

Chapitre XI

Les litiges des particuliers

et des entreprises avec les organismes

du régime général de sécurité sociale :

des progrès à amplifier

PRÉSENTATION

Les particuliers contestent certaines décisions que leur notifient les organismes de sécurité sociale : refus d'attribution, retrait ou réduction de droits ou de prestations ; constatation d'indus ou de leur caractère frauduleux et sanctions financières ; refus de reconnaissance d'un état d'invalidité ou d'inaptitude au travail ou degré de l'invalidité ; refus de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie ou niveau du taux de l'incapacité permanente en cas de reconnaissance. Des entreprises contestent la réalité du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, les taux d'incapacité permanente ou l'existence d'une faute inexcusable de l'employeur, les redressements de l'assiette déclarée des prélèvements sociaux et les notifications de contraintes de prélèvements à régler.

Ces contestations donnent lieu à des recours précontentieux, obligatoires ou facultatifs, auprès d'instances internes aux organismes de sécurité sociale et, pour une partie d'entre elles, à des recours contentieux devant les tribunaux judiciaires ou administratifs.

La loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a intégré les contentieux de la sécurité sociale à la justice judiciaire civile. En outre, elle a créé, à côté des commissions de recours amiable des organismes de sécurité sociale, des commissions médicales de recours amiable, qui doivent elles aussi être saisies avant tout recours devant le juge. Par ailleurs, la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance a généralisé la possibilité de recourir à une médiation dans les organismes de sécurité sociale.

La Cour⁵⁴⁵ a souhaité apprécier les effets de ces réformes et, plus généralement, la prise en charge par les organismes de sécurité sociale et par les tribunaux de litiges, qui sont souvent synonymes, pour les requérants, d'incompréhensions et de délais et, pour les organismes, de charge de travail et de risques de pertes financières.

La loi de modernisation de la justice et des textes ultérieurs ont réorganisé le traitement des contentieux de la sécurité sociale, qui fait apparaître des avancées, mais aussi d'autres à réaliser encore (I). Malgré des progrès, le traitement des contestations par les organismes de sécurité sociale comporte des marges d'amélioration, qu'il s'agisse des dispositifs de règlement amiable et de médiation ou de la maîtrise des risques de dénouement judiciaire défavorable (II).

⁵⁴⁵ Pour la réalisation de cette enquête, la Cour a bénéficié du concours de deux auditrices de la mission nationale de contrôle et d'audit de la direction de la sécurité sociale.

**Les enjeux financiers liés aux litiges à l'encontre des décisions
des organismes du régime général de sécurité sociale :
principales données disponibles à fin 2021**

Les organismes nationaux du régime général ont communiqué à la Cour des données partielles sur les contestations portées devant les commissions de recours amiable (CRA) et les tribunaux en première instance, en appel et en cassation.

- Urssaf : 3,9 Md€ de montants contestés devant les tribunaux (encours) et 0,8 Md€ de montants contestés devant les CRA (flux de saisines 2021), pour l'essentiel au titre de redressements de l'assiette des prélèvements sociaux ; 1,2 Md€ de provisions comptabilisées sur des montants réglés et contestés.
- Branche des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) : 0,9 Md€ de provisions pour risque de remboursement de cotisations du fait du dénouement de litiges.
- Branche vieillesse : 9 M€ de provisions pour litiges perdus sur des prestations.

Pour les branches famille, maladie et AT-MP, les risques de perte de litiges sont implicitement pris en compte, sans être distingués, dans le calcul des provisions pour prestations à verser. Pour la branche maladie, le montant des seuls recours non médicaux (flux de saisines) s'élèverait à 20 M€.

I - La réforme des contentieux : des avancées à compléter

En 2021, 69 067 recours ont été déposés devant les pôles sociaux des tribunaux judiciaires (TJ), compétents pour connaître la plupart des litiges à l'encontre des décisions des organismes de sécurité sociale (soit 6 % du total des recours). Par ailleurs, les chambres sociales des cours d'appel ont été saisies de 17 628 affaires (soit 8,3 % du total des appels) et la Cour de cassation de 1 327 pourvois (11 % du total, hors désistements et déchéances) dans le domaine de la protection sociale.

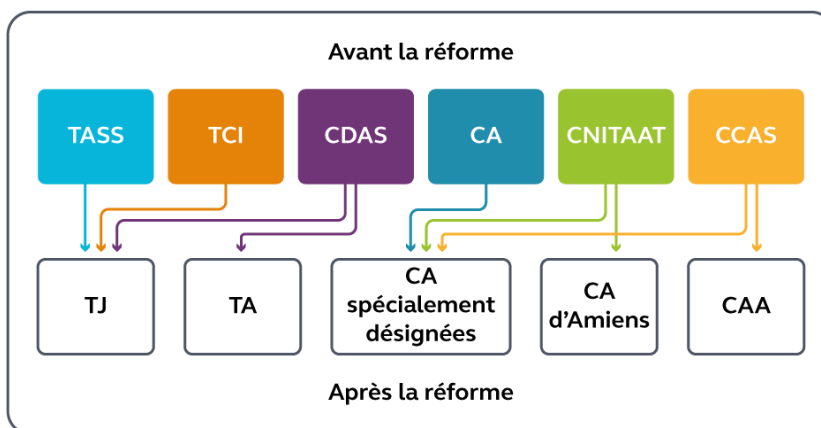
A - Une institution judiciaire simplifiée et dissociée de la sécurité sociale

La loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, entrée en vigueur en 2019, a réformé l'organisation du traitement des contentieux de la sécurité sociale afin de rendre l'institution judiciaire plus compréhensible et accessible aux justiciables, de professionnaliser le traitement de leurs recours et d'améliorer l'efficacité de la justice.

1 - Un seul tribunal en première instance et en appel pour faciliter l'accès à la justice

À la suite de la réforme, les requérants n'ont plus à saisir différents tribunaux judiciaires, en fonction de leurs motifs de contestation, ce qui les exposait au risque de se tromper et de perdre les voies de recours.

Schéma n° 9 : les tribunaux compétents pour traiter les contentieux avant et depuis la réforme



Source : ministère de la justice
Les sigles (TASS, TCI, CA, etc...) sont développés dans le texte

En première instance, les requérants devaient, avant la réforme, saisir des tribunaux judiciaires distincts selon l'objet de leur requête :

- le tribunal pour les affaires de sécurité sociale (Tass) pour le contentieux (dit général) portant sur l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et le recouvrement des prélèvements sociaux (113 Tass étaient en activité) ;
- le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) pour le contentieux (dit technique) visant les décisions des organismes de sécurité sociale concernant l'état et le degré d'invalidité, l'état d'inaptitude au travail, le taux d'incapacité permanente au travail à la suite d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP), ainsi que les décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui conditionnent notamment l'attribution de l'allocation pour adulte handicapé ou AAH (26 tribunaux).

Les Tass et les TCI ont été supprimés. Un seul et même tribunal, le tribunal de grande instance (TGI) en 2019, puis le tribunal judiciaire depuis 2020, traite désormais l'ensemble des contentieux de la sécurité sociale au sein d'un pôle social.

Les commissions départementales d'aide sociale (CDAS), juridictions administratives de première instance, ont également été supprimées. Depuis 2019, les pôles sociaux des TJ traitent ainsi les contestations relatives à la complémentaire santé solidaire (C2S). Les tribunaux administratifs (TA) sont par ailleurs devenus compétents pour les contestations relatives à l'aide médicale de l'État (AME) ; ils l'étaient déjà pour celles relatives au RSA, à la prime d'activité et à l'aide personnelle au logement (APL).

Seuls les contentieux relatifs à la fixation des taux de cotisation AT-MP, formés par les entreprises, continuent à relever en première instance d'une juridiction spécifique : la Cour d'appel d'Amiens, qui succède à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat), également située à Amiens. Cette juridiction statue en premier et dernier ressort ; ses décisions peuvent uniquement faire l'objet d'un pourvoi devant la Cour de cassation.

En appel⁵⁴⁶, 28 des 36 cours d'appels traitent désormais de l'ensemble des litiges, tandis qu'ont été supprimées les deux cours d'appel des décisions des TCI (Cnitaat)⁵⁴⁷ et des CDAS (la commission centrale d'aide sociale ou CCAS).

La simplification de l'organisation judiciaire bénéficie notamment aux particuliers victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Avant la réforme, le Tass jugeait l'étendue des séquelles, leur imputabilité à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et la date de consolidation de l'état de santé du salarié⁵⁴⁸, tandis que le TCI était compétent pour le taux d'incapacité. Il était fréquent que le TCI doive surseoir dans l'attente du jugement du Tass ou que la Cnitaat soit saisie d'un appel contre le jugement du TCI sur le taux d'incapacité, tandis qu'une cour d'appel l'était contre celui du Tass sur l'imputation de l'accident ou de la maladie à l'employeur.

