

CONTENTIEUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le contentieux de la Sécurité sociale repose sur 4 grands principes : unicité, rapidité, technicité et gratuité.

La procédure nécessaire au bon fonctionnement des recours doit être strictement respectée, tant par les assurés sociaux ou ayants droit que par les organismes de Sécurité sociale concernés.

Le contentieux de la Sécurité sociale est scindé en 4 types de contentieux :

- le contentieux général ;
- le contentieux technique ;
- l'expertise médicale ;
- le contentieux du contrôle technique.

CONTENTIEUX GÉNÉRAL

Le contentieux général de la Sécurité sociale obéit à une obligation de procédure à savoir :

- la Commission de Recours Amiable ;
- le Tribunal des Affaires de la Sécurité sociale ;
- la Chambre Sociale de la Cour d'Appel.

DOMAINE DE COMPÉTENCE

L'article L. 142-1 du Code de la Sécurité sociale précise que cette organisation du contentieux général règle les différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de la Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux.

Le contentieux général concerne donc plus particulièrement les litiges sur l'affiliation, les cotisations, les prestations et les validations.

Le tribunal des affaires de Sécurité sociale connaît en première instance des litiges relevant du contentieux général de la Sécurité sociale.

La Cour d'appel statue sur les appels interjetés contre les décisions rendues par le tribunal des affaires de Sécurité sociale.

Article L. 142-2 du Code de la Sécurité sociale

Ces dispositions ne sont pas applicables :

- aux contestations régies le contentieux technique ;
- au contrôle technique exercé à l'égard des praticiens ;
- aux recours formés contre les décisions des autorités administratives ou tendant à mettre en jeu la responsabilité des collectivités publiques à raison de telles décisions ;
- aux poursuites pénales engagées en application des législations et réglementations de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole.

COMMISSION DE RECOURS AMIABLE

Articles R. 142-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Saisine

Les réclamations relevant du contentieux général de la Sécurité sociale formées contre les décisions prises par les organismes de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole de salariés ou de non-salariés sont soumises à une commission de recours amiable composée et constituée au sein du conseil d'administration de chaque organisme.

Cette commission doit être saisie dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai.

La caisse, pour pouvoir opposer la forclusion, doit apporter la preuve de la date de notification de sa décision.

Cass. soc. - 28 octobre 1999 - CAF de Maubeuge c/ Bertin

Toutefois, les contestations formées à l'encontre des décisions prises par les URSSAF, organismes chargés du recouvrement des cotisations, concernant les majorations et les pénalités de retard doivent être présentées à la commission de recours amiable dans le délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure.

Composition

Pour les organismes de Sécurité sociale :

- 2 administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant ;
- 2 administrateurs choisis parmi les autres catégories d'administrateurs.

Toutefois, la commission de recours amiable instituée au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend 3 administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs et 3 administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

Lorsque la réclamation est formée par une personne n'exerçant aucune activité professionnelle, la commission est constituée comme s'il s'agissait d'une réclamation présentée par un travailleur salarié.

Lorsque la réclamation est formée par un ou plusieurs ayants droit d'un travailleur salarié, la commission est constituée comme en matière de réclamation présentée par un salarié.

Territorialité

En cas d'accident survenu dans la circonscription d'un organisme de Sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, autre que l'organisme dont relève l'assuré, ce dernier organisme peut charger la commission instituée auprès de l'organisme du lieu de l'accident d'examiner les réclamations formées contre ses décisions.

Lorsque les bénéficiaires résident dans la circonscription d'un organisme autre que l'organisme dont relève l'assuré, les mêmes pouvoirs peuvent être confiés à la commission instituée au sein du conseil d'administration de l'organisme du lieu de résidence.

Décisions

La commission de recours amiable donne, sur les affaires qui lui sont soumises, son avis au conseil d'administration, qui statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée.

Toutefois, le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à la commission dans les conditions qu'il détermine. En cas de partage des voix au sein de la commission, il est statué par le conseil d'administration de la caisse.

Lorsque les réclamations sont formées contre les décisions prises soit par une commission prévue par une disposition législative ou réglementaire ou par les statuts de l'organisme, soit à la suite d'un avis formulé par ladite commission, le conseil d'administration statue directement sur ces réclamations sans les soumettre préalablement à la commission.

Délai de réponse

Lorsque la décision du conseil d'administration ou de la commission n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale.

Ce délai d'un mois court à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de Sécurité sociale. Toutefois, si des documents sont produits par le réclamant après le dépôt de la réclamation, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents.

TASS : TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Structure générale

Le tribunal des affaires de Sécurité sociale est présidé par un magistrat du siège du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal des affaires de Sécurité sociale a son siège, ou par un magistrat du siège honoraire, désigné pour trois ans par ordonnance du premier président de la cour d'appel prise après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel.

Il comprend, en outre, un assesseur représentant les travailleurs salariés et un assesseur représentant les employeurs et travailleurs indépendants.

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire.

Toutefois, lorsque le tribunal des affaires de Sécurité sociale est appelé à déterminer si le régime applicable à l'une des parties à l'instance est celui d'une profession agricole ou celui d'une profession non agricole, il est composé, outre son président, de deux assesseurs représentant les travailleurs salariés dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole, et de deux assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants, dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole.

Article L. 142-4 du Code de la Sécurité sociale

Les assesseurs sont nommés pour trois ans par ordonnance du premier président de la cour d'appel, prise après avis du président du tribunal des affaires de Sécurité sociale, sur une liste dressée dans le ressort de chaque tribunal par les autorités compétentes de l'État en matière de Sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, sur proposition des organisations patronales et ouvrières les plus représentatives, des organismes d'allocation vieillesse de non-salariés définis aux titres II, III et IV du livre VI du Code de la Sécurité sociale et des organismes d'assurance vieillesse agricole définis au chapitre 4 du titre II du livre VII du Code rural.

Un nombre égal d'assesseurs suppléants est désigné conjointement et dans les mêmes conditions.

Avant d'entrer en fonctions, les assesseurs et assesseurs suppléants prêtent individuellement serment devant la Cour d'appel.

Secrétariat

Le secrétariat du tribunal des affaires de Sécurité sociale est assuré par un agent de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales dans la circonscription de laquelle fonctionne ledit tribunal ou un agent retraité des directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

Toutefois, le secrétariat du tribunal des affaires de Sécurité sociale est assuré, en ce qui concerne les contestations relatives aux décisions des organismes de mutualité sociale agricole, par un agent de l'État désigné en commun par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et par le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles.

Article R. 142-15 du Code de la Sécurité sociale

Le secrétaire est désigné au début de chaque année judiciaire. Il prête serment devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal a son siège.

Le secrétaire est tenu, notamment, d'inscrire sur un registre spécial, coté par première et dernière, paraphé par le président du tribunal des affaires de Sécurité sociale, de suite et sans aucun blanc, les réclamations déposées ou reçues par lettre recommandée. Il tient les rôles et le registre des délibérations du tribunal, rédige les procès-verbaux et délivre à toute personne intéressée, des extraits des décisions prises par le tribunal.

Territorialité

Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire ou de l'employeur intéressé ou le siège de l'organisme défendeur en cas de conflit entre organismes ayant leur siège dans le ressort de juridictions différentes.

Article R. 142-12 du Code de la Sécurité sociale

Compétence

Le tribunal des affaires de Sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à concurrence du taux de compétence en dernier ressort fixé pour les tribunaux d'instance.

La décision du tribunal des affaires de Sécurité sociale n'est pas susceptible d'opposition.

Saisine

Le tribunal des affaires de Sécurité sociale est saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois prévu pour le recours auprès de la commission de recours amiable.

La forclusion ne peut être opposée toutes les fois que le recours a été introduit dans les délais soit auprès d'une autorité administrative, soit auprès d'un organisme de Sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

Procédure

Sans préjudice des dispositions en vigueur relatives à l'assistance et à la représentation devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale, les parties peuvent se faire assister et représenter devant cette juridiction soit par leur conjoint, soit par l'un de leurs ascendants ou descendants en ligne directe.

Le secrétaire du tribunal convoque les parties par lettre recommandée avec avis de réception ou par la remise de l'acte au destinataire contre émargement ou récépissé, quinze jours au moins avant la date d'audience ; copie de la convocation est envoyée le même jour par lettre simple. Toutefois, les organismes de Sécurité sociale peuvent en toutes circonstances être convoqués par lettre simple.

La convocation doit contenir les nom, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date et l'heure de l'audience.

La convocation est réputée faite à personne lorsque l'avis de réception est signé par son destinataire ou son mandataire.

En cas de retour au secrétariat du tribunal de la lettre recommandée qui n'a pu être remise à son destinataire, le président ordonne :

- soit une nouvelle convocation par lettre recommandée avec avis de réception lorsqu'il apparaît que la première lettre recommandée n'a pas été réclamée par son destinataire ;
- soit une nouvelle convocation par acte d'huissier de justice lorsqu'il apparaît que le destinataire n'habite pas à l'adresse indiquée ou que le destinataire n'a pas retiré la deuxième convocation.

Dans le cas où l'audience n'a pu se tenir en raison de l'absence d'une des parties, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le greffe, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

Article R. 142-19 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 99-449 du 2 juin 1999

Dans tous les cas d'urgence, le président du tribunal des affaires de Sécurité sociale peut, dans les limites de la compétence dudit tribunal, ordonner en référé toutes les mesures qui ne se heurtent à aucune contestation sérieuse ou que justifie l'existence d'un différend.

Le président du tribunal des affaires de Sécurité sociale peut, dans les mêmes limites, prescrire en référé les mesures conservatoires ou de remise en état qui s'imposent, soit pour prévenir un dommage imminent, soit pour faire cesser un trouble manifestement illicite.

Dans les cas où l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable, il peut accorder une provision au créancier.

Articles L. 142-8 et R. 142-19 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Expertise

En référence à l'article R. 142-22 du Code de la Sécurité sociale, le tribunal des affaires de Sécurité sociale peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête, consultation ou expertise.

Le président peut, en outre, et en tout état de la procédure mettre les parties en demeure, par une ordonnance non susceptible de recours, de produire dans un délai qu'il détermine, toutes pièces écrites, conclusions ou justifications propres à éclairer le tribunal, faute de quoi le tribunal peut passer outre et statuer, sauf à tirer toutes conséquences de l'abstention de la partie ou de son refus.

Représentativité

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter par :

- leur conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;
- un avocat ;
- suivant le cas, un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession, ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;
- un administrateur ou un employé de l'organisme parti à l'instance ou un employé d'un autre organisme de Sécurité sociale ;
- un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Les parties peuvent déposer des observations sur papier libre, celles de l'organisme de Sécurité sociale étant rédigées en double exemplaire dont l'un est remis ou adressé à l'assuré et l'autre au secrétariat de la juridiction.

Le commissaire de la République de région peut présenter des observations écrites ou verbales. Les observations écrites sont transmises à l'assuré et à l'organisme.

Contestation d'ordre médical

Le tribunal des affaires de Sécurité sociale peut recueillir tous les éléments d'information utiles auprès du directeur régional des affaires sanitaires et sociales et du chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole. Il peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation. Il peut également ordonner une expertise pour les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ou en cas de contestations portant sur l'avis technique. Dans ce cas, la procédure d'expertise médicale s'applique.

Article L. 141-1 du Code de la Sécurité sociale

Le médecin-expert est désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin-conseil.

Une Cour d'appel qui a mis en œuvre la procédure d'expertise médicale en désignant elle-même le médecin-expert outrepassa ses pouvoirs. Le rôle des juges doit donc se limiter à fixer l'étendue de la mission du médecin-expert.

Cass. soc. - 14 octobre 1999 - CPAM des Bouches du Rhône c/ Marouhni

Lorsqu'un différend porte sur une décision prise après mise en œuvre de la procédure d'expertise médicale, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si une des parties en cause en fait la demande.

Article R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

Notification des décisions - Appel

Le secrétaire du tribunal notifie par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans la quinzaine, les décisions à chacune des parties convoquées à l'audience.

Le secrétaire transmet au directeur régional des affaires sanitaires et sociales et au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la protection sociale agricole, dès le retour d'un des avis de réception, un exemplaire de la décision portant indication de la date de la notification.

Les parties peuvent interjeter appel de la décision auprès de la chambre sociale de la Cour d'appel dans le délai d'un mois à compter de la notification.

COUR D'APPEL

L'appel est porté devant la chambre sociale de la cour d'appel. Il est formé, instruit et jugé suivant la procédure sans représentation obligatoire.

Saisine

Les parties peuvent interjeter appel dans un délai d'un mois à compter de la notification.

Peuvent également interjeter appel dans le même délai, à compter de la notification aux parties :

- le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de Sécurité sociale ;
- le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole. Lorsque le litige pose la question de savoir si la législation de Sécurité sociale applicable est celle afférente aux professions non agricoles ou celle afférente aux professions agricoles, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant peuvent chacun interjeter appel dans les mêmes délais.

L'appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé au secrétariat de la juridiction qui a rendu le jugement.

La déclaration indique les nom, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé. Elle désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

Article R. 142-28 du Code de la Sécurité sociale

L'opposition ne peut être formée par une partie contre l'arrêt de la cour d'appel que s'il n'est pas établi que la lettre de convocation lui soit parvenue et si elle n'a pas été citée à personne par exploit d'huissier.

Expertise médicale

Les dispositions relatives à la procédure d'expertise médicale devant le tribunal des affaires sociales sont applicables à la procédure devant la Cour d'appel.

Articles R. 142-22 à R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

CONTENTIEUX TECHNIQUE

DOMAINE DE COMPÉTENCE

Il est institué une organisation du contentieux technique de la Sécurité sociale.

Cette organisation règle les contestations relatives :

- à l'état ou au degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie non régie par la législation sur les accidents du travail et à l'état d'inaptitude au travail ;
- à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment, au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- à l'état d'incapacité de travail pour l'application des dispositions du livre VII du Code rural autres que celles relevant soit du contentieux général de la Sécurité sociale, soit des juridictions de droit commun en vertu des *Articles 1169, 1234-17 et 1234-25 du Code rural* ;
- aux décisions des caisses régionales d'assurance maladie et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accident du travail agricole et non agricole, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents du travail, la détermination de la contribution au titre du fonds commun des accidents du travail prévue par l'article L. 437-1 du Code.

Article L. 143-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

TRIBUNAUX CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ

Compétence

Le contentieux de l'invalidité, de l'incapacité permanente et de l'inaptitude au travail est, en ce qui concerne les professions non agricoles, dévolu en première instance et suivant les cas, à des tribunaux contentieux de l'incapacité.

Ces tribunaux ont compétence pour connaître :

- des contestations relatives à l'état ou au degré d'invalidité ;
- des contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment, le taux de cette incapacité en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Dans le cas où la contestation de la victime portant sur l'état d'incapacité permanente fait apparaître des difficultés d'ordre médical relatives au caractère professionnel d'une lésion, le tribunal contentieux de l'incapacité, après avoir recueilli les observations de la caisse primaire d'assurance maladie, se prononce par une même décision sur le caractère professionnel de la lésion et sur le taux de l'incapacité permanente, à condition que ce caractère professionnel n'ait pas fait l'objet d'une décision d'un organisme de Sécurité sociale encore susceptible de recours et qu'il ne soit pas l'objet d'un litige soumis à une autre juridiction ou à l'expertise effectuée.

Les réclamations concernant le taux d'incapacité permanente en accident du travail ou maladie professionnelle peuvent, sur demande du requérant, être soumises au préalable à la commission de recours amiable. Lorsque la décision de la commission de recours amiable n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la juridiction compétente.

Article R. 143-1 du Code de la Sécurité sociale

Organisation

Les tribunaux contentieux de l'incapacité sont présidés par des magistrats honoraires et composés uniquement d'assesseurs représentant de travailleurs salariés, d'employeurs ou de travailleurs indépendants.

Territorialité

Le tribunal du contentieux de l'incapacité est saisi des recours par déclaration faite, remise ou adressée au secrétariat du tribunal où elle est enregistrée.

Article R. 143-7 du Code de la Sécurité sociale modifié par Décret n°2008-484 du 22 mai 2008 - art. 22 (V)

Procédure

Le secrétaire convoque, par lettre simple, les parties intéressées au moins 8 jours à l'avance. Dans le cas où l'une des parties n'a pas déféré à une première convocation, elle doit être convoquée à une nouvelle audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La partie présente est convoquée à cette nouvelle audience verbalement avec émargement du dossier et remise par le secrétariat d'un bulletin mentionnant la date de l'audience.

Article R. 143-8 du Code de la Sécurité sociale

Les médecins membres des tribunaux peuvent prendre connaissance des dossiers médicaux au secrétariat du tribunal. Durant les 3 jours précédant immédiatement la séance, cette communication est réservée au président et au médecin expert, qui peuvent se faire remettre les dossiers pour examen.

Article R. 143-8 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale

Le tribunal fait procéder par les moyens qui lui paraissent les meilleurs, à l'instruction de l'affaire.

Il examine l'intéressé ou le fait examiner soit par le tribunal de sa résidence, soit par un praticien qualifié s'il est dans l'impossibilité de se déplacer par suite de son état ou de circonstances particulières, telle que sa résidence à l'étranger ou hors du territoire métropolitain.

Il peut néanmoins statuer sur pièces lorsque figurent au dossier des constatations médicales suffisantes.

Le tribunal peut prescrire tous examens médicaux et toutes analyses, ainsi que toutes enquêtes qu'il juge utiles.

Ces examens et enquêtes sont faits au lieu désigné par le tribunal et le résultat doit lui en être communiqué dans le mois suivant la date de leur prescription. Le tribunal peut également recueillir toutes informations sur les éléments qui peuvent influencer sur la solution du litige, notamment sur l'orientation professionnelle éventuelle du requérant et sur ses possibilités de placement.

Le secrétariat du tribunal adresse, par lettre recommandée, à chaque partie ou au médecin désigné par elle, une copie du rapport médical et des documents consignants les résultats des examens, analyses ou enquêtes qu'il a prescrits ou les informations qu'il a recueillies conformément aux dispositions qui précèdent.

Le requérant, la caisse dont la décision est contestée et la caisse primaire d'assurance maladie supportent respectivement les frais d'honoraires du médecin qu'ils ont désigné.

Article R. 143-8 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Saisine

Le recours contre la décision de la caisse doit être présenté dans le délai de deux mois à compter de la date de la notification de cette décision. Toutefois, en cas de recours amiable, ce délai est interrompu. Il court à nouveau à compter soit du jour de la notification au requérant de la décision de la commission de recours amiable, soit à l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 143-1 du Code.

Le recours n'est pas suspensif, sous réserve de dispositions législatives particulières, et notamment de celles du premier alinéa de l'article L. 241-9 du Code de l'action sociale et des familles.

Outre les mentions prescrites par l'article 58 du Code de procédure civile, la déclaration indique, le cas échéant, le nom et l'adresse du médecin que le demandeur désigne pour recevoir les documents médicaux. Elle contient un exposé sommaire des motifs de la demande. Elle est accompagnée d'une copie de la décision contestée.

Article R. 143-7 du Code de la Sécurité sociale

Dans les 10 jours suivant la réception de la réclamation, le secrétariat du tribunal en adresse copie à la caisse intéressée et l'invite à présenter ses observations écrites dans un délai de 10 jours ; il invite les autres organismes intéressés à faire connaître le médecin qu'ils désignent pour siéger au tribunal. Dans le délai de 10 jours prévu ci-dessus, la caisse est tenue de transmettre au secrétariat, le dossier médical en lui faisant Dans le cas où la contestation de la victime portant sur l'incapacité permanente fait apparaître des difficultés d'ordre médical relatives au caractère professionnel d'une lésion, le secrétaire du tribunal contentieux de l'incapacité invite la caisse primaire d'assurance maladie à présenter ses observations écrites dans un délai de 10 jours.

Les observations de la caisse sont rédigées en double exemplaire, dont l'un est remis ou adressé à l'assuré et l'autre au secrétariat de la juridiction.

Article R. 143-8 du Code de la Sécurité sociale

L'article L. 143-10 du Code de la Sécurité sociale prévoit la transmission du dossier médical au médecin expert ou au médecin désigné par le juge, par le praticien conseil du service du contrôle médical de la caisse, dans le cadre du contentieux relatif à la fixation du taux d'incapacité permanente de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Un décret précise les modalités d'application

Article R. 143-32 et R. 143-33 du Code de la Sécurité sociale

Contenu du rapport

L'entier rapport médical comprend :

- l'avis et les conclusions motivées données à la caisse d'assurance maladie sur le taux d'incapacité permanente à retenir ;
- les constatations et les éléments d'appréciation sur lesquels l'avis s'est fondé.

Article R.143-33 du Code de la Sécurité sociale modifié par Décret n° 2010-424 du 28 avril 2010 article 1

Procédure

Lorsque la juridiction du contentieux technique de la Sécurité sociale saisie d'une contestation mentionnée aux 2° et 3° de l'article L. 143-1 a désigné un médecin expert ou un médecin consultant, son secrétariat demande au praticien-conseil du contrôle médical dont le rapport a contribué à la fixation du taux d'incapacité permanente de travail objet de la contestation de lui transmettre ce rapport.

Le praticien-conseil est tenu de transmettre copie de ce rapport en double exemplaire au secrétariat de la juridiction dans un délai de dix jours à compter de la réception de la demande. Chaque exemplaire est transmis sous pli fermé avec la mention " confidentiel " apposée sur l'enveloppe.

Le secrétariat de la juridiction notifie dans les mêmes formes un exemplaire au médecin expert ou au médecin consultant ainsi que, si l'employeur en a fait la demande, au médecin mandaté par celui-ci pour en prendre connaissance. Il informe la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle de la notification au médecin mandaté par l'employeur par tout moyen permettant d'établir sa date certaine de réception.

Article R. 143-32 du Code de la Sécurité sociale modifié par Décret n° 2010-424 du 28 avril 2010 - art. 1

Notification - Appel

En dehors des cas de taux d'incapacité inférieur à 10 % dans lesquels le tribunal statue en dernier ressort, les parties peuvent relever appel de la décision du tribunal.

La caisse primaire peut également, dans les mêmes conditions, relever appel de la décision reconnaissant le caractère professionnel d'une lésion.

L'appel doit être introduit dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision prise par le tribunal.

Article R. 143-23 du Code de la Sécurité sociale

Dès réception du dossier, les parties sont invitées à présenter un mémoire, elles disposent, pour ce faire, d'un délai de 20 jours.

Article R. 143-25 du Code de la Sécurité sociale

La clôture de l'instruction est notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins 15 jours avant la tenue de l'audience.

Les parties ont la possibilité de présenter des observations orales lors de l'audience.

Article R. 143-29 du Code de la Sécurité sociale

Il n'est donc plus question de statuer uniquement sur pièces. La décision est notifiée sans délai, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article R. 143-29. alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale

COUR NATIONALE DE L'INCAPACITÉ (CNIT)

Les contestations des décisions des tribunaux contentieux de l'incapacité qui peuvent faire l'objet d'un appel, sont portées devant une cour nationale de l'incapacité.

Compétence et organisation

La Cour nationale de l'incapacité est présidée par des magistrats du siège de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la CNIT a son siège et composée d'assesseurs, représentant les travailleurs salariés, d'une part, ou les employeurs ou les travailleurs indépendants, d'autre part.

Selon que les contestations intéressent les professions non agricoles ou les professions agricoles, la liste des représentants des travailleurs salariés et des employeurs ou des travailleurs indépendants est établie par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture, sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées.

La cour nationale de l'incapacité comporte 4 sections :

- une section traitant de l'invalidité, de l'inaptitude et de l'incapacité ;
- une section traitant de la tarification ;
- une section traitant des contestations relatives aux personnes handicapées ;

- une section spécifique aux contestations en matière de législation sociale agricole, qu'il s'agisse de l'invalidité, de l'incapacité, de la tarification ou encore des affaires relatives aux personnes handicapées.

Article R. 143-15 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Saisine de la cour nationale

La cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est saisie par lettre recommandée avec avis de réception adressée à son secrétariat général.

Article R. 143-22 du Code de la Sécurité sociale

Cet appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé avec avis de réception au secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité qui a rendu le jugement.

La déclaration indique les nom, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé. Elle désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

Le secrétaire du tribunal du contentieux de l'incapacité enregistre l'appel à sa date ; il délivre, ou adresse par lettre simple, récépissé de la déclaration. Dès l'accomplissement des formalités par l'appelant, le secrétaire avise, par lettre simple, la partie adverse de l'appel ; simultanément, il transmet au secrétariat général de la cour nationale l'intégralité du dossier de l'affaire avec copie du jugement, de la déclaration de l'appelant et de la lettre avisant la partie adverse.

Les parties sont dispensées du ministère d'avoué ou d'avocat.

Article R. 143-24 du Code de la Sécurité sociale

Dès réception du dossier d'appel, le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail invite les parties en cause, ou leur représentant, à présenter dans un délai de vingt jours, un mémoire accompagné, le cas échéant, des observations de la personne qu'elles ont choisie pour les assister.

Le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail assure la communication des mémoires et des pièces jointes aux parties, ou, le cas échéant, au médecin qu'elles ont désigné lorsqu'il s'agit de documents médicaux, et les avise qu'elles peuvent présenter des observations en réplique et des pièces nouvelles dans un délai de vingt jours courant de la réception de cette communication.

Les mémoires, pièces et observations produites par les parties sont établis en triple exemplaire.

Article R. 143-15 du Code de la Sécurité sociale

Les parties sont dispensées du ministère d'avocat ou d'avoué. Elles comparaissent en personne et présentent leurs observations orales ou écrites. Elles ont toutefois la faculté de se faire assister ou représenter par un avoué ou un avocat.

Article R. 143-26 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque l'affaire n'est pas en état d'être jugée, le président de la section à laquelle elle a été confiée en assure l'instruction.

Il peut inviter les parties à fournir les explications qu'il estime nécessaires à la solution du litige et les mettre en demeure de produire, dans un délai qu'il détermine, tous documents ou justifications propres à éclairer la cour, faute de quoi il peut passer outre et renvoyer l'affaire devant la section qui tirera toute conséquence de l'abstention de la partie ou de son refus.

Il peut ordonner, le cas échéant à peine d'astreinte, la production de documents détenus par un tiers s'il n'existe pas d'empêchement légitime.

Il peut ordonner, même d'office, toute mesure d'instruction et notamment désigner, à titre de consultation, un ou plusieurs médecins experts chargés d'examiner le dossier médical soumis à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Il constate la conciliation, même partielle, des parties et l'extinction de l'instance.

Il tranche les difficultés relatives à la communication des pièces. Il procède aux jonctions et disjonctions d'instance.

Les décisions du président de section chargé d'instruire l'affaire n'ont pas, au principal, l'autorité de la chose jugée. Elles ne sont susceptibles d'aucun recours indépendamment de la décision sur le fond. Toutefois, elles peuvent être déférées par simple requête à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail dans un délai de quinze jours à compter de leur notification lorsqu'elles constatent l'extinction de l'instance.

Article R. 143-27 du Code de la Sécurité sociale

Le secrétaire général de la cour adresse copie des procès-verbaux d'enquête et des rapports de consultation ou d'expertise sous pli recommandé avec demande d'avis de réception à chaque partie ou, le cas échéant, au médecin désigné à cet effet, s'il s'agit d'un rapport médical.

La transmission à la partie ou au médecin désigné comporte l'indication que la partie ou le médecin désigné dispose d'un délai de vingt jours à compter de la notification de cette transmission pour présenter ses observations écrites.

Article R. 143-28 du Code de la Sécurité sociale

La décision est notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article R. 143-29. alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale

EXPERTISE MÉDICALE

Les contestations d'ordre médical sont soumises à la procédure d'expertise médicale.

EXPERTISE À L'INITIATIVE DE L'ASSURÉ OU DE LA CAISSE

Médecin expert

Les contestations mentionnées à l'article L. 141-1 sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut d'accord dans le délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur général de l'agence régionale de santé ; celui-ci avise immédiatement la caisse de la désignation de l'expert. Dans le cas où l'expert est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits, sous la rubrique Experts spécialisés en matière de Sécurité sociale, sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 et de l'article 1^{er} du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatifs aux experts judiciaires.

Lorsque la contestation porte sur le diagnostic ou le traitement d'une affection relevant de l'une des disciplines mentionnées par le règlement de qualification prévu au 4° de l'article R. 4127-79 du Code de la santé publique, l'expert est, dans tous les cas, choisi parmi les médecins spécialistes ou compétents pour l'affection considérée.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise ou le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole.

Article R. 141-1 du Code de la Sécurité sociale modifié par décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - article 270

Demande d'expertise

L'expertise prévue à l'article R. 141-1 est pratiquée soit à la demande de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, soit sur l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale. La caisse doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est saisie porte sur une question d'ordre médical.

En matière d'assurance maladie et d'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contestations relatives à l'état du malade ou à sa prise en charge thérapeutique s'entendent également des contestations concernant les affections de longue durée mentionnées à l'article L. 324-1 et de celles relatives aux affections relevant du protocole de soins mentionné à l'article L. 432-4-1. L'expertise prévue ci-dessus est effectuée à la demande de l'assuré ou de la caisse. Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

Le malade ou la victime qui requiert une expertise présente une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au guichet de la caisse.

En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent :

- soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical ;
- soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime ;
- soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Article R. 141-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - article 270

Formalités - Rapport

Le médecin expert, informe immédiatement le malade ou la victime, des lieu, date et heure de l'examen. Dans le cas où l'expertise est confiée à un seul médecin expert, celui-ci doit aviser le médecin traitant et le médecin conseil qui peuvent assister à l'expertise.

Le médecin expert procède à l'examen du malade ou de la victime, dans les cinq jours suivant la réception du protocole mentionné ci-dessus, au cabinet de l'expert ou à la résidence du malade ou de la victime si ceux-ci ne peuvent se déplacer.

Le médecin expert établit immédiatement les conclusions motivées en double exemplaire et adresse, dans un délai maximum de quarante-huit heures, l'un des exemplaires à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, l'autre au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'assurance maladie, les conclusions sont communiquées dans le même délai au médecin traitant et à la caisse.

Le rapport du médecin expert ou du comité comporte : le rappel du protocole mentionné ci-dessus, l'exposé des constatations qu'il a faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis et les conclusions motivées mentionnées aux alinéas précédents.

Le médecin expert dépose son rapport au service du contrôle médical avant l'expiration du délai d'un mois à compter de la date à laquelle ledit expert a reçu le protocole, à défaut de quoi il est pourvu au remplacement de l'expert à moins qu'en raison des circonstances particulières à l'expertise, la prolongation de ce délai n'ait été obtenue.

La caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

Article R. 141-4 du Code de la Sécurité sociale modifié par décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - article 270

Délai de nomination

En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les 3 jours qui suivent :

- soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical ;
- soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime ;
- soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Article R. 141-2 du Code de la Sécurité sociale

Dès qu'elle est informée de la désignation du médecin expert, la caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement :

- l'avis du médecin traitant nommément désigné ;
- l'avis du médecin conseil ;
- lorsque l'expertise est demandée par le malade ou la victime, les motifs invoqués à l'appui de la demande ;
- la mission confiée à l'expert ou au comité et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

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

Article R. 141-3 du Code de la Sécurité sociale

Valeur de l'expertise

L'avis technique de l'expert s'impose à l'intéressé comme à la caisse (ainsi qu'à la juridiction compétente).

Au vu de l'avis technique le juge peut, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise.

Article L. 141-2 du Code de la Sécurité sociale

De ce fait, une Cour d'appel doit suivre l'avis technique dans la mesure où il n'y a pas eu de nouvelle demande d'expertise.

Cass. soc. 20 janvier 1994 - CPAM de Seine-et-Marne c/ Sauvageot et autres

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade qui donnent lieu à une procédure d'expertise médicale doivent être motivées.

Un tribunal des affaires sociales ne peut rejeter le recours formé par un assuré contre la décision d'une caisse en s'appuyant sur les conclusions de l'expert alors que celles-ci ne sont pas motivées.

Cass. soc. 25 juin 1998 - Bourdet c/ CPAM du Puy de Dôme et autre

Décision de la caisse

La caisse doit prendre une décision et la notifier au malade ou à la victime dans un délai maximum de 15 jours suivant la réception des conclusions motivées.

La décision de la caisse, prise à la suite de l'avis de l'expert ou du comité, est exécutoire par provision, nonobstant toute contestation.

Articles R. 141-5 et R. 141-6 du Code de la Sécurité sociale

EXPERTISE ORDONNÉE PAR UNE JURIDICTION

Modalités d'application

Lorsque le différend fait apparaître, en cours d'instance, une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le tribunal des affaires de Sécurité sociale ne peut statuer qu'après mise en œuvre de la procédure d'expertise médicale.

Dans ce cas, la mission confiée à l'expert ou au comité, ainsi que les questions qui leur sont posées, sont fixées par une décision du tribunal.

Le médecin expert ou le comité adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande d'expertise qui lui a été adressée par la caisse.

Le secrétaire du tribunal transmet, au plus tard dans les 48 heures suivant sa réception, copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

Article R. 142-24 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 96-786 du 10 septembre 1996

Ces dispositions sont également applicables devant la Cour d'appel.

La caisse primaire d'assurance maladie doit, en cas de décès de la victime d'un accident, si les ayants droit le sollicitent ou avec leur accord et si la CPAM le considère utile à la manifestation de la vérité, demander au tribunal d'instance compétent de faire procéder à l'autopsie de la victime.

Si les ayants droit s'opposent à l'autopsie, il leur appartient d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès.

Article L. 442-4 du Code de la Sécurité sociale

Cette preuve ne peut être reconnue par la voie d'expertise médicale ordonnée par les juges. L'expertise médicale ne peut se substituer à une autopsie refusée par les ayants droit.

Cass. soc. 3 février 2000 - CPAM de l'Ain c/ Bollard

Nouvelle expertise ordonnée par le tribunal

Lorsque le différend porte sur une décision prise après mise en œuvre de la procédure médicale prévue à l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité sociale, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si une des parties en cause en fait la demande.

Article R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

Le tribunal ordonne la nouvelle expertise au vu du rapport et au vu des observations des parties. Dans le cas où l'assuré est directement destinataire du rapport, celui-ci est joint à la requête introductive d'instance.

Dans les autres cas, le rapport d'expertise est communiqué au tribunal par le service du contrôle médical de la caisse d'affiliation de l'assuré. Le nouvel expert est désigné par le tribunal parmi les experts spécialisés en matière de Sécurité sociale.

La mission de l'expert et les questions qui lui sont posées sont fixées par décision du tribunal. L'expert procède à l'examen du malade ou de la victime dans les 5 jours suivant la notification de sa désignation.

Rapport de l'expert

Le rapport de l'expert comporte le rappel de l'énoncé de la mission et des questions fixées par le tribunal. L'expert adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans un délai d'un mois à compter de la date de notification de la décision le désignant. Le secrétaire du tribunal transmet au plus tard dans les 48 heures suivant sa réception copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

Article R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

Les honoraires et les frais, notamment d'examens complémentaires liés à la nouvelle expertise sont mis à la charge de la partie qui succombe à moins que le juge, par décision motivée, n'en attribue la totalité ou une fraction à la charge d'une autre partie.

Article R. 144-6 du Code de la Sécurité sociale

Cependant, les frais d'expertise ne peuvent être mis à la charge d'une victime d'un accident du travail ou de maladie professionnelle qu'en cas de contestation manifestement abusive.

Cass. soc. 5 janvier 1995 - Soulet c/ CPAM de Béziers

CONTENTIEUX PARTICULIER DU CONTRÔLE TECHNIQUE

Ce contentieux concerne plus particulièrement le corps médical au titre de l'article L. 145-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale :

- les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section du conseil régional de discipline des médecins ou des chirurgiens-dentistes dite section des assurances sociales du conseil régional de discipline et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par le conseil régional ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes sont :

- l'avertissement ;
- le blâme, avec ou sans publication ;
- l'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

Dans le cas d'abus d'honoraires, le conseil régional et la section spéciale peuvent également prononcer le remboursement à l'assuré du trop-perçu, même s'ils ne prononcent aucune des sanctions ci-dessus prévues.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu ci-dessus, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de Sécurité sociale.

Tout praticien qui contrevient aux décisions du conseil régional ou de la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes, en donnant des soins à un assuré social, alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à la caisse de Sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celle-ci a été amenée à payer audit assuré social du fait des soins qu'il a donnés ou des ordonnances qu'il a prescrites.

RECOURS EN CASSATION

Les décisions rendues, en dernier ressort, par les tribunaux des affaires de Sécurité sociale, les arrêts de la cour d'appel et les décisions de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prévue à l'article L. 143-3 peuvent être attaqués devant la cour de cassation.

Article L. 144-4 du Code de la Sécurité sociale créé par ordonnance n° 2005-656 du 8 juin 2005 – article 5 JORF 9 juin 2005 en vigueur le 1^{er} octobre 2005

DÉLAI DE POURVOI

Dans le délai d'un mois à dater de la convocation prévue à l'alinéa 3 de l'article L. 144-2, le procès-verbal de la séance de comparution est adressé par le président du tribunal au premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège et au procureur général près ladite cour, qui le transmettent sans délai au garde des sceaux, ministre de la justice.

Article R. 144-3 du Code de la Sécurité sociale modifié par décret n° 2005-1224 – 2005-09-29 – article 9c JORF 30 septembre 2005 en vigueur le 1^{er} octobre 2005

Article L. 144-4 du Code de la Sécurité sociale

MODALITÉS

Le pourvoi en cassation est formé par ministère d'un avocat au conseil d'État et à la Cour de cassation. Il est instruit et jugé conformément aux règles de la procédure ordinaire dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions en vigueur.

Article R. 144-7 du Code de la Sécurité sociale

Le demandeur ou le défendeur au pourvoi peut, à condition de justifier de ressources inférieures à un chiffre limite fixé par arrêté conjoint du ministre de la Justice, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget, en tenant compte des situations de famille, formuler une demande en vue d'obtenir la dispense du paiement des honoraires de l'avocat.

La demande est soumise à une commission composée de membres représentant le ministre de la Justice et le ministre chargé de la Sécurité sociale et des membres choisis parmi les avocats et les anciens avocats au Conseil d'État et à la cour de cassation, dans des conditions fixées par arrêté conjoint du garde des Sceaux, ministre de la Justice, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

La décision de la commission doit intervenir dans le délai de 2 mois qui suit le dépôt de la demande. Elle n'est pas susceptible de recours.

RENOI

En cas de renvoi par la cour de cassation devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale ou la Cour d'appel par elle désignée ou devant la cour nationale technique, il appartient à l'une des parties au pourvoi de saisir la juridiction de renvoi par simple lettre recommandée adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction.

Article R. 114-4 du Code de la Sécurité sociale

SAISINE POUR AVIS DE LA COUR DE CASSATION

Avant de statuer sur une demande soulevant une question de droit nouvelle, présentant une difficulté sérieuse et se posant dans de nombreux litiges, les juridictions de l'ordre judiciaire peuvent, par décision non susceptible de recours, solliciter l'avis de la Cour de cassation qui se prononce dans le délai de 3 mois de sa saisine. Il est sursis à toute décision sur le fond de l'affaire jusqu'à l'avis de la Cour de cassation ou, à défaut, jusqu'à l'expiration du délai ci-dessus mentionné. Toutefois, les mesures d'urgence ou conservatoires nécessaires peuvent être prises. L'avis rendu ne lie pas la juridiction qui a formulé la demande. Il est communiqué aux parties. Ces dispositions ne sont pas applicables en matière pénale.

Lorsque le juge envisage de solliciter l'avis de la Cour de cassation, il en avise les parties et le ministère public. Il recueille leurs observations écrites éventuelles dans le délai qu'il fixe, à moins qu'ils n'aient déjà conclu sur ce point. Dès réception des observations ou à l'expiration du délai, le juge peut, par une décision non susceptible de recours solliciter l'avis de la Cour de cassation en formulant la question de droit qu'il lui soumet.

Il sursoit à statuer jusqu'à la réception de l'avis ou jusqu'à l'expiration du délai. La décision sollicitant l'avis est adressée, avec les conclusions et les observations écrites éventuelles, par le secrétariat de la juridiction au greffe de la Cour de cassation. Elle est notifiée, ainsi que la date de transmission du dossier, aux parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le ministère public auprès de la juridiction est avisé ainsi que le premier président de la Cour d'appel et le procureur général lorsque la demande d'avis n'émane pas de la cour. La Cour de cassation rend son avis dans les 3 mois de la réception du dossier. L'avis est adressé à la juridiction qu'il l'a demandée, au ministère public auprès de cette juridiction, au premier président de la cour d'appel et au procureur général lorsque la demande n'émane pas de la cour.

Les avis de la Cour de cassation, dont la publication est décidée par le premier président, sont insérés dans le bulletin mensuel établi pour les chambres civiles.