

CIRCULAIRE

CIR-24/2020

Document consultable dans Médi@m

Date :

11/08/2020

Domaine(s) :

contentieux et affaires juridiques

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Contentieux des prestations de l'Assurance Maladie et de la protection complémentaire en matière de santé

Liens :

Plan de classement :

P14-01

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input type="checkbox"/> Cnam
<input type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Cette circulaire présente les nouvelles procédures précontentieuses et contentieuses applicables depuis l'entrée en vigueur de la réforme du contentieux de la sécurité sociale et de la protection complémentaire en santé, depuis le 1er janvier 2020.

Mots clés :

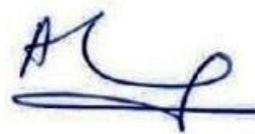
CRA ; CMRA ; expertise médicale ; contentieux : tribunal judiciaire ;

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Pierre PEIX

**La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins**



Annelore COURY

CIRCULAIRE : 24/2020

Date : 11/08/2020

Objet : Contentieux des prestations de l'Assurance Maladie et de la protection complémentaire en matière de santé

Affaire suivie par : reglementation.prestation.cnam@assurance-maladie.fr

La loi de modernisation de la justice du XXI^{ème} siècle¹ et son décret d'application² ont amorcé la réforme du contentieux de la sécurité sociale, depuis le 1^{er} janvier 2019, en procédant à l'unification des juridictions compétentes en matière de contentieux de la sécurité sociale et de l'admission à l'aide sociale concernant la protection complémentaire en matière de santé, et en généralisant le recours préalable obligatoire à tous les types de contestations.

Ainsi, a été regroupé au sein de tribunaux de grande instance et de cours d'appel spécialement désignés, l'ensemble du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale concernant la protection complémentaire en matière de santé dont connaissaient auparavant distinctement les tribunaux des affaires de sécurité sociale, pour le contentieux général, les tribunaux du contentieux de l'incapacité, pour le contentieux technique, et les commissions départementales d'aides sociales, pour le contentieux de l'admission à l'aide sociale.

La loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice³ a fusionné, à compter du 1^{er} janvier 2020, les tribunaux de grande instance et les tribunaux d'instance sous l'appellation « Tribunaux judiciaires ». Ce tribunal sera désormais compétent pour connaître de ces contentieux.

Cette loi a par ailleurs poursuivi les travaux d'évolution du contentieux de la sécurité sociale en procédant à la suppression de la distinction entre les contentieux général et technique pour tendre vers une distinction entre le contentieux médical et le contentieux non-médical de la sécurité sociale.

Le décret n°2019-1506 du 30 décembre 2019⁴ sociale a simplifié, dans un premier temps, chacune des deux procédures applicables aux contentieux médicaux (la procédure d'expertise médicale de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale (CSS) d'une part et celle de la Commission Médicale de Recours Amiable (CMRA) d'autre part), avant d'étendre progressivement le champ de compétence de la CMRA à

¹ Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016

² Décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018

³ Loi n°2019-222 du 23 mars 2019

⁴ Décret n°2019-1506 du 30 décembre 2019 relatif à la simplification du contentieux de la sécurité sociale.

toutes les contestations des décisions de nature médicale, aboutissant in fine à la suppression, au 1^{er} janvier 2022, de l'expertise L.141-1 du CSS.

Ainsi, en 2022, la phase précontentieuse obligatoire sera réalisée devant la Commission Médicale de Recours Amiable pour toutes les contestations de nature médicale alors que la Commission de Recours Amiable (CRA) sera compétente des questions de nature administrative.

1. LA PHASE PRECONTENTIEUSE OBLIGATOIRE

Les recours judiciaires en matière de contentieux de la sécurité sociale sont obligatoirement précédés d'un recours administratif préalable (article L.142-4 du CSS).

Les contestations de décisions de nature administrative sont soumises à la commission de recours amiable (articles R.142-1 et suivants du CSS), tandis que les contestations concernant le contentieux de l'invalidité et de l'incapacité permanente sont soumises à la commission médicale de recours amiable (articles R.142-8 et suivants du CSS).

Par ailleurs, les contestations d'ordre médical mentionnées à l'article L.141-1 du CSS donnent lieu, jusqu'au 1^{er} janvier 2022, à une procédure d'expertise médicale avant leur passage éventuel en CRA.