2 - Une présidence assurée dans tous les cas par un magistrat professionnel, gage d'impartialité et de qualité des décisions

Les pôles sociaux des TJ sont présidés dans tous les cas par un magistrat professionnel, en activité ou honoraire.

C'était déjà le cas pour les Tass. En revanche, la présidence des TCI pouvait être assurée par un magistrat en activité ou honoraire de l'ordre judiciaire ou administratif ou par une personne qualifiée présentant des garanties d'indépendance et d'impartialité. Environ 60 % des TCI étaient présidés par des magistrats non professionnels (avocats, avoués, huissiers de justice, notaires, juristes), souvent non formés au préalable, les autres par des magistrats honoraires⁵⁴⁹.

⁵⁴⁶ Seuls les jugements portant sur des affaires dépassant un certain seuil (5 000 euros depuis 2019, contre 4 000 euros auparavant) ou de montant inconnu peuvent faire l'objet d'un appel. Les autres peuvent seulement donner lieu à un pourvoi en cassation.

⁵⁴⁷ Après deux reports, la suppression de la Cnitaat est intervenue fin 2022, une fois achevé le traitement des affaires introduites avant janvier 2019.

⁵⁴⁸ La date de consolidation correspond au moment à partir duquel l'état d'un patient est considéré comme stabilisé.

⁵⁴⁹ Un magistrat honoraire est un magistrat de l'ordre judiciaire à la retraite, âgé de 72 ans au plus. Il est rémunéré pour chaque audience par la voie d'une indemnité.

Des juridictions qui ont conservé un caractère échevinal

Comme les ex-Tass, TCI et Cnitaat, les formations de jugement des pôles sociaux des TJ et de la Cour d'appel d'Amiens comprennent deux assesseurs représentant l'un les salariés, l'autre les employeurs ou les travailleurs indépendants. Cette composition reproduit celle des CRA et donc la gouvernance des organismes de sécurité sociale. Les avantages et inconvénients respectifs de juridictions échevinales, d'une formation collégiale composée uniquement de magistrats professionnels ou d'un juge unique n'ont pas été évalués lors de la réforme de 2016.

Selon les textes en vigueur, les assesseurs sont choisis pour une durée de trois ans par le premier président de la cour d'appel, après avis du président du tribunal, « *sur une liste dressée dans le ressort de chaque tribunal* » par le préfet de département sur proposition des « *organisations professionnelles intéressées les plus représentatives* ». À défaut d'une définition précise de cette notion de représentativité, les assesseurs sont désignés selon des modalités variables, qui peuvent créer des risques de contestation des jugements. Le ministère de la justice envisage la création d'une procédure de désignation au niveau national, s'inspirant de celle applicable aux membres des conseils de prud'hommes.

3 - L'intégration des tribunaux au ministère de la justice, garantie de leur indépendance par rapport à la sécurité sociale

Avant la réforme, le ministère de la justice ne pilotait ni les moyens, ni l'activité des tribunaux qui jugeaient des contentieux de la sécurité sociale. Leurs emplois et financements provenaient de multiples canaux, principalement alimentés par les organismes de sécurité sociale et, dans une moindre mesure, le ministère des affaires sociales. Des désordres affectaient le fonctionnement de certaines juridictions.

Des juridictions hybrides aux ressources morcelées avant 2019

Le ministère de la justice finançait uniquement la rémunération des magistrats en activité dans les Tass et à la Cnitaat.

Celui des affaires sociales prenait en charge le financement des indemnités versées aux magistrats honoraires des Tass et aux présidents des TCI et la rémunération des secrétaires en titre des Tass et TCI et de la Cnitaat.

Les CPAM, et accessoirement les caisses de la MSA, mettaient à la disposition des Tass et des TCI les deux-tiers environ des effectifs administratifs de ces derniers, sans être remboursées par le ministère de la justice. La sécurité sociale finançait environ 70 % des dépenses relatives aux tribunaux traitant les contentieux de la sécurité sociale : les rémunérations des salariés des organismes et des fonctionnaires du ministère des affaires sociales mis à la disposition de ces juridictions (sauf les secrétaires en titre), les indemnités versées aux assesseurs des Tass et TCI et de la Cnitaat et l'ensemble des autres dépenses de fonctionnement de ces tribunaux.

Depuis la réforme, le budget du ministère de la justice finance la totalité des emplois et des dépenses nécessaires à l'activité des juridictions.

La normalisation du financement et des emplois

Dans les lois de finances 2019, 2020 et 2021, le ministère de la justice a bénéficié de la création de 545 emplois équivalent temps plein (ETP) et de l'ouverture de 38,8 M€ de crédits supplémentaires (29,6 M€ pour les dépenses de personnel et 9,2 M€ pour les autres dépenses de fonctionnement), compensée par des baisses de dépenses de la sécurité sociale. Ces décisions permettent au ministère de la justice de rembourser aux organismes de sécurité sociale et au ministère des affaires sociales l'intégralité des rémunérations des agents qu'ils continuent à mettre à sa disposition à compter du 1^{er} janvier 2019 et de compenser les départs de ces agents par l'affectation de fonctionnaires.

Le nombre d'agents mis à disposition par les caisses de sécurité sociale s'est réduit de 375 début 2019 à 127 en octobre 2022. En l'absence de données précises, cette évolution résulterait principalement de réintégrations dans les caisses à la demande des agents et de départs en retraite.

En revanche, les possibilités de recrutements réservés exceptionnels⁵⁵⁰, valorisant les acquis de l'expérience professionnelle, en faveur des agents des caisses de sécurité sociale (et des contractuels de l'État) sont peu attractifs, compte tenu des écarts salariaux avec les caisses de sécurité sociale.

Jusqu'à fin juin 2020, les fonctionnaires du ministère des affaires sociales pouvaient opter pour un détachement dans un corps administratif du ministère de la justice, une affectation directe dans l'un des corps de ce dernier ou une réaffectation dans leur corps d'origine. Seuls 40 des 82 fonctionnaires des affaires sociales en fonction fin 2018 ont rejoint le ministère de la justice.

⁵⁵⁰ Par concours exceptionnels pour l'accès aux corps de catégorie A, examens professionnels pour les corps de catégorie B et sans formalité pour ceux de catégorie C. Ces recrutements ont été tardivement organisés : l'épreuve écrite du concours réservé exceptionnel de directeurs des services de greffe a eu lieu le 11 mai 2021 et l'épreuve orale de l'examen professionnel réservé de greffier entre le 6 et le 17 septembre 2021.

B - Une réforme à poursuivre

1 - Une dualité de compétence des juges judiciaire et administratif maintenue, au détriment de l'accès à la justice

À la suite de la réforme de 2016, des juges distincts restent compétents pour des droits et prestations de même nature, visant un même objectif ou ayant de mêmes bénéficiaires.

Par conséquent, les allocataires des CAF doivent saisir à la fois le juge judiciaire et le juge administratif s'ils contestent la réalité de situations (notamment la composition et les ressources du foyer) qui affectent à la fois les prestations familiales de sécurité sociale, dont les litiges relèvent des tribunaux judiciaires, et celles versées pour le compte de l'État ou des départements, qui, sauf exception (AAH), relèvent des tribunaux administratifs (RSA, prime d'activité et aides au logement). Ainsi, par exemple, un allocataire doit contester à la fois devant le TJ et le TA la réalité de l'absence d'isolement à l'origine d'une notification d'indus d'allocation de soutien familial (ASF) et de RSA.

Les tribunaux administratifs traitent les contestations relatives au rejet par les caisses d'assurance maladie des demandes d'attribution de l'aide médicale de l'État (AME), financée par l'État. Pourtant, ces demandes sont instruites dans les mêmes conditions que les demandes d'attribution de l'assurance maladie obligatoire de base et de la complémentaire santé solidaire, sans intervention d'une autorité administrative de l'État.

En matière de handicap, les contestations visant les décisions des CAF, des conseils départementaux et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont réparties entre les ordres judiciaire et administratif de manière peu lisible pour les requérants.

Plusieurs tribunaux pour le handicap

Les tribunaux judiciaires traitent la plupart des contentieux : refus et niveau d'attribution des prestations monétaires (AAH, allocation différentielle aux adultes handicapés, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ou AEEH, prestation de compensation du handicap, ou PCH, et allocation compensatrice tierce personne, ou ACTP) ; refus de délivrance par les conseils départementaux de la carte mobilité inclusion (CMI) pour les mentions « invalidité » et « priorité » ; orientation et mesures visant à assurer l'insertion scolaire, professionnelle et sociale des enfants et adultes handicapés.

Les tribunaux administratifs sont compétents pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH)⁵⁵¹, les décisions relatives à la rééducation professionnelle et au travail adapté ou protégé, par dérogation à la compétence des tribunaux judiciaires sur l'insertion des adultes handicapés, et la CMI « stationnement ». Les particuliers qui contestent les refus d'attribution de la CMI sont ainsi souvent contraints de devoir saisir deux juges distincts.

