

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales
et des accidents du travail
Bureau de la couverture maladie universelle
et des prestations de santé (2 A)
Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des politiques d'insertion
et de lutte contre les exclusions
Bureau des minima sociaux
et de l'aide sociale (1 C)

Circulaire DSS/2 A/DGAS/1 C n° 2002-146 du 12 mars 2002 relative aux règles de procédure et aux voies de recours contentieux afférentes aux décisions concernant le droit à la protection complémentaire en matière de santé

SS 1 141
1344

NOR : MESS0230127C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L. 861-1, L. 861-5, R. 122-3, R. 861-1 à R. 861-16 du code de la sécurité sociale ;
Articles 128, 129 et 131 du code de la famille et de l'aide sociale (art. 4-I et 5-I-5° à 7° de l'ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000) ;
Articles L. 134-2 et L. 134-4 à L. 134-10 du code de l'action sociale et des familles ;
Article R. 821-3 du code de justice administrative (entrée en vigueur le 1er janvier 2001 ;
Journal officiel du 7 mai 2000) ;
Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 modifiée relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public ;
Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;
Décret n° 53-934 du 30 septembre 1953 modifié portant réforme du contentieux administratif (abrogé à compter du 1er janvier 2001) ;
Décret n° 65-29 du 11 janvier 1965 modifié relatif aux délais de recours contentieux en matière administrative ;
Décret n° 90-1124 du 17 décembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la commission centrale et des commissions départementales d'aide sociale ;
Circulaire DSS/2 A n° 99-681 du 8 décembre 1999 relative à l'organisation de la délégation de compétence aux caisses d'assurance maladie des décisions relatives aux demandes d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue par le troisième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale issu de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et à l'agrément des organismes ou associations à but non lucratif apportant leur concours aux personnes pour leur affiliation au régime général sur critère de résidence, ou pour leur demande d'attribution de

protection complémentaire en matière de santé ;
Circulaire DSS/2 A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle ;
Circulaire DSS/2 A/DAS/DPM n° 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire).

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Monsieur le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses nationales ou services gestionnaires des régimes spéciaux d'assurance maladie (Banque de France, CAVIMAC, CANSSM, CCIP, CNMSS, CRPCEN, ENIM, Port autonome de Bordeaux, RATP, SNCF) La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit que les décisions relatives à l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé peuvent faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale (art. L. 861-5 du code de la sécurité sociale créé par l'article 20 de la loi). Cette voie de recours contentieux n'exclut pas pour autant la possibilité pour l'intéressé de former un recours gracieux devant la caisse (A). La présente circulaire rappelle quelques règles de procédure afin d'éviter que des décisions soient annulées ou réformées (B) et précise les voies de recours que les caisses pourront être amenées à utiliser en cas d'invalidation de leurs décisions (C).

A. - RECOURS GRACIEUX FORMÉ DEVANT LA CAISSE

Un recours gracieux contre la décision de la caisse peut être effectué par tout demandeur, même en l'absence de procédure expressément aménagée, aucune formalité n'étant exigible pour ce type de recours administratif. cet égard, je vous rappelle que tout recours administratif proroge le délai du recours contentieux jusqu'à ce qu'il ait fait l'objet d'une décision et que la forclusion ne peut être opposée à une demande (ou, à compter du 1er novembre 2000, à un recours administratif) ayant fait l'objet d'une décision implicite si un accusé de réception n'a pas été délivré dans les formes prévues par la réglementation à cette demande (ou à ce recours administratif). Toutefois, l'exercice d'un second recours administratif ne proroge pas une seconde fois le délai d'exercice du recours contentieux.

Par ailleurs, la protection complémentaire en matière de santé étant une prestation d'Etat et non de sécurité sociale, les recours gracieux formés devant la caisse ne relèvent pas de la compétence de la commission de recours amiable, mais de la même autorité que celle qui a pris la décision initiale, c'est-à-dire du directeur de la caisse ou d'un agent de la caisse titulaire d'une délégation prévue à cet effet et ayant fait l'objet d'une publicité régulière.

B. - RÈGLES DE PROCÉDURE À RESPECTER

Lorsqu'un recours contentieux aura été formé devant la commission départementale d'aide sociale contre une décision prise par une caisse d'assurance maladie au nom de l'Etat relative au droit à la protection complémentaire en matière de santé, le préfet (direction départementale des affaires sanitaires et sociales), en tant qu'il est chargé d'assurer le secrétariat de la commission départementale d'aide sociale et d'assurer devant celle-ci les fonctions de rapporteur, invitera la caisse à présenter ses observations écrites. Il appartiendra dès lors à cette dernière de rédiger un mémoire en défense exposant les raisons qui l'ont juridiquement conduit à prendre la décision attaquée.

Les préfets pourront également prendre directement contact avec les caisses d'assurance

maladie pour obtenir toute information utile à la solution du litige. Les caisses seront appelées dans ce cadre notamment à produire l'ensemble des pièces du dossier.

Bien qu'il s'agisse d'une procédure essentiellement écrite, les directeurs des caisses seront également invités, s'ils le souhaitent, à présenter leurs observations orales lors de la séance de la commission départementale d'aide sociale. Ils pourront, dans la mesure où la réglementation le leur permet (dans le cadre du huitième alinéa de l'article R. 122-3 du code de la sécurité sociale s'agissant des organismes mentionnés au dernier alinéa du même article), désigner un représentant, agent de leur organisme, chargé de présenter ses observations, pourvu qu'il soit régulièrement habilité à exercer cette fonction (il doit être titulaire d'une délégation ou d'un mandat du directeur de la caisse).

Afin de prévenir un jugement défavorable à l'organisme par la commission départementale d'aide sociale, il est recommandé aux caisses d'assurance maladie de veiller particulièrement au respect des règles suivantes.

I. - COMPÉTENCE DE L'AUTEUR DE LA DÉCISION

L'autorité compétente pour prendre la décision relative au droit à la protection complémentaire en matière de santé est le directeur de la caisse dès lors qu'il est titulaire d'une délégation de pouvoir du préfet dans les conditions prévues par la circulaire n° 99-681 du 8 décembre 1999.

Cette délégation de pouvoir prise en application de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale attribue au directeur de caisse une compétence qui s'étend à la circonscription géographique de la caisse, que celle-ci soit locale ou nationale (notamment certaines caisses des régimes spéciaux). En conséquence, le directeur de la caisse a compétence pour prendre les décisions relatives au droit à la protection complémentaire en matière de santé pour l'ensemble des ressortissants de son régime et de sa circonscription géographique, que ceux-ci aient leur résidence à l'intérieur ou à l'extérieur du département du préfet qui a accordé la délégation de pouvoir.

Lorsqu'une caisse constate qu'elle est incompétente pour prendre une décision sur une demande de protection complémentaire en matière de santé du fait que le demandeur relève d'une autre caisse, elle a obligation, depuis le 1er novembre 2000, de transmettre cette demande à la caisse compétente, en application de l'article 20 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000. Dans ce cas, le délai de deux mois au-delà duquel naît une décision implicite d'acceptation court à compter de la date de réception de la demande par la caisse compétente et à la condition que le dossier soit complet.

II. - MOTIVATION DES DÉCISIONS

La loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 modifiée rend obligatoire la motivation des décisions administratives défavorables. Cette obligation qui incombe aux organismes de sécurité sociale s'applique aux décisions de refus d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Il convient en conséquence que ces décisions soient motivées par des considérations de droit et de fait, le défaut de motivation entachant d'illégalité la décision prise sauf en cas d'urgence absolue ; mais même dans ce cas, si l'intéressé en fait la demande, dans le délai du recours contentieux, la motivation doit lui être fournie dans le délai d'un mois.

Afin de prévenir des contentieux inutiles, les caisses devront s'efforcer de veiller à la plus grande clarté des éléments contenus dans la motivation de la décision, faisant apparaître sans ambiguïté que la règle de droit s'oppose à une décision favorable.

III. - MENTION DES VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS

L'article 128 du code de la famille et de l'aide sociale prévoit que le recours doit être formé devant la commission départementale d'aide sociale dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision à l'intéressé. Ce délai est compté comme un délai franc : ainsi, pour une décision notifiée le 15 juin, le recours doit avoir été enregistré au secrétariat de la commission départementale d'aide sociale au plus tard le 16 août avant sa fermeture, sauf si la date d'expiration du recours (le 16 août) tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié. Dans ce dernier cas, le recours est recevable jusqu'au premier jour ouvrable suivant. Les caisses seront donc en droit d'opposer la forclusion à un recours formé au-delà de ce délai.