1.1. Recours administratif préalable obligatoire : la commission de recours amiable

La saisine de la CRA est obligatoire avant toute procédure judiciaire.

1.1.1. Compétence (article R.142-1 du CSS)

Toute décision de nature administrative prise par un organisme de sécurité sociale faisant l'objet d'une contestation relevant de la compétence du contentieux de la sécurité sociale est soumise à la CRA (articles L.142-4 et R.142-1 du CSS).

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le contentieux de l'admission à l'aide sociale relatif à la protection complémentaire en matière de santé relève également de la compétence de la CRA.

La CRA compétente est constituée au sein du conseil de chaque organisme.

1.1.2. Composition (article R.142-2 du CSS)

La CRA est composée de deux conseillers choisis parmi les représentants des assurés sociaux, deux conseillers choisis parmi les représentants des employeurs et des travailleurs indépendants, et un membre issu des autres catégories.

Lorsque la commission se prononce sur les différends auxquels donne lieu l'application de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, seuls siègent les représentants des assurés sociaux et des employeurs.

1.1.3. Procédure

La CRA doit être saisie dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contestée (article R.142-1).

La commission statue sur pièces.

Lorsque la décision de la CRA n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans un délai de deux mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée (article R.142-6 du CSS).

Le délai de rejet implicite de deux mois prévu 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 de rejet implicite ne court qu'à dater de la réception de ces documents.

1.2. Recours préalable médical en contentieux de l'invalidité et de l'incapacité permanente : la commission médicale de recours amiable

La loi de modernisation de la justice du XXI^{ème} siècle a créé la commission médicale de recours amiable (CMRA), préalable obligatoire en contentieux de l'invalidité et de l'incapacité permanente.

1.2.1. Compétence (article R.142-8 du CSS)

1.2.1.1. Compétence matérielle

Sont soumises à la CMRA les contestations relatives à l'état ou au degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie non professionnel, à l'état d'inaptitude au travail, à l'état d'incapacité permanente de travail et au taux d'incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

À compter du 1^{er} septembre 2020, la CMRA deviendra compétente pour traiter de toutes les contestations d'ordre médical formées par les employeurs.

Au 1^{er} janvier 2022, la CMRA connaîtra de l'ensemble des contestations de nature médicale, avec l'intégration du contentieux de l'expertise médicale dans son champ de compétence.

1.2.1.2. Compétence géographique

Le ressort géographique de la CMRA est celui de l'échelon régional du contrôle médical du régime intéressé. Toutefois, le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie peut prévoir qu'une commission couvre plusieurs échelons régionaux. La CMRA examine les recours formés contre les décisions des organismes dont le siège est situé dans son ressort.

1.2.2. Composition (article R.142-8-1 du CSS)

La loi de programmation a modifié la composition de la CMRA pour les recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2020.

La CMRA est désormais composée de deux médecins désignés par le responsable du service médical territorialement compétent : un médecin figurant sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n°71-498 du 29 juin 1971, spécialiste ou compétent pour le litige d'ordre médical considéré, et un praticien-conseil.

Ne peuvent siéger à la commission le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'employeur ou le praticien-conseil de l'organisme, auteur de l'avis médical contesté.

En cas de partage des voix, celle du médecin désigné sur les listes judiciaires est prépondérante.

1.2.3. Procédure

1.2.3.1. Saisine

La CMRA doit être saisie dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contestée (article R.142-1-A du CSS). Le requérant adresse son recours par tout moyen conférant date certaine (article R.142-8 du CSS).

A réception du recours, le secrétariat de la CMRA en transmet une copie au service du contrôle médical fonctionnant auprès de l'organisme dont la décision est contestée. Dans les dix jours de la réception de la copie du recours, le médecin conseil transmet à la commission l'intégralité de son rapport et l'avis transmis à l'organisme (article R.142-8-2 du CSS).

Si le rapport médical du médecin conseil n'a pas fait l'objet d'une transmission à l'assuré préalablement à l'introduction du recours, le secrétariat de la commission lui notifie ce rapport sans délai, accompagné de l'avis transmis à l'organisme. Si le recours est formé par l'employeur, le secrétariat de la commission adresse le rapport médical et l'avis au médecin mandaté par ce dernier, dans un délai de dix jours à compter de l'introduction du recours. L'assuré est informé de cette transmission (article R.142-8-3 du CSS).