L'attribution au juge judiciaire de l'ensemble des contentieux dits de l'aide sociale traités par le juge administratif simplifierait l'accès à la justice pour les requérants, mettrait fin au double parcours juridictionnel imposé à une partie de ces derniers, aux surcoûts qu'il induit et au risque de décisions contradictoires portant sur des faits identiques pour de mêmes requérants. Elle répondrait aux exigences posées par la jurisprudence du Conseil constitutionnel⁵⁵² : il s'agirait d'un aménagement précis et limité des règles de compétence, en faveur de l'ordre de juridiction principalement concerné, concourant à assurer une bonne administration de la justice et ne privant pas les justiciables d'une garantie essentielle de leur défense.

En 2021, près de 12 400 affaires relevant du contentieux de l'aide sociale dans son ensemble ont été traitées par les tribunaux administratifs, principalement au titre de prestations versées par les CAF. Le transfert de ces contentieux des tribunaux administratifs aux tribunaux judiciaires nécessitera, après une étude d'impact détaillée, de redéployer les emplois budgétaires de magistrats et d'agents administratifs correspondants⁵⁵³ et de recruter et former les nouveaux magistrats et agents des tribunaux judiciaires selon un calendrier permettant de pourvoir rapidement les emplois correspondants.

2 - Une procédure orale fréquemment sans représentation, qui peut porter préjudice aux requérants

S'agissant des contentieux de la sécurité sociale, la procédure devant les TJ et les cours d'appel est orale. L'oralité allège la procédure et simplifie l'échange avec les juges, mais peut aussi desservir les requérants, faute d'argumentaires suffisamment établis.

⁵⁵¹ C'est également le cas pour l'ASH des personnes âgées, sauf si la décision prévoit une contribution des obligés alimentaires, auquel cas le tribunal judiciaire est compétent.

⁵⁵² Décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1987.

⁵⁵³ En se référant à la part des contentieux de l'aide sociale dans les décisions des juridictions administratives, 5 % des emplois de ces dernières, soit 60 magistrats et 80 agents administratifs, pourraient leur être affectés. Le Conseil d'État estime ces chiffres surévalués. Le ministère de la justice considère au contraire qu'ils sont sous-estimés.

Les requérants peuvent se défendre seuls ou avec l'aide d'un proche, d'organisations syndicales, d'associations ou d'un avocat. Selon des données antérieures à la réforme, dans six affaires sur 10, ils ne feraient pas appel à une assistance externe. Si les entreprises recourent souvent à des conseils juridiques, cela est plus rare pour les particuliers, malgré la fragilité de leur état de santé ou leur situation sociale.

L'instauration, au stade de l'appel, d'une procédure écrite avec représentation obligatoire des requérants par un avocat ou une association de leur choix, comme c'est le cas pour les contentieux prud'homaux depuis 2016⁵⁵⁴, les ferait bénéficier d'argumentaires plus solides ; les organismes de sécurité sociale conserveraient quant à eux la faculté d'être ou non représentés. La meilleure préparation des dossiers présentés à l'audience qui en résulterait pourrait permettre de mieux planifier les audiences, de réduire le nombre de renvois et d'accélérer ainsi les décisions.

Afin de ne pas freiner l'accès au juge, les requérants peuvent bénéficier, sous certaines conditions de revenus et de patrimoine, d'une aide juridictionnelle pour la prise en charge des frais occasionnés par une procédure judiciaire. La mesure proposée supposerait une augmentation limitée des dépenses d'aide juridictionnelle, estimée par le ministère de la justice à 6 M€ par an⁵⁵⁵.

C - Une amélioration de la qualité du service rendu aux requérants à concrétiser

1 - Des délais de jugement plus longs que ceux des autres contentieux et en augmentation continue depuis 2019

Pour les requérants, les délais de jugement sont un enjeu primordial. C'est notamment le cas pour les contestations relatives aux prestations ayant un caractère alimentaire ou à la prise en charge de frais de santé.

Grâce à des opérations visant à résorber le stock d'affaires, engagées avant même l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2019 avec le renfort de contractuels à durée déterminée, le nombre d'affaires restant à traiter en fin d'année par les pôles sociaux des TJ a baissé (150 000 fin 2021, contre 194 000 fin 2019). L'âge moyen des affaires non traitées a cependant augmenté (22,8 mois fin 2021 contre 16,4 mois fin 2019), ce qui contribue à dégrader les délais moyens de traitement des affaires.

⁵⁵⁴ Le requérant est représenté par un avocat ou par un défenseur syndical.

⁵⁵⁵ La loi de finances pour 2023 a ouvert 643 M€ de crédits pour l'aide juridictionnelle.

La durée de traitement d'un dossier de contentieux de la sécurité sociale à partir de la saisine du tribunal, évaluée à 17,6 mois en moyenne lors du transfert des dossiers des Tass et TCI au 1^{er} janvier 2019, a augmenté depuis lors, passant à 18,6 mois en 2019 à 21,8 mois en 2020 et à 24,1 mois en 2021, soit un peu plus de deux années.

Cette durée moyenne concerne l'ensemble des affaires terminées, y compris les désistements des requérants. Le ministère ne suit pas les délais propres aux jugements sur le fond, qui sont plus longs, ni la distribution des affaires terminées en fonction de leur durée ou de leur nature médicale ou non médicale, alors que les délais de jugement des contentieux de nature médicale sont plus longs en raison des expertises demandées par les juges.

À titre de comparaison, en 2021, les délais moyens de traitement des affaires terminées par les tribunaux judiciaires, hors contentieux relevant du droit de la famille et procédures courtes⁵⁵⁶, s'élevaient à 13,7 mois en moyenne et ceux des conseils de prud'hommes à 18,3 mois.

La situation est très dégradée dans certains TJ (plus de deux années et demie pour les TJ de Dijon, Nantes et Versailles, plus de trois années pour celui de Marseille), notamment en région Rhône-Alpes (plus de deux années et demie pour les TJ de Saint-Etienne et d'Annecy, plus de trois années pour ceux de Chambéry et de Bourg-en-Bresse, plus de trois années et demie pour celui de Lyon).

En appel, les délais moyens de traitement sont passés de 17,9 mois en 2019 à 21,4 mois en 2020 et à 23 mois en 2021 (contre 19 mois en 2017 et 20,5 mois en 2018 pour l'ensemble formé par les cours d'appel et la Cnitaat). Ils sont plus élevés que pour l'ensemble⁵⁵⁷ des affaires civiles traitées par les cours d'appel (en 2021, 18,1 mois pour les jugements au fond et 15,7 mois pour l'ensemble des arrêts). Dans plusieurs juridictions, ils approchent (Paris, Caen, Pau) ou dépassent (Montpellier) trois années.

L'évolution des délais de traitement des contentieux de la sécurité sociale est en partie explicable par la crise sanitaire, par les délais de remplacement d'agents de la sécurité sociale et des affaires sociales par des fonctionnaires du ministère de la justice, après formation préalable de ces derniers et par la difficulté à bénéficier du concours de médecins experts. Elle n'en est pas moins préjudiciable aux requérants, dont certains décèdent avant d'avoir obtenu une décision de justice. Une réduction des délais de jugement est indispensable pour améliorer le service qui leur est rendu.

⁵⁵⁶ Référé et ordonnances sur requête.

⁵⁵⁷ Hors incapacité des mineurs et protection des majeurs.

2 - Des décisions plus souvent infirmées en appel que pour l'ensemble des jugements au civil

En moyenne, de 2019 à 2021, 54 % environ des jugements rendus sur le fond par les tribunaux judiciaires étaient favorables aux requérants - usagers ou organismes de sécurité sociale.

En 2021, le taux d'infirmation par les chambres sociales des cours d'appels des jugements rendus en première instance s'est élevé à 37,9 %, après 36,3 % en 2020 et 36,5 % en 2019. Cette fréquence est plus élevée que la moyenne des jugements civils en appel (soit environ 25 %) et concerne notamment les décisions rendues par les tribunaux du ressort de certaines cours d'appel (Toulouse, Paris et Versailles).

Le taux d'infirmation précité de 2021 concerne dans une mesure indéterminée des affaires des ex-Tass et TCI et des TJ. Sauf exception (voir encadré), les données font défaut pour apprécier comment la qualité des jugements en première instance a évolué à la suite de la réforme.

Un exemple ponctuel d'amélioration de la qualité des décisions rendues en première instance

Pour la Cour d'appel de Bordeaux, dont la Cour a analysé les jugements rendus sur le fond entre janvier et octobre 2021, le taux de confirmation totale des décisions des TJ (85 %) dépasse de 25 points celui des décisions rendues par les ex-Tass et de 10 points celui des autres juridictions, dont les TCI. En outre, le taux d'infirmation totale des jugements est nul pour les TJ, contre 11 % pour les ex -Tass et 3 % pour les autres juridictions.