Toutefois, en application du dernier alinéa de l'article 1er du décret n° 65-29 du 11 janvier 1965 modifié, la forclusion ne peut être opposée à l'intéressé que si les voies et délais de recours ont été mentionnés dans la notification de la décision de la caisse. Toute erreur dans cette mention (délai ou circonscription territoriale de la commission départementale erronés) empêche d'opposer la forclusion sur le recours. En particulier, il est nécessaire que la commission départementale d'aide sociale mentionnée comme voie de recours soit celle qui est territorialement compétente, c'est-à-dire celle qui est située dans le département dans lequel est situé le siège de la caisse.

Enfin, la forclusion ne peut être opposée au requérant que si la preuve que le recours a été formé après les délais prescrits est établie. Cette preuve pourra être apportée par la date figurant sur l'accusé de réception de la notification de la décision de la caisse d'assurance maladie. En l'absence de preuve formelle, l'irrecevabilité au regard des délais ne peut être opposée, notamment dans le cas où la décision aura été notifiée par lettre simple ou même par lettre recommandée sans demande d'avis de réception, une telle procédure ne permettant pas de connaître de manière certaine la date à laquelle la décision a été notifiée à l'intéressé.

IV. - APPRÉCIATION DES CONDITIONS DE RÉSIDENCE ET DE RESSOURCES

Afin d'éviter que les décisions prises par les caisses soient annulées ou réformées, il est également nécessaire que les décisions défavorables soient strictement conformes à la règle de droit, en particulier sur l'appréciation des conditions de résidence qui ont été détaillées par la circulaire n° 2000-239 du 3 mai 2000 et de ressources en fonction de la composition du foyer telles qu'elles résultent des articles R. 861-2 à R. 861-16 du code de la sécurité sociale.

J'appelle en particulier votre attention sur le fait qu'il ne peut pas être fait référence à une liste de titres de séjour en ce qui concerne la condition de régularité de la résidence et, en ce qui concerne la prise en compte des prestations familiales, sur la nécessité de prendre en compte la situation réelle du foyer du demandeur qui aura signalé à la caisse que le calcul par forfait le désavantage, comme le prévoit la circulaire n° DSS/2 A/99/701 du 17 décembre 1999 modifiée.

C. - Modalités d'appel devant la commission centrale d'aide sociale

Les décisions de la commission départementale d'aide sociale sont susceptibles d'appel devant la commission centrale d'aide sociale, dans un délai de deux mois à compter de leur notification (ce délai n'étant toutefois pas applicable si les voies et délais de recours ne figurent pas dans la décision de la commission départementale notifiée). En conséquence, les caisses pourront utiliser cette voie de recours lorsqu'elles estimeront que la décision de la commission départementale n'est pas conforme à la règle de droit. Au cas où les voies de recours ne seraient pas mentionnées dans une décision d'une commission départementale d'aide sociale, je vous précise que les caisses devront adresser cet appel à la commission

centrale d'aide sociale actuellement située 10-16, rue Brancion, B.P. 555, 75725 Paris
Cedex 15.

Lorsqu'elles seront amenées à interjeter appel devant la commission centrale d'aide sociale, les caisses devront présenter un mémoire contenant un exposé des faits et moyens faisant le plus clairement possible apparaître ce qu'elles considèrent comme une erreur de droit de la commission départementale d'aide sociale, en étayant cet exposé des dispositions législatives ou réglementaires qui s'opposent à la décision prise par la commission départementale.

Je vous précise enfin que les décisions de la commission centrale d'aide sociale peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat dans un délai de deux mois à compter de leur notification (ce délai étant applicable sous réserve que les voies et délais de recours figurent dans la notification). Ce pourvoi est dispensé de l'obligation d'un ministère d'avocat (art. 11 du décret n° 53-934 du 30 septembre 1953 modifié ; art. R. 821-3 du code de justice administrative à compter du 1er janvier 2001).

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur du cabinet,
C. Vigouroux