L'assuré ou le médecin mandaté par l'employeur dispose alors d'un délai de vingt jours pour formuler des observations, par tout moyen conférant date certaine.

1.2.3.2. Instruction

La commission statue sur pièces.

Toutefois, lorsque le recours préalable est exercé par l'assuré, la CMRA peut décider, d'office ou à la demande de ce dernier, de procéder à son examen médical. Le secrétariat de la commission en informe l'assuré, au moins quinze jours avant, en lui notifiant le lieu, date et heure de l'examen. L'assuré peut se faire accompagner par le médecin de son choix.

En cas d'impossibilité de déplacement liée au particulier éloignement géographique de l'assuré, la commission désigne un praticien spécialiste ou compétent pour l'affection considérée en vue de réaliser cet examen médical et de lui transmettre son avis motivé.

La commission peut également décider de solliciter un avis médical complémentaire, et désigner un praticien spécialiste ou compétent pour l'affection considérée, pour réaliser un examen médical ou une expertise sur pièces (articles R.142-8-4 du CSS).

Dans ces deux cas, la CMRA définit la mission confiée au praticien désigné, précise si un examen clinique est requis, et lui communique le rapport médical du praticien conseil et le recours introduit par l'assuré. Lorsqu'un examen clinique est requis, le praticien procède à cet examen dans les huit jours suivant la réception de ces éléments. Il informe préalablement l'assuré du lieu, date et heure de l'examen. L'assuré peut être accompagné du médecin de son choix. Le praticien désigné communique son rapport, qui contient des conclusions motivées, dans un délai de quinze jours à compter de l'examen clinique ou de vingt jours à compter de la réception de la demande de mission. Ce rapport du praticien désigné ne s'impose pas à la CMRA ; il est joint au rapport de la commission (article R.142-8-4-1 du CSS).

1.2.3.3. Décision (article R.142-8-5 du CSS)

La commission établit un rapport comportant son analyse du dossier, ses constatations et ses conclusions motivées, et rend un avis qui s'impose à l'organisme de prise en charge.

Le secrétariat de la CMRA transmet sans délai l'avis de la commission à l'organisme de prise en charge, qui notifie sa décision à l'intéressé.

Le secrétariat de la CMRA transmet une copie du rapport au service médical compétent, ainsi qu'à l'assuré ou au médecin mandaté par l'employeur à l'origine du recours, si l'assuré ou l'employeur en fait la demande.

L'absence de décision de l'organisme dans le délai de quatre mois à compter de l'introduction du recours préalable vaut rejet de la demande.

1.2.3.4. Rémunération des médecins experts (article R.142-8-6 du CSS)

Les honoraires et frais de déplacement des médecins experts sont réglés d'après les tarifs fixés par l'arrêté modifié du 29 mai 2015.

1.3. Recours préalable relevant de la compétence de la commission de recours amiable et de la commission médicale de recours amiable (article R.142-9-1 du CSS)

Lorsqu'un recours relève à la fois de la compétence de la CRA et de la CMRA, la CRA sursoit à statuer jusqu'à ce que la CMRA ait statué sur la contestation d'ordre médical.

La CMRA établit un rapport comportant son analyse du dossier, ses constatations et conclusions motivées, et rend un avis.

Le secrétariat de la CMRA transmet sans délai cet avis à la CRA, et transmet une copie du rapport au service médical compétent, ainsi qu'à l'assuré ou au médecin mandaté par l'employeur à l'origine du recours, si l'assuré ou l'employeur en fait la demande.

L'avis de la CMRA sur la contestation d'ordre médical s'impose à la CRA, qui statue sur l'ensemble du recours.

L'absence de décision de la CRA dans un délai de six mois à compter de l'introduction du recours préalable vaut rejet de la demande.

2. L'EXPERTISE MEDICALE

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, à la date de consolidation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, et les contestations relatives à la prise en charge thérapeutique de ces malades ou victimes, donnent lieu à la mise en œuvre d'une expertise médicale (article L. 141-1 du CSS).

En application de la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, la procédure de l'expertise médicale est simplifiée pour se rapprocher de celle de la CMRA, afin d'aménager son inclusion progressive dans le champ de compétence de la CMRA et sa suppression au 1^{er} janvier 2022.

2.1. La demande d'expertise (article R.141-2 du CSS)

L'expertise médicale peut être pratiquée à la demande de l'assuré, à l'initiative de l'organisme de prise en charge dont la décision est contestée, ou à la demande du juge si le différend fait apparaître une difficulté d'ordre médicale (expertise médicale judiciaire de première intention).

L'assuré 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.

La demande d'expertise doit être effectuée dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision contestée.

2.2. La désignation de l'expert (article R.141-1 du CSS)

Le service du contrôle médical désigne un médecin expert spécialiste ou compétent pour la contestation d'ordre médicale considérée, sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n°71-498 du 29 juin 1971. Cette désignation est effectuée dans les 15 jours suivant la réception de la demande d'expertise.

En cas d'indisponibilité des médecins inscrits sur les listes judiciaires, le service du contrôle médical informe le médecin traitant de l'assuré de l'identité du médecin expert, spécialiste ou compétent pour la contestation médicale considérée, qu'il entend désigner. À défaut d'opposition du médecin traitant dans les huit jours de la notification de la proposition de désignation, le service du contrôle médical procède à cette désignation, dans un délai de vingt jours à compter de la réception de la demande d'expertise.

En cas d'opposition du médecin traitant, le médecin expert est désigné par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Le médecin désigné pour réaliser l'expertise ne peut être celui ayant soigné l'assuré ou un ayant-droit, un médecin attaché à l'entreprise, un médecin appartenant au conseil, au conseil d'administration, ou au service du contrôle médical de la caisse concernée.

2.3. Procédure

2.3.1. Rôle du service du contrôle médical (article R. 141-3 du CSS)

Le service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse établit un protocole qui contient l'avis du médecin traitant nommément désigné, l'avis du médecin conseil ayant fondé la décision contestée, les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de sa demande ainsi que les pièces communiquées par lui le cas échéant, la mission confiée à l'expert et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

Le service du contrôle médical adresse à l'expert ce protocole, accompagné du rapport médical du praticien conseil à l'origine de la décision de l'organisme, dans un délai de cinq jours à compter de la désignation de l'expert.

2.3.2. Rôle du médecin expert (article R.141-4 du CSS)

Le médecin expert informe l'assuré et le service du contrôle médical, dont un médecin conseil peut assister à l'expertise, des lieu, date et heure de l'examen. L'assuré peut être accompagné du médecin de son choix.

Le médecin expert procède à l'examen de l'assuré dans les huit jours suivant la réception du protocole. Il peut également décider de statuer sur pièces, compte tenu de la nature du litige, du rapport médical du praticien conseil, et des pièces communiquées par l'assuré ou par le service du contrôle médical.

2.3.3. Décision (article R.141-4 à R.141-6 du CSS)

Le médecin expert dispose d'un délai de quinze jours à compter de l'examen de l'assuré, ou de vingt jours à compter de la réception du protocole en cas d'expertise sur pièces, pour communiquer son rapport au service du contrôle médical.

Le rapport d'expertise comporte l'exposé des constatations faites au cours de l'examen, la discussion des points qui lui ont été soumis, et les conclusions motivées.

A réception du rapport d'expertise, le service du contrôle médical en adresse une copie à l'assuré.

Le service du contrôle médical transmet l'avis de l'expert à la caisse dont la décision est contestée, qui prend une nouvelle décision conforme à cet avis et la notifie à l'assuré dans les quinze jours suivant la réception de l'avis.

La décision de la caisse prise après réalisation de l'expert ouvre la voie de recours à la CRA. Elle est exécutoire par provision, nonobstant toute contestation.

2.3.4. Rémunération du médecin expert (R.141-7 du CSS)

Les honoraires dus au médecin expert ainsi que ses frais de déplacement éventuels sont réglés d'après les tarifs fixés par l'arrêté modifié du 29 mai 2015. Cet arrêté fixe également les tarifs des honoraires, ainsi que des frais de déplacement dus au médecin accompagnant l'assuré lors de l'examen.

Ces dépenses sont à la charge de la caisse dont la décision est contestée.

3. LA PHASE CONTENTIEUSE

3.1. Le tribunal judiciaire

Créé par la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, le tribunal judiciaire est le produit du regroupement des tribunaux d'instance et de grande instance.

Le tribunal judiciaire est la juridiction de l'ordre judiciaire spécialement désignée pour connaître, à compter du 1^{er} janvier 2020, des litiges en matière de contentieux de la sécurité sociale, et de contentieux de l'admission à l'aide sociale relatif à la protection complémentaire en matière de santé (articles L.142-8 et L211-16 du Code de l'organisation judiciaire – COJ).

3.1.1. Composition (article L.218-1 du COJ)

Le tribunal judiciaire statue en formation collégiale, composée du président du tribunal ou d'un magistrat du siège désigné par lui pour le remplacer, d'un assesseur représentant les travailleurs salariés, et d'un assesseur représentant les employeurs et les travailleurs indépendants.

3.1.2. Taux de compétence (article R.211-3-25 du COJ)

Le tribunal judiciaire statue en dernier ressort pour les demandes déterminées inférieures à 5 000 euros. Le jugement rendu n'est pas susceptible d'appel, et la voie de recours est le pourvoi en cassation.

Il statue en premier ressort pour les litiges d'un montant supérieur à 5 000 euros, et pour les demandes indéterminées. Le jugement rendu est susceptible d'appel.

3.1.3. Compétence géographique (article R.142-10 du CSS)

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

Par exception, la juridiction compétente est celle dans le ressort de laquelle se trouve le lieu de l'accident ou la résidence de l'accidenté, au choix de celui-ci, en cas d'accident du travail non mortel, le dernier domicile de la victime en cas d'accident du travail mortel, la résidence du bénéficiaire en cas de différend entre celui-ci et l'employeur, la CPAM qui a pris la décision relative à la complémentaire santé solidaire, l'établissement de l'employeur en cas de différend portant sur des questions relatives à l'affiliation et aux cotisations des travailleurs salariés, l'établissement concerné de l'entreprise de travail temporaire pour les contestations relatives à l'application des deux premiers alinéas de l'article L.241-5-1, le siège de l'organisme de recouvrement auprès duquel l'employeur verse ses cotisations et contributions sociales lorsqu'il est fait application du deuxième alinéa du I de l'article R.243-6 ou de l'article R.243-8.

Lorsque le domicile du demandeur est situé à l'étranger, le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le siège de l'organisme de sécurité sociale.

En application du décret n°2019-1506 du 30 décembre 2019 relatif à la simplification du contentieux de la sécurité sociale, les règles de compétence territoriale des juridictions sont simplifiées à compter du 1^{er} septembre 2020. Ainsi, pour les décisions prises à compter du 1^{er} septembre 2020, le tribunal judiciaire territorialement compétent est celui dans le ressort duquel demeure le demandeur.

Lorsque le demandeur demeure à l'étranger, le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le siège de l'organisme de sécurité sociale.

3.1.4. Saisine du tribunal judiciaire

Pour pouvoir saisir le tribunal judiciaire, il est obligatoire d'avoir formé un recours préalable devant la CRA ou la CMRA selon les cas.

Le tribunal est saisi par requête remise ou adressée au greffe par lettre recommandée avec avis de réception (article R.142-10-1 du CSS).

3.1.4.1. Délais de saisine (article R.142-1-A du CSS)

Le requérant doit saisir le tribunal judiciaire dans un délai de deux mois à compter de la date de la notification de la décision de la commission, ou à compter de l'expiration du délai de rejet implicite.

Pour rappel, en l'absence de décision de la CRA dans le délai de deux mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et saisir le tribunal judiciaire.

L'absence de décision de la CMRA dans le délai de quatre mois vaut rejet implicite de la demande.

En cas de saisine mixte (contestation relevant à la fois de la CRA et de la CMRA), le délai de rejet implicite est porté à 6 mois.

3.1.4.2. Modalités de saisine (article R.142-10-1 du CSS, articles 54 et 57 du CPC)

La requête mentionne :

- l'objet de la demande,
- un exposé sommaire des motifs de la demande,
- l'indication de la juridiction devant laquelle la demande est portée,
- les nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance lorsque le demandeur est une personne physique,
- la forme, dénomination siège social et l'organe qui la représente légalement lorsque le demandeur est une personne morale,
- l'indication des modalités de comparution devant la juridiction et la précision que, « faute pour le défendeur de comparaître, il s'expose à ce qu'un jugement soit rendu contre lui sur les seuls éléments fournis par son adversaire »,
- mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du médecin qu'il désigne pour recevoir les documents médicaux.

Elle doit contenir les pièces que le demandeur souhaite invoquer à l'appui de ses prétentions, énumérées sur un bordereau en annexe et une copie de la décision contestée ou en cas de décision implicite, de la copie de la décision initiale ainsi que de la copie de son recours préalable.

3.1.5. Personnes pouvant agir (article L.142-9 du CSS)

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter par leur conjoint, concubin ou personne liée par un PACS, un ascendant ou descendant en ligne directe, un avocat, un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou des organisations professionnelles d'employeurs, un administrateur ou employé de l'organisme partie à l'instance, un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Le ministère d'avocat n'est pas obligatoire devant le tribunal judiciaire.

Ces dispositions sont applicables devant la cour d'appel.

3.1.6. Procédure

3.1.6.1. La convocation à l'audience (article R.142-10-3 du CSS) :

Le greffe avise par tous moyens le demandeur des lieu, jour et heure de l'audience et convoque le défendeur par lettre simple, quinze jours au moins avant la date d'audience La requête est jointe à la convocation.

Dans les contentieux de nature médicale, le greffe du tribunal adresse copie de la requête selon le cas à la caisse ou à l'auteur de la décision contestée, et l'invite à présenter ses observations écrites, et à les communiquer aux autres parties à l'instance dans un délai de vingt jours. La convocation du demandeur l'invite à comparaître en personne afin qu'il puisse être procédé le cas échéant à une consultation clinique à l'audience.

3.1.6.2. L'oralité de la procédure (article R.142-10-4 du CSS)

La procédure devant le tribunal judiciaire est orale.

Les parties peuvent toutefois déroger à l'oralité de la procédure sans accord du juge, en exposant leurs moyens par lettre adressée au juge, à la condition de justifier que la partie adverse a eu connaissance des écritures avant l'audience, par lettre recommandée avec accusé de réception. Le juge peut néanmoins ordonner que les parties se présentent devant lui.

3.1.6.3. La péremption (article R.142-10-10 du CSS)

L'instance est périmée lorsque les parties s'abstiennent d'accomplir, pendant deux ans, les diligences qui ont été expressément mises à leur charge par la juridiction.

La péremption peut être demandée par l'une ou l'autre des parties. Le juge peut la constater d'office après avoir invité les parties à présenter leurs observations.

3.1.7. La décision

Le greffe notifie la décision à chacune des parties (article R.142-10-7 du CSS).

3.1.8. Mesures d’instruction

3.1.8.1. Expertise

Expertise de première intention (article R.142-17-1 I du CSS)

La juridiction doit mettre en œuvre la procédure d’expertise médicale prévue à l’article L.141-1 du CSS lorsqu’apparaît, en cours d’instance, une difficulté d’ordre médical relative à l’état de l’assuré, du bénéficiaire 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 définit la mission confiée à l’expert et les questions qui lui sont posées.

Le médecin expert adresse son rapport au greffe 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 greffe transmet une copie de ce rapport, dans les 48h de sa réception, au service du contrôle médical de la caisse dont la décision est contestée, et à l’assuré.

Expertise de seconde intention (article R.142-17-1 II du CSS)

Le tribunal peut ordonner une deuxième expertise, au vu des observations des parties, et du rapport médical de la première expertise.

L’assuré qui demande une seconde expertise doit joindre à sa requête le rapport médical de la première expertise.

L’expert est désigné sur les listes dressées en application de l’article 2 de la loi n°71-498 du 29 juin 1971, ou, à défaut, parmi les médecins spécialistes ou compétents pour l’affection considérée (articles R.142-17-1 II et R.142-16-1 du CSS).

La mission de l’expert est définie par le juge.

L’expert procède à l’examen de l’assuré dans les huit jours suivant la notification de sa désignation. L’expert peut choisir de procéder à une expertise médicale sur pièces, compte tenu de la nature du litige, du premier rapport d’expertise et des pièces communiquées par l’assuré ou par le service du contrôle médical, sauf si le juge en décide autrement.

Il adresse son rapport au greffe du tribunal dans un délai d’un mois à compter de la date de notification de sa désignation. Le greffe transmet une copie de ce rapport, dans les 48h de sa réception, au service du contrôle médical de la caisse dont la décision est contestée, et à l’assuré.

3.1.8.2. Consultation

La juridiction peut ordonner une consultation clinique ou sur pièces exécutée à l'audience. Elle désigne le consultant sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n°71-498 du 29 juin 1971, ou, à défaut, parmi les médecins spécialistes ou compétents pour l'affection considérée, et définit sa mission (articles R. 142-16 et R.142-16-1 du CSS).

Le consultant désigné ne peut être le médecin qui a examiné ou soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, un médecin appartenant au conseil d'administration de la caisse intéressée à l'instance, le médecin participant au service de contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse intéressée ni le médecin ayant examiné le recours préalable du requérant dans le cadre de la CMRA (article R.142-16-2 du CSS).

Le greffe demande par tout moyen, à l'organisme de sécurité sociale, de transmettre au consultant désigné l'intégralité du rapport médical du médecin conseil à l'origine de la décision de la caisse, et le rapport de la CMRA (article R.142-16-3 du CSS).

Lorsque l'employeur est partie à l'instance, il peut demander à l'organisme de sécurité sociale, par tout moyen conférant date certaine et dans un délai de dix jours à compter de la notification de la désignation de l'expert, de notifier au médecin qu'il mandate à cet effet l'intégralité des rapports précités. Si ces rapports n'ont pas déjà été notifiés au médecin mandaté par l'employeur, l'organisme de sécurité sociale procède à cette notification dans les vingt jours suivant la réception de la demande de l'employeur, et informe l'assuré de cette transmission (article R.142-16-3 du CSS).

3.1.8.3. Prise en charge des frais de transport de l'assuré pour se rendre à une expertise médical ou en cas d'examen clinique à l'audience

Sont pris en charge les frais de transports de l'assuré pour répondre à la convocation d'un médecin-expert ou consultant désigné par une juridiction ou pour se rendre à l'audience de cette juridiction au cours de laquelle une consultation clinique a lieu (article R.322-10 du CSS).

La convocation ou l'avis d'audience tient alors lieu de prescription (article R.322-10-2 du CSS).

Pour bénéficier du remboursement des frais de transport en ambulance, en transport assis professionnalisée, en VSL ou en taxi, l'assuré doit en faire la demande dans sa requête. Le bénéfice de ce remboursement est soumis à l'avis conforme du médecin expert ou consultant qui examine la demande du requérant sur la base des pièces que ce dernier a jointes à sa requête.

S'il n'en a pas fait la demande dans sa requête, le requérant peut bénéficier du remboursement de ces frais s'il justifie auprès de son organisme de prise en charge d'une prescription médicale de transport dans les conditions prévues par les articles R.322-10 à R.322-10-7 du CSS (article R.142-18 du CSS).

Les frais de transport sont remboursés sur la base du moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé de l'assuré.

3.1.8.4. Rémunération des experts ou consultants :

Ces dépenses sont prises en charge, conformément à l'article L.142-11 du CSS, par l'Assurance maladie : « *Les frais résultant des consultations et expertises ordonnées par les juridictions compétentes en application des articles L.141-1 et L. 141-2 ainsi que dans le cadre des contentieux mentionnés à l'article L.142-2, à l'exclusion du 4°, sont pris en charge par l'organisme mentionné à l'article L.221-1.* ».

En application de l'article R.142-18-2 du CSS, « *les honoraires dus au médecin consultant mentionné à l'article R.142-16-1 ainsi que ses frais de déplacement sont réglés selon le tarif fixé par arrêté des ministres respectivement chargés de la sécurité sociale, de la justice, de l'agriculture et du budget* ».

L'arrêté du 21 décembre 2018 relatif aux honoraires et aux frais de déplacement des médecins consultants mentionnés à l'article R.142-16-1 du code de la sécurité sociale (JO du 29/12) précise les montants pris en charge, selon que le médecin consultant présente son rapport à l'oral, par écrit après avoir exécuté sa mission sur pièces en cabinet ou selon qu'il ait examiné l'assuré.

Ainsi, seuls sont pris en charge les frais respectant les limites fixées par la réglementation.

3.2. La cour d'appel

La cour d'appel est la juridiction de droit commun du second degré.

3.2.1. Compétence

La cour d'appel connaît, sous réserve des compétences attribuées à d'autres juridictions, des décisions judiciaires, civiles et pénales, rendues en premier ressort.

Elle statue souverainement sur le fond des affaires (article L.311-1 du COJ).

Concernant le contentieux de la sécurité sociale et de la protection complémentaire en matière de santé, des cours d'appel spécialement désignées connaissent des décisions rendues par les tribunaux judiciaires (article L.311-15 du COJ). Elles sont compétentes pour connaître de ces décisions lorsqu'elles portent sur des demandes supérieures à 5 000 euros, et sur des demandes indéterminées.

3.2.2. Composition

La cour d'appel est composée uniquement de magistrats professionnels. Elle statue en formation collégiale (article L.312-1 du COJ).

La formation de jugement de la cour d'appel se compose d'un président et de plusieurs conseillers (article L.312-2 du COJ).

3.2.3. Procédure

La cour d'appel doit être saisie dans le délai d'un mois à compter de la notification du jugement (article 538 du code de procédure civile(CPC)).

L'appel est formé par une déclaration faite ou adressée par pli recommandé au greffe de la cour d'appel (article 932 du CPC). La déclaration d'appel comporte les mentions prescrites par l'article 57 du CPC et est accompagnée de la copie de la décision contestée (article 933 du CPC).

La procédure devant la cour d'appel est orale (article 946 du CPC).

3.2.4. Représentation

La procédure d'appel est sans représentation obligatoire (article R.142-11 du CSS). Les parties peuvent se faire représenter selon les mêmes modalités que devant le tribunal judiciaire (articles 931 du CPC et L.142-9 du CSS).

3.2.5. Décision

Les décisions de la cour d'appel sont notifiées aux parties par le greffe (article R.142-12 du CSS). Les décisions de la cour d'appel peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation.

3.3. La Cour de cassation

La Cour de cassation est la plus haute juridiction de l'ordre judiciaire. Il s'agit d'une juridiction unique, qui siège à Paris (articles L.411-1 et R.411-1 du COJ).

Le pourvoi en cassation tend à faire censurer par la Cour la non-conformité d'un jugement aux règles de droit (article 604 du CPC). Il n'est ouvert qu'à l'encontre des jugements rendus en dernier ressort (article 605 du CPC).

3.3.1. Compétence

La Cour de cassation statue sur les pourvois formés contre les arrêts et jugements rendus en dernier ressort par les juridictions de l'ordre judiciaire. Elle ne connaît pas du fond des affaires, sauf disposition législative contraire (article L.411-2 du COJ).

3.3.2. Composition

La Cour de cassation se compose du premier président, des présidents de chambre, des conseillers, des conseillers référendaires, des auditeurs, du procureur général, des premiers avocats généraux, des avocats généraux, des avocats généraux référendaires, des directeurs de greffe, des greffiers de chambre (article R.421-1 du COJ).

La Cour de cassation comprend cinq chambres civiles et une chambre criminelle (article R.421-3 du COJ).

3.3.3. Procédure

Le pourvoi en cassation est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation (articles R.142-15 du CSS et 974 du CPC).

La Cour de cassation doit être saisie dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contestée (articles 142-15 du CSS 612 du CPC).

Le pourvoi en cassation n'est pas suspensif d'exécution : la décision attaquée reste exécutoire (article 579 du CPC).

3.3.4. Représentation

La représentation par un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation est obligatoire (article 973 CPC).

3.3.5. Décision

La cassation peut être totale ou partielle (article 623 du CPC). Sur les points qu'elle atteint, la cassation replace les parties dans l'état où elles se trouvaient avant le jugement cassé (article 625 du CPC).

En cas de cassation suivie d'un renvoi de l'affaire à une juridiction, l'affaire est renvoyée devant une autre juridiction de même nature que celle dont émane l'arrêt ou le jugement cassé, ou devant la même juridiction composée d'autres magistrats (articles L.431-4 du COJ et 626 du CPC).

La Cour de cassation peut casser sans renvoyer l'affaire lorsque la cassation n'implique pas qu'il soit à nouveau statué sur le fond (article L.411-3 du COJ et 627 du CPC).

Les arrêts sont prononcés publiquement notamment par mise à disposition au greffe (article 1016 du CPC).