3 - Une évolution des moyens et des saisines des pôles sociaux des TJ qui doit permettre une réduction des délais de jugement

Les lois de finances récentes ont fait bénéficier le ministère de la justice de créations d'emplois de magistrats et d'agents administratifs⁵⁵⁸.

Selon les données de ce ministère⁵⁵⁹, les TJ comptaient 104 ETP de magistrats en activité affectés au contentieux de la sécurité sociale en 2021. Ce niveau est quasi-identique à celui prévu par l'étude d'impact de la réforme de 2016 et plus élevé que celui d'avant la réforme⁵⁶⁰.

⁵⁵⁸ Entre la LFI 2016 et la LFI 2023, le plafond d'emplois du programme budgétaire n° 166 « Justice judiciaire » a été porté de 31 473 à 35 437 ETP (+11,6 %), dont de 9 277 ETP à 9 982 ETP pour les seuls magistrats (+7,6 %).

⁵⁵⁹ Issues des dialogues de gestion avec les chefs de juridiction qui affectent les effectifs.

⁵⁶⁰ Selon l'étude d'impact, les Tass comptaient 60 ETP de magistrats en activité et 20 ETP de magistrats honoraires. Les TCI comptaient uniquement des magistrats honoraires et des personnes qualifiées, dont les nombres sont inconnus.

Les pôles sociaux des TJ bénéficient de surcroît de l'activité de magistrats honoraires. L'évolution de leur nombre par rapport à la période antérieure à la réforme n'est pas connue⁵⁶¹. Afin de stabiliser cette ressource, qui a probablement un rôle plus important que pour les autres contentieux⁵⁶² et s'ajoute aux emplois autorisés par la loi de finances, l'indemnité par audience qui leur est versée a été fortement revalorisée en 2020 par rapport à celle des présidents des ex-Tass et TCI (811,85 € au lieu de 98,29 €).

Enfin, les pôles sociaux des TJ bénéficient d'une priorité dans l'affectation des juristes assistants (JA), nouvel emploi créé par la loi de 2016. Début octobre 2022, environ 200 JA leur étaient affectés, soit un JA sur cinq. Sans participer à la procédure ou aux audiences, ni assister aux délibérés, ces agents contractuels de catégorie A effectuent l'analyse juridique des dossiers et soumettent des propositions de décision aux magistrats auxquels ils sont rattachés, dont ils allègent ainsi les tâches. Leur recrutement à durée déterminée (trois années renouvelables une fois) limite cependant la capitalisation de leur expérience par les tribunaux.

Alors que les pôles sociaux des TJ bénéficient d'effectifs renforcés par rapport à la période antérieure à la réforme, le nombre d'affaires nouvelles (un peu plus de 118 000 en 2019 et de 69 000 pour chacune des années 2020 et 2021) est inférieur à celui de 2012 (143 000), pris en compte pour déterminer le nombre d'emplois nécessaires lors de la réforme.

La conjonction de ces éléments devrait entraîner une réduction du niveau et de l'ancienneté des stocks ainsi que des délais de jugement.

Il convient cependant qu'augmente le nombre moyen d'affaires terminées par magistrat, qui était inférieur en 2021 de 23 % à l'hypothèse de 1 400 dossiers prise en compte lors de la réforme. Il convient aussi que s'élève le nombre total d'affaires terminées, alors que ce dernier restait inférieur en 2021 à celui de 2019 (108 519 contre 117 160). Au sein des affaires terminées, l'augmentation du nombre de décisions de fond (60 153 en 2021 contre 53 316 en 2019) fournit un premier signe de redressement, à confirmer au cours des années suivantes.

Pour réduire les délais de jugement, le ministère doit par ailleurs mener à bien sa transformation numérique, notamment le projet *Portalis* dont le développement rencontre des difficultés importantes, concrétisées par des retards conséquents et des surcoûts élevés, comme la Cour l'a montré en 2022⁵⁶³.

⁵⁶¹ Selon le ministère de la justice, 289 magistrats honoraires étaient en fonction fin 2021. Le nombre de ceux des pôles sociaux des TJ n'est pas suivi.

⁵⁶² En 2021, les magistrats honoraires représentaient trois des sept magistrats du pôle social du TJ de Paris ; un magistrat sur les deux de celui d'Amiens ; 1,25 ETP sur les 4 ETP de celui de Bordeaux.

⁵⁶³ Voir Cour des comptes, Améliorer le fonctionnement de la justice, point d'étape du plan de transformation numérique du ministère de la justice, janvier 2022.

II - Le traitement des contestations par les organismes de sécurité sociale : des enjeux d'efficacité à mieux prendre en compte

Le traitement des litiges par les organismes de sécurité sociale présente un triple enjeu : délais et qualité des réponses apportées aux recours des requérants ; emploi efficient des moyens consacrés au traitement des recours (plus de 2 200 ETP, avec des imprécisions, sur un peu plus de 151 000 ETP au total en 2021) ; préservation des intérêts financiers de la protection sociale.

A - Renforcer le rôle de prévention des contentieux assuré par les commissions de recours amiable

Avant de saisir le juge judiciaire, les entreprises, au titre des prélèvements sociaux qu'elles versent, et les demandeurs ou les bénéficiaires de prestations doivent dans tous les cas⁵⁶⁴ porter leurs contestations devant des commissions de recours amiable, administratives (CRA)⁵⁶⁵ ou médicales (CMRA). Les directeurs des organismes du régime général de sécurité sociale doivent respecter les décisions des CRA et des CMRA.

Les CRA sont constituées au sein des organes délibérants⁵⁶⁶ des organismes de base de sécurité sociale et représentent paritairment les organisations professionnelles des employeurs et les organisations syndicales de salariés siégeant dans ces organes. Les CMRA, aujourd'hui composées d'un médecin conseil de l'assurance maladie et d'un médecin expert ayant voix prépondérante en cas de désaccord, ont été créées au 1^{er} janvier 2019 par la loi de modernisation de la justice de 2016 afin de prévenir une partie des contentieux ayant un objet médical. Des textes ultérieurs ont étendu leurs missions à la quasi-totalité des contentieux ayant un tel objet⁵⁶⁷.

⁵⁶⁴ À une exception près : la fixation des taux de cotisation AT-MP.

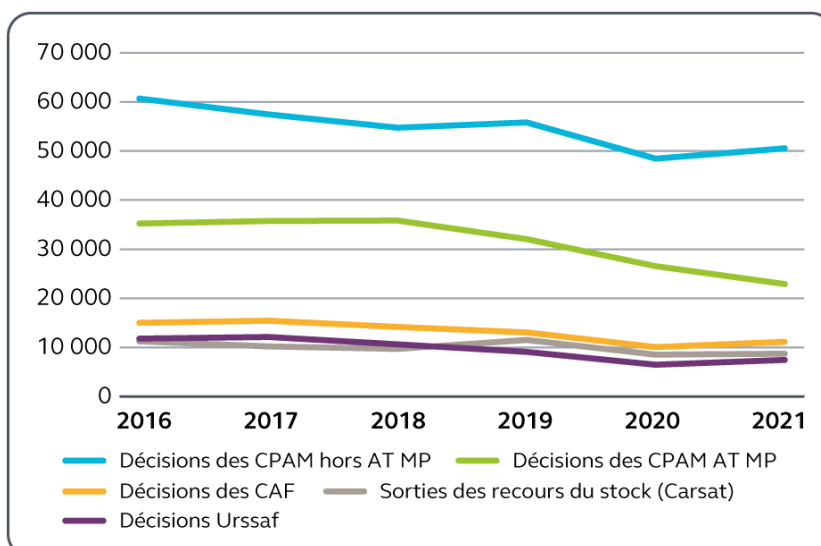
⁵⁶⁵ Les CRA sont aussi obligatoirement saisies des demandes de remises de dettes. Celles des CAF ont l'activité la plus importante : en 2021, elles ont été saisies de 332 642 demandes, dont 69,8 % ont fait l'objet d'un accord total ou partiel pour un montant de 137 M€. La Cnav ne dispose d'aucune donnée sur les remises de dettes.

⁵⁶⁶ Conseil d'administration pour les CAF, Carsat et Urssaf, conseil pour les CPAM.

⁵⁶⁷ Notamment la reconnaissance d'un état d'invalidité ou d'inaptitude au travail et le degré de l'invalidité, la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie et le niveau du taux de l'incapacité permanente en cas de reconnaissance.

Sous les réserves liées au manque de fiabilité⁵⁶⁸ ou de comparabilité⁵⁶⁹ d'une partie des données, les nombres de décisions de CRA connaissent une nette diminution, accélérée depuis 2020 (voir graphique ci-après). En 2021, les CRA des organismes du régime général ont ainsi rendu près de 101 000 décisions au total, soit une baisse de 25 % par rapport à 2016. Par ailleurs, plus de 28 700 recours (dont plus de 16 300 par des employeurs et de 12 300 par des assurés) ont été adressés en 2021 aux CMRA, soit une hausse de 40 % par rapport à l'année 2019 de leur création.

