

PARIS, le 15/05/2002

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION
DU RECOUVREMENT ET DU SERVICE
DIRRES

DIRECTION DES SYSTEMES D'INFORMATION DU RECOUVREMENT
DISIR
FC/BF

LETTRE CIRCULAIRE N° 2002-118

OBJET : Application aux organismes de recouvrement de la loi n° 2000.321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Une circulaire ministérielle du 30 janvier 2002 apporte des précisions sur l'application aux organismes de Sécurité sociale des dispositions de la loi relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

TEXTES A ANNOTER : Lettre circulaire n° 2000-110 du 29.12.2000.
Lettre circulaire n° 2001-090 du 02.08.2001.
Lettre collