionnelle des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens en matière de prescription et/ou de pratiques de certains actes techniques en rapport avec la prise en charge de soins de santé par la sécurité sociale.

II/ Procédure et voie de recours:

II.1- Le contentieux technique relève préalablement de la compétence de la commission; elle est saisie sur requête des parties: par l'assuré social, dans un délai de quinze jours à compter de la

notification de la décision de rejet; par l'organisme de sécurité sociale, dans un délai de quinze jours à compter de la date de dépôt par l'assuré social du dossier médical objet du litige.

La commission statue dans un délai de trente jours à compter de la date du dépôt du dossier médical. Ses décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante¹⁴. Elles sont notifiées aux parties en litige dans un délai de huit jours.

II.2 Les décisions de la commission sont susceptibles de recours devant les juridictions compétentes. Par juridiction compétentes, on entend généralement les juridictions de l'ordre judiciaire. Mais une lecture attentive des attributions de la commission ne permet pas des réserves quant à cette conclusion hâtive.

On a du mal à concevoir qu'une décision interdisant à un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un pharmacien des prescription ou de pratique de certains actes techniques, relève du contrôle du juge judiciaire. C'est la raison pour laquelle, nous pensons que la compétence des juridictions est déterminée par la nature de la décision prononcée par la commission. Lorsqu'elle agit dans la zone du droit public, la compétence relève des juridictions de l'ordre administratif. En revanche, lorsqu'elle agit dans la zone du droit privé, la compétence relève des juridictions de l'ordre judiciaire.

Mais on est tenté de qualifier le litige d'ordre disciplinaire. Pour cela, il est souhaitable de prendre

une solution intermédiaire, en ce sens que ce contentieux disciplinaire serait confié au conseil de l'ordre, mais alors, composé de façon à ce qu'une large représentation soit faite aux représentants des organismes de la sécurité sociale.

M a r g e s :

1. Cour suprême, chambre sociale, arrêt du 10/10/2001, N°247041, non publié.
- Cour suprême, chambre sociale, arrêt du 11/11/2000, N°198909, non publié.
2. P.Voisin: Le contrôle de l'administration de tutelle sur les décisions de la commission de recours gracieux. Dr. Soc., 1963 Page 434.
3. Il résulte par ailleurs de ce caractère non juridictionnel que la saisine de la commission n'interrompt pas la prescription des cotisations.
4. Cour suprême, chambre sociale arrêt du 10/10/2000 N°233094, non publié.
5. Sauf pour les cas limitativement prévus à l'article 26 de la loi 83/15. Voir juridiction compétente.
6. Cour suprême, chambre sociale, arrêt du 13/07/1999 N°194345 non publié.
7. J.Viaene: La notion d'incapacité de travail, revu Belge, sécurité sociale, 1968 page 513.
8. Cour suprême, chambre sociale, arrêt du 26/02/2002 N°256150 non publié.
9. Cour suprême, chambre sociale, arrêt de 09/10/2001 N°221514 non publié.
10. Cour suprême, chambre sociale, arrêt du 11/04/2001 N°236282 non publié.
11. Cour suprême, chambre sociale, arrêt du 09/01/2002 N°242892 non publié.
12. Cour suprême, chambre sociale, arrêt du 11/07/2001 N°218493 non publié.
13. Cour de Annaba, chambre sociale, arrêt non publié.
14. Il va sans dire que les réunion de la commission ne sont valables qu'en présence des deux tiers (2/3) de ses membre, si ce quorum n'est pas atteint lors de la premier réunion, la commission se réunit valablement dans les huit jours suivants quel que soit le nombre des membres présents.

* Docteur en droit
Avocat au Barreau de Sétif