Graphique n° 32 : décisions des CRA au titre des contestations de droit (2016-2021)



Source : Cour des comptes d'après les données transmises par la mission nationale de contrôle et par les organismes nationaux du régime général de sécurité sociale

⁵⁶⁸ Les données des CPAM sont recensées par celles-ci selon des modalités hétérogènes.

⁵⁶⁹ La suppression du régime social des indépendants (RSI) et l'attribution de ses missions au régime général à compter de 2020 par la LFSS pour 2018 freinent la diminution du nombre de décisions des CRA des organismes du régime général.

1 - Des décisions généralement défavorables aux requérants et prévenant assez peu les recours contentieux

Dans une enquête effectuée en 2010⁵⁷⁰, la Cour avait observé que les CRA statuaient souvent en équité, plutôt qu'elles n'appliquaient strictement les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Depuis lors, les administrateurs membres des CRA ont été plus fortement sensibilisés à l'enjeu d'une meilleure application des règles de droit. Depuis 2010, le contrôle de la légalité des décisions des organes délibérants des organismes de sécurité sociale, dont les CRA, est confié à un service de la direction de la sécurité sociale du ministère chargé des affaires sociales (la mission nationale de contrôle et d'audit), plus investi dans cette mission que les services, depuis lors supprimés, auxquels elle était précédemment confiée⁵⁷¹.

En dehors des Carsat (37 % en 2020), le taux d'accord des CRA aux demandes des requérants a chuté et est aujourd'hui très minoritaire : en 2020, les CRA des CPAM ont donné leur accord à moins de 5 % des demandes des requérants (contre 28 % en 2008), celles des CAF à 11 % (contre 24 %) et celles des Urssaf à 17 % (contre 34 %). Entre 2019 et 2021, un quart des décisions des CMRA ont été favorables aux requérants.

Les CRA privilégient les considérations de droit : entre 2016 et 2020, la MNC a annulé moins de 5 % des décisions favorables aux requérants.

Selon l'estimation de la Cour, au moins 60 % des décisions des CRA comme des CMRA défavorables aux requérants sont suivies par un recours contentieux. Par rapport à la situation antérieure à leur création, les CMRA ont néanmoins filtré 40 % des contestations ayant un objet médical, dont une grande partie, si les CMRA n'existaient pas, auraient été portées directement devant le juge judiciaire.

⁵⁷⁰ Voir rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2010, chapitre IX, Le fonctionnement des commissions de recours amiable dans les organismes de sécurité sociale.

⁵⁷¹ Il s'agissait des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), dont la plupart des missions ont été réattribuées aux agences régionales de santé (ARS).

2 - Une motivation des décisions à mieux assurer

Les CRA ont l'obligation de motiver leurs décisions. Les tribunaux rencontrés par la Cour lors de son enquête font cependant état de motivations souvent marquées par des mentions peu explicites ou incomplètes. Cette situation est de nature à inciter les particuliers et les entreprises à saisir les tribunaux.

De même, une partie des tribunaux rencontrés par la Cour estiment souvent lacunaire la motivation des avis des CMRA. La Cnam attribue cette situation à l'impossibilité de mentionner dans ces avis des éléments médicaux compte tenu du secret médical. Elle a donné consigne à ces instances d'adresser dans tous les cas les rapports médicaux aux assurés et aux médecins mandatés par les employeurs.

L'ensemble⁵⁷² des organismes nationaux de sécurité sociale devraient définir de bonnes pratiques pour les services qui préparent les décisions des CRA et vérifier leur application. Il en va de même pour la Cnam s'agissant des décisions des CMRA.

3 - Des délais de décision à mieux maîtriser

Depuis celles notifiées à compter du 1^{er} janvier 2019, les CRA doivent rendre leurs décisions dans les deux mois qui suivent la réception des réclamations, contre un mois auparavant. Passé ce délai, l'intéressé peut considérer que sa demande est implicitement rejetée et porter le litige devant le tribunal compétent.

Sauf exception (CAF), le délai légal de deux mois n'est pas respecté. Dès avant la crise sanitaire, les délais moyens de traitement étaient le double de ce délai pour les CPAM au titre des AT-MP et pour les Carsat, et près du quadruple pour les Urssaf. Dès lors, les particuliers et les entreprises font souvent des recours conservatoires devant les tribunaux.

⁵⁷² L'Acoss prescrit aux Urssaf de rappeler les faits à l'origine de la demande du cotisant, la demande, les fondements juridiques de la décision de CRA et *in fine* la décision de celle-ci. Lorsque la réclamation fait suite à un redressement d'assiette, la décision de la CRA doit être motivée de manière détaillée par motif de redressement.

Tableau n° 27 : délais moyens de traitement des contestations de droit par les CRA (2016-2021, en nombre de jours)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>CPAM hors AT-MP</i>	Le nombre de saisines et leur délai de traitement ne sont pas suivis par la Cnam					
<i>CPAM AT-MP</i>	130	127	126	116	135	119
<i>CAF</i>	115	128	118	120	103	66
<i>Carsat</i>	-	108	104	129	148	141
<i>Urssaf</i>	184	246	249	223	308	231

Source : Cour des comptes d'après les données des organismes nationaux du régime général

En 2021, les CRA des Urssaf n'ont respecté le délai légal que pour un recours sur cinq ; plus d'un recours sur trois a été traité en plus de six mois.

Sans qu'un texte l'ait prévu, lorsque l'assuré saisit la CRA de la Carsat, celle-ci lui adresse une lettre explicitant la décision contestée, à moins qu'elle ne corrige une erreur qu'elle a commise dans le traitement de son dossier (ce qui a été le cas pour environ 15 % des saisines de 2016 à 2020) ; si l'assuré demeure insatisfait, il doit demander par écrit que sa réclamation soit transmise à la CRA. Le délai de ce pré-examen (75 jours en moyenne en 2020) s'ajoute à ceux des CRA.

Les décisions implicites de rejet des CRA sont insuffisamment suivies : dans le cadre de son enquête, la Cour a reçu communication de données chiffrées uniquement pour la branche AT-MP et, avec une sous-estimation, pour les Urssaf. Afin de contenir le développement des pratiques de rejet implicite, la Cnam et l'Acoss suivent depuis 2021 le taux de rejet implicite. Il serait opportun que la Cnaf et la Cnav fassent de même.

L'absence de réponse de la CMRA dans un délai de quatre mois suivant la réception du recours préalable vaut décision implicite de rejet. En 2021, les rejets implicites ont représenté 8 % du nombre total de décisions défavorables aux requérants, tous risques confondus.

La maîtrise des délais de prise de décision des CRA doit constituer l'une des priorités de gestion fixés aux branches du régime général de sécurité sociale par les conventions d'objectifs et de gestion pour les années 2023 à 2027 (COG 2023-2027). Il convient que des audits soient conduits pour analyser les causes de ces délais dégradés et y apporter des solutions.

S'agissant des CMRA, les mesures prises⁵⁷³ n'ont que partiellement remédié à la difficulté de disposer d'experts médicaux. Il pourrait s'avérer nécessaire de renforcer encore les effectifs de médecins conseils affectés à ces instances (portés de 15,9 ETP en 2021 à 26 ETP en 2022), malgré leur rareté⁵⁷⁴ au sein de l'assurance maladie.

Un dispositif de reconnaissance de certaines maladies professionnelles à rapprocher des CMRA

L'enjeu du manque de ressources en expertise médicale concerne aussi les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), malgré des mesures visant à faire face à leur pénurie⁵⁷⁵.

Composés d'un médecin conseil régional de l'assurance maladie, d'un médecin inspecteur régional du travail et d'un professeur d'université-praticien hospitalier, les CRRMP peuvent être saisis par les assurés (ou leurs ayants droits s'ils sont décédés) si leur pathologie n'est pas prévue par un tableau de maladies professionnelles ou s'ils ne satisfont pas aux conditions de présomption d'imputabilité prévues par un tableau en vigueur. Compte tenu de l'explosion des demandes d'avis dont ils sont saisis (de 2 000 à la fin des années 1990 à plus de 26 000 en 2021), les CRRMP consacrent en moyenne dix minutes à chaque dossier, au détriment de son examen.

Les avis des CRRMP peuvent être contestés devant les CRA, qui, dépourvues de compétence médicale, les suivent presque toujours. S'ils sont saisis, les TJ demandent l'avis d'un autre CRRMP (plus de 1 400 demandes en 2021), qui répondait en moyenne en 276 jours en 2021.

Une voie d'évolution possible pourrait consister à confier au service médical de l'assurance maladie les missions du CRRMP. Pour sa part, la CMRA, avec le cas échéant une composition élargie, examinerait les recours précontentieux à l'encontre des décisions du service médical.

⁵⁷³ Augmentation des effectifs d'agents administratifs du service médical de l'assurance maladie affectés aux CMRA (80,4 ETP en 2021, contre 25 en 2019) ; réduction du nombre de membres de la CMRA (un médecin conseil de l'assurance maladie et un médecin expert ayant voix prépondérante en cas de désaccord, au lieu d'un médecin conseil et deux médecins experts) ; assouplissement du niveau de qualification requis des médecins experts ; dérogations aux règles de compétence territoriale afin de répartir les dossiers en fonction des ressources disponibles.

⁵⁷⁴ Entre fin 2013 et fin 2021, le nombre de médecins conseil a chuté de 2 110 à 1 728.

⁵⁷⁵ Depuis 2016, deux membres peuvent siéger pour les dossiers relevant des tableaux de maladies professionnelles. Depuis 2019, l'ingénieur conseil de l'assurance maladie est entendu facultativement. Depuis mars 2022, un médecin actif ou retraité compétent pour les pathologies professionnelles (inscrit sur une liste arrêtée par l'ARS) peut siéger au lieu du médecin du travail (leur effectif a chuté de 4 908 à 4 650 entre 2015 et 2020).

4 - Des duplications de recours amiables à remettre en cause

La succession de phases amiables obligatoires démultiplie les tâches de gestion des organismes et allonge les délais pour les requérants, sans leur fournir de garantie pour l'examen de leurs recours.

Les recours des employeurs au titre des cotisations et contributions sociales sont examinés par des instances départementales d'instruction des recours amiables (Idira), composées au sein des conseils départementaux des Urssaf. Sauf exception, les CRA des Urssaf, de ressort régional, suivent les propositions des Idira. Les redéploiements de comptes cotisants entre les sites départementaux des Urssaf régionales et entre les Urssaf rendent de moins en moins pertinent cet échelon départemental. Les Idira pourraient être supprimées en contrepartie d'un élargissement de la composition des CRA à des membres des conseils départementaux concernés par les dossiers.

Préalablement à leur soumission aux CRA des Urssaf, les travailleurs indépendants peuvent demander que leurs recours soient soumis aux CRA des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (Irpsti) ; les recours des cotisants qui ne forment pas de choix sont attribués aux CRA des Irpsti. Les CRA des Urssaf sont alors tenues de suivre les avis rendus par les CRA des Irpsti, sauf décision contraire à la majorité des trois-quarts. Les délais des CRA des Irpsti s'ajoutent ainsi à ceux, très longs, des CRA des Urssaf (voir tableau n° 1 *supra*). Pour les recours relatifs aux prélèvements sociaux des indépendants, la compétence des CRA des Irpsti pourrait être supprimée moyennant l'élargissement de la composition des CRA des Urssaf, quand elles examinent des recours d'indépendants, à des membres des Irpsti.

Par ailleurs, les allocataires du RSA ne peuvent saisir le juge administratif qu'après avoir effectué un recours préalable auprès du président du conseil départemental, qui saisit pour avis la CRA de la CAF si la convention entre le conseil départemental et la CAF le prévoit. Les bénéficiaires des aides au logement ne peuvent saisir le juge administratif qu'à la suite d'un recours préalable formé auprès du directeur de la CAF, qui demande l'avis de la CRA avant de statuer. À tout le moins, les textes pourraient prévoir un recours exclusif devant la CRA pour les aides au logement, comme c'est le cas pour la prime d'activité.

B - Favoriser l'essor de la médiation

Qu'ils saisissent ou non la CRA, les particuliers et les entreprises peuvent aussi faire appel au médiateur de l'organisme de sécurité sociale concerné. Pour cela, il faut qu'ils aient fait une réclamation auprès de l'organisme et que ce dernier leur ait répondu défavorablement ou ne leur ait pas répondu. Les organismes suivent en général les avis des médiateurs, même s'ils ne sont pas contraints de le faire sur le plan juridique.

1 - Un recours croissant à la médiation

La loi Essoc a rendu obligatoire au 1^{er} janvier 2019 l'institution d'un dispositif de médiation dans les organismes de sécurité sociale. Les organismes nationaux qui ne l'avaient pas fait (Acosse et Cnaf⁵⁷⁶) ont ainsi désigné un médiateur national. Les organismes de base sans médiateur (toutes les Carsat et la plupart des Urssaf) en ont été dotés. Les médiations déjà généralisées au niveau local (CAF) ou au niveau national et local (Cnam/CPAM) ont été renforcées.

Les médiateurs formulent des avis valant recommandations. Ils font œuvre de pédagogie auprès des requérants, en se faisant les interprètes des règles de droit appliquées et échangent avec les requérants et les services des organismes afin de trouver des solutions acceptables. Sans méconnaître les règles de droit, ils prennent en compte des considérations d'équité.

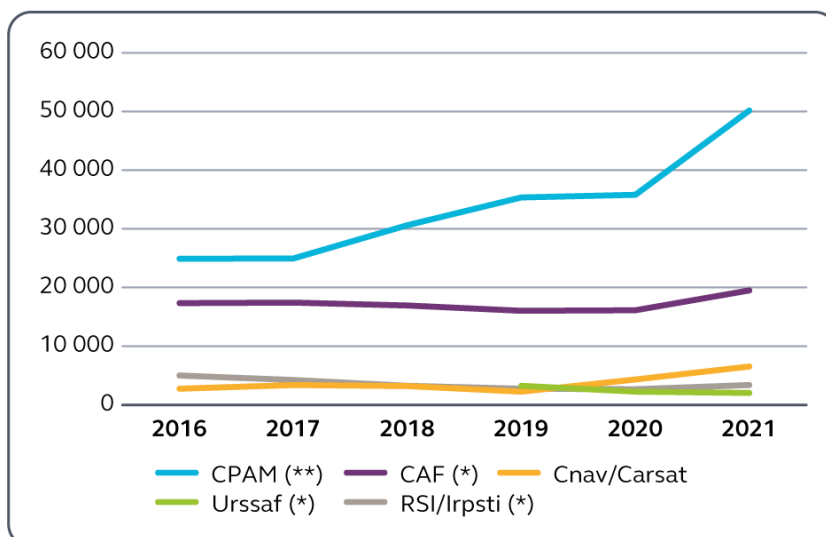
Le nombre de saisines des médiateurs des organismes du régime général de sécurité sociale est orienté à la hausse, même si des effets de périmètre conduisent à relativiser l'ampleur des augmentations pour les Carsat et les CPAM⁵⁷⁷, ou de la baisse pour les Urssaf⁵⁷⁸. De manière spécifique, la hausse des saisines des médiateurs des CAF en 2021 reflète les anomalies et incompréhensions suscitées par la réforme des aides au logement.

⁵⁷⁶ La Cnaf était dotée d'un pôle national de médiation mais pas d'un médiateur national.

⁵⁷⁷ Depuis 2020, les médiateurs des CPAM et des Carsat traitent des contestations qui relevaient auparavant de ceux de l'ex-RSI. Par ailleurs, une part importante des saisines des médiateurs des CPAM concerne les relations des assurés avec les professionnels de santé, notamment la difficulté à trouver un médecin traitant (28 % des saisines en 2021).

⁵⁷⁸ Depuis 2020, les indépendants portent leurs contestations devant les seuls médiateurs des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (Irpsti), alors qu'ils saisissaient parfois les médiateurs des Urssaf en 2019.

Graphique n° 33 : saisines (*) ou saisines traitées ()
 par les médiateurs (2016-2021)**



Source : Cour des comptes d'après les données des organismes nationaux du régime général
 Note : pour les années antérieures à 2019, les données des Urssaf ne sont pas recensées.

2 - Des délais et positions des médiateurs souvent plus favorables aux requérants que ceux des CRA

À la différence des contestations devant les CRA, les textes ne fixent pas de délai maximal à l'examen des réclamations par les médiateurs. Comme le montre le tableau suivant, des disparités apparaissent dans l'ambition et les résultats des branches du régime général.

Tableau n° 28 : délais d'intervention des médiateurs (2021)

	CAF	CPAM	Cnav/Carsat	Urssaf
<i>Examen de la recevabilité des saisines</i>				
Objectifs	10 jours	80 % <= 7 jours	7 jours	5 jours
Résultats	12 jours	89,5 %	Pas suivi	4 jours
<i>Réponse aux réclamations recevables</i>				
Objectifs	-	-	30 jours	30 jours (15 si urgence)
Résultats	18,5 jours	79 % <= un mois	31 jours	23 jours

Source : Cour des comptes d'après les données des organismes nationaux du régime général

Des données partielles indiquent un effet souvent favorable de la médiation pour les requérants et une fréquence réduite de recours ultérieurs devant les tribunaux.

Un rôle préventif des contentieux pour les Urssaf et les CPAM⁵⁷⁹

Le traitement des réclamations recevables par les médiateurs des Urssaf a débouché sur une réussite totale dans 85 % des cas⁵⁸⁰, une réussite partielle dans 4 %, et un échec ou une absence de suite, susceptibles de conduire à un recours devant la CRA, dans 11 % des cas. Les impacts financiers des avis favorables aux requérants ne sont pas mesurés.

Les médiateurs de l'assurance maladie ont résolu⁵⁸¹ 83,4 % des réclamations traitées pour les remboursements de frais de santé et les indemnités journalières maladie-maternité, 80,1 % de celles relatives aux droits des bénéficiaires et 82,8 % de celles portant sur les AT-MP. Les suites contentieuses faisant suite aux avis des médiateurs sont rares (1,5 %, 0,3 % et 2,9 % des réclamations traitées)⁵⁸². Les impacts financiers ne sont pas mesurés.

39 % des réclamations traitées par les médiateurs des CAF ont donné lieu à une révision du dossier, avec des impacts financiers notables (12 M€ de rappels de prestations, 1,3 M€ d'indus annulés et 1,6 M€ d'indus constatés) ; la décision de la CAF a été confirmée dans 50,6 % des cas ; 10,4 % de dossiers ont été réorientés vers d'autres services ou partenaires. Les suites contentieuses faisant suite aux avis des médiateurs ne sont pas suivies.

Selon les caisses de retraite, entre 1 % et 75 % des saisines recevables des médiateurs n'ont pas de suite, pour des raisons non précisées, et entre 1 % et 40 % des demandes de médiation échouent. Les suites contentieuses et les impacts financiers ne sont pas suivis.

⁵⁷⁹ Les données ici indiquées sont issues des bilans nationaux des médiations pour 2021.

⁵⁸⁰ Dont un peu plus de 37 % par l'apport d'explications, 21 % par le traitement d'une demande en retard, 10 % par accord amiable et 15 % par révision de la décision.

⁵⁸¹ Selon quatre modalités : l'attribution du droit ou le versement de la prestation (40,6 % pour les frais de santé et les IJ maladie-maternité, 5,6 % pour les droits des bénéficiaires et 41,8 % pour les AT-MP), une autre solution, comme un échelonnement ou une remise de dette (8,6 %, 23,6 % et 6,8 %), la révision d'une décision (5,5 %, 1 % et 3,5 %) et l'apport d'explications comprises par le requérant (28,7 %, 49,9 % et 30,7 %).

⁵⁸² Pour le solde : réorientation (6,7 %, 14,1 % et 6,3 %), désaccord persistant (4,2 %, 0,9 % et 4,7 %) ou abandon de la réclamation (4,2 %, 4,6 % et 3,3 %).

3 - Faire jouer un rôle accru aux médiateurs dans la résolution des litiges

Les organismes du régime général de sécurité sociale auraient avantage à privilégier la médiation comme mode de résolution des contestations, au regard des avantages qu'elle présente pour la qualité du service rendu aux requérants : effort de pédagogie des médiateurs, qui permet d'éteindre à la source une partie des contestations ; prise en compte par les médiateurs de considérations d'équité, par nature favorable aux requérants ; insatisfaction que peut procurer aux requérants la procédure exclusivement écrite de la CRA.

Une orientation de cette nature ne devrait pas conduire à créer une phase amiable obligatoire préalable à la saisine de la CRA, qui alourdirait les procédures et allongerait les délais préalables à la saisine du juge. Elle appellerait en revanche cinq évolutions.

Tout d'abord, il conviendrait de donner aux médiateurs des organismes nationaux de sécurité sociale un droit de regard sur le choix des médiateurs des organismes de base afin de renforcer la capacité de ces derniers à agir. Certes, selon les textes, les médiateurs des organismes de base accomplissent leur mission en toute impartialité et ne peuvent recevoir d'instructions pour le traitement des réclamations. Cependant, il s'agit de salariés de ces organismes (à moins d'être des bénévoles comme c'est le cas pour certaines Urssaf), qui sont nommés en qualité de médiateurs par leurs directeurs. Parfois, ils ne sont pas rattachés à ces derniers, mais à des responsables de rang intermédiaire. Compte tenu de la taille réduite d'un grand nombre de caisses⁵⁸³, ils exercent souvent d'autres fonctions.

En outre, il conviendrait de lever les obstacles qui peuvent demeurer à la saisine des médiateurs. Selon la loi Essoc, un usager peut saisir le médiateur de l'organisme concerné, à la double condition qu'il ait engagé une démarche préalable auprès des services de cet organisme et qu'il n'ait pas formé de recours contentieux devant un tribunal. La notion de démarche préalable n'est pas définie par un texte. Si l'Acoss, la Cnaf et la Cnam ont posé des règles souples, la Cnav ne permet pas que le médiateur soit saisi si la CRA l'a été et n'a pas encore rendu sa décision. Cette restriction apparaît contraire à la loi Essoc et devrait être levée. Dans certaines situations, les assurés qui n'ont pas obtenu de réponse à une réclamation doivent attendre jusqu'à 90 jours avant de saisir le médiateur de la caisse de retraite.

⁵⁸³ Les CPAM ont un ressort départemental ou infra-départemental (Nord, Pas-de-Calais, Pyrénées Atlantiques et Seine maritime) et les CAF un ressort départemental.

Par ailleurs, il conviendrait de mieux préserver les délais de recours devant la CRA des particuliers et des entreprises qui saisissent un médiateur. Certes, les textes prévoient que la saisine du médiateur suspend le délai de saisine de la CRA jusqu'à ce que le médiateur ait rendu son avis. Cependant, les requérants déposent souvent des recours conservatoires devant les CRA dans l'attente de ces avis : d'une part, le délai maximal de deux mois pour saisir la CRA a commencé à courir ; d'autre part, le directeur de l'organisme concerné n'est pas obligé de suivre l'avis du médiateur. Les textes devraient prévoir que lorsque le médiateur a été saisi, le délai de recours de deux mois devant la CRA est interrompu et repart intégralement à compter de la notification par l'organisme au requérant des suites données à l'avis du médiateur.

Il conviendrait aussi que lorsque le requérant saisit à la fois le médiateur et la CRA, et que la CRA ne s'est pas encore prononcée, priorité soit donnée à une résolution amiable de la contestation par le médiateur ; c'est déjà la consigne que donnent l'Acoss aux Urssaf et la Cnaf aux CAF. En revanche, sauf à disposer d'informations ou de documents nouveaux, le médiateur ne devrait pas rendre d'avis qui s'écarte de la décision rendue par la CRA, celle-ci étant l'émanation de l'organe délibérant de l'organisme concerné. Or, contrairement aux autres organismes nationaux du régime général, la Cnav admet que l'avis du médiateur puisse prévaloir sur la décision de la CRA s'il estime - autrement dit si les services de l'organisme estiment - qu'elle a mal interprété les règles de droit.

Enfin et surtout, il conviendrait que les organismes du régime général de sécurité sociale mentionnent expressément, dans les notifications de décisions défavorables, la possibilité pour leurs destinataires de saisir non seulement la CRA, comme c'est déjà systématiquement le cas aujourd'hui, mais aussi le médiateur.

C - Mieux outiller la gestion des litiges pour en améliorer les résultats

1 - Un rôle d'appui des organismes nationaux parfois à renforcer

L'Acoss, la Cnam et la Cnav décident ou influencent les décisions de pourvoi en cassation des organismes de base de leurs réseaux afin de coordonner les actions introduites, d'harmoniser les argumentaires à soutenir et de prévenir des décisions défavorables de la Cour de cassation, susceptibles de faire jurisprudence et de porter atteinte à leurs intérêts.

Le contrôle des organismes nationaux sur les pourvois en cassation

Depuis 2004, les Urssaf doivent demander à l'Acosse l'autorisation de se pourvoir en cassation (172 demandes validées en 2020).

Les CPAM doivent consulter la Cnam depuis 2016 sur l'opportunité de se pourvoir en cassation (près de 280 consultations par an entre 2016 et 2020). La Cnam cible cette obligation sur les enjeux juridiques (question nouvelle, contentieux en série, opportunité jurisprudentielle), d'image, organisationnels, financiers ou de santé. Les CPAM doivent informer la Cnam si elles ne suivent pas son avis, ce qui se produit rarement.

Sans texte particulier, les Carsat alertent la Cnav sur l'ensemble des pourvois en cassation qu'elles entendent effectuer ; les positions de la Cnav (227 entre 2016 et 2020) ne les lient pas, mais sont majoritairement suivies.

En revanche, chaque CAF apprécie seule l'opportunité d'un pourvoi, la Cnaf concourant parfois à l'analyse des moyens dudit pourvoi. De manière générale, le soutien apporté par la Cnaf aux CAF apparaît insuffisant. À l'attention des CAF, elle n'effectue pas de veille juridique, n'a pas encore formalisé de dispositif d'alerte des contentieux émergents, ne met pas à disposition une base juridique nationale et ne propose pas d'argumentaires-type par thème.

Par ailleurs, les organismes de base n'ont pas l'obligation de consulter les organismes nationaux sur leur intention d'interjeter ou de ne pas interjeter appel, alors que les arrêts de cour d'appel peuvent faire jurisprudence⁵⁸⁴.

2 - Mettre à niveau les outils et les données de gestion

L'informatisation du traitement des contestations n'a pas été jusqu'ici une priorité des branches du régime général de sécurité sociale. Les constats critiques portés par la Cour dans le cadre de la certification des comptes des branches en question ont contribué à la mise en place tardive d'outils nationaux de pilotage des activités précontentieuses et contentieuses⁵⁸⁵ et de gestion des contestations⁵⁸⁶.

⁵⁸⁴ L'observatoire des contentieux AT-MP mis en place par la Cnam couvre cependant les décisions des TJ et cours d'appel pour certains domaines.

⁵⁸⁵ Depuis 2011, les Urssaf recensent leurs litiges dans une base nationale (*Recours*) à des fins de pilotage de cette activité et de calcul des provisions comptables. Les fonctionnalités de cette application comportent de nombreuses lacunes.

⁵⁸⁶ Engagé en 2018, le déploiement d'un outil national de gestion (ONGC) à l'ensemble des CPAM, qui a pour objet de mettre fin à une gestion dans le cadre d'outils et de tableaux disparates, doit aboutir au cours de cette année, alors qu'il était prévu pour 2015. Il s'est accompagné de l'interruption transitoire du recensement de certaines données entre 2019 et 2021 (notamment, les nombres de contestations devant les CRA et les tribunaux hors AT-MP).

À l'heure actuelle, des données essentielles relatives aux nombres, montants, délais et résultats des contestations font défaut à des degrés variables selon les branches au plan national, à défaut d'être produites par les applications nationales, requêtées par les organismes nationaux sur ces dernières ou bien recensées auprès des organismes locaux.

Ainsi, les montants objet des contestations devant les CRA sont connus seulement pour les Urssaf (775 M€ pour les saisines en 2021) et les CPAM, pour les seuls recours non médicaux hors AT-MP (20 M€ en 2021). Les montants contestés devant les tribunaux sont connus seulement pour les Urssaf (3,9 Md€ en 2021). Pour les besoins de l'enquête de la Cour, la Cnaf a estimé les montants contestés devant les CRA et les tribunaux (4,8 M€ en 2020), à partir de réponses non exhaustives des CAF à un questionnaire qu'elle leur a adressé.

Les COG 2023-2027 des branches du régime général ont vocation à prévoir les budgets informatiques à même de doter les organismes de sécurité sociale de l'ensemble des données, par dossier et agrégées, indispensables à une gestion mieux informée et plus efficiente des recours devant les CRA et les tribunaux. À cette fin, il convient notamment qu'un litige puisse être suivi de bout en bout, sous un même identifiant, du recours amiable jusqu'au dernier recours contentieux.

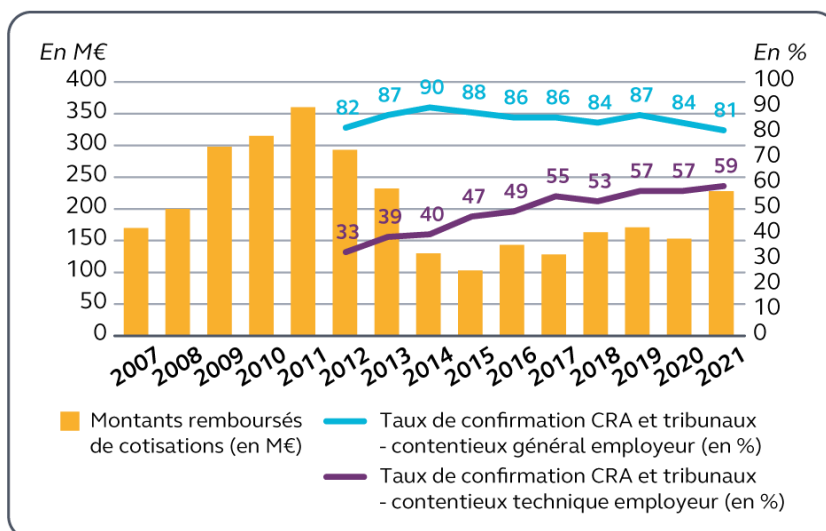
3 - Mieux maîtriser le risque de dénouement défavorable des litiges

Malgré les lacunes des systèmes d'information, la direction des risques professionnels de la Cnam suit les taux de confirmation par les CRA et les tribunaux des décisions des CPAM et le montant des remboursements de cotisations⁵⁸⁷ faisant suite au dénouement des recours amiables et contentieux dans un sens défavorable à la branche AT-MP.

Les résultats de la gestion de la reconnaissance des AT-MP et des contestations se sont améliorés. Néanmoins, sur la dernière période, ils stagnent ou se dégradent, comme le montre le graphique suivant.

⁵⁸⁷ Le coût des remboursements ne diminue pas les ressources de la branche car il est intégré à une majoration nationale uniforme (M2) des taux de cotisation. Il réduit cependant la part des cotisations calculées par secteur d'activité ou entreprise, au détriment de l'incitation à la prévention des risques professionnels et contribue à déporter le financement de la branche des grandes entreprises vers les petites.

Graphique n° 34 : principaux résultats de la branche AT-MP en matière de contestations (2007-2021)



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam-DRP

Ce constat invite à porter l'attention sur des données plus fines, comme les taux de confirmation par les seuls tribunaux, qui ont chuté pour le contentieux « technique » de 73 % en 2018 à 49 % en 2021, ce que ne montrent pas les données trop agrégées du graphique précédent. Il appelle aussi à en suivre de nouvelles, comme les parts respectives des motifs, soit de procédure, soit de fond qui ont conduit à des décisions défavorables aux organismes, ainsi que les montants remboursés. C'est d'autant plus nécessaire que les requérants invoquent à nouveau de manière croissante des motifs de procédure pour contester des décisions.

Pour sa part, à l'exception des vingt plus gros litiges et des contentieux en série portant sur de mêmes motifs, l'Acoss ne suit pas les montants de prélèvements sociaux perdus à la suite de contestations gagnées par les cotisants devant les CRA et les tribunaux, ni le détail des motifs de fond et de procédure au titre desquels ces pertes sont intervenues.

Les montants de prestations versées à la suite de décisions des CRA et des tribunaux favorables aux assurés ne sont pas non plus suivis par les caisses nationales du régime général, alors qu'ils pourraient être notables.

Les COG 2023-2027 des branches les plus concernées du régime général de sécurité sociale (recouvrement, AT-MP et maladie) auraient vocation à intégrer des objectifs chiffrés de réduction des fréquences et des montants de contestations perdues devant les CRA et les tribunaux, pour des motifs de procédure ou de fond.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La loi de modernisation de la justice de 2016 a porté l'ambition d'une justice judiciaire de plein exercice pour les contentieux de la sécurité sociale. Le succès de cette réforme dépend désormais de la capacité de l'institution judiciaire à réduire les délais de jugement qui se sont aggravés. Pour sa part, la loi Essoc a favorisé le développement de la médiation interne aux organismes de sécurité sociale. Sauf exception (Cnaf), les organismes nationaux de sécurité sociale ont effectué des progrès notables dans l'organisation des activités contentieuses de leurs branches respectives. Leur portée est cependant amoindrie par des outils informatiques insuffisamment performants.

De nouvelles avancées sont à réaliser afin de rendre la justice plus accessible aux particuliers, d'améliorer les conditions d'exercice de leurs droits par les requérants devant les tribunaux, d'accélérer le traitement des recours amiables devant précéder la saisine éventuelle du juge et de privilégier les modalités de résolution amiable des contestations les plus adaptées à l'objet des demandes des requérants.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 39. effectuer une étude d'impact détaillée d'un transfert du juge administratif au juge judiciaire des contentieux dits de l'aide sociale, destiné à faciliter pour les particuliers l'accès à la justice (ministère de la justice) ;*
 - 40. instaurer une représentation obligatoire des requérants, particuliers et entreprises, par un avocat ou une association de leur choix devant les chambres sociales des cours d'appel qui traitent des contentieux de la sécurité sociale (ministère de la justice) ;*
 - 41. accroître la place de la médiation dans la résolution des contestations à l'encontre des décisions des organismes du régime général, en intégrant progressivement à l'ensemble des notifications de décisions défavorables la mention de la possibilité de saisir le médiateur (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Acoiss, Cnaf, Cnam, Cnav) ;*
 - 42. accélérer les délais de traitement des recours par les commissions de recours amiable des Urssaf, en supprimant l'intervention préalable des instances départementales d'instruction des recours amiables et des commissions des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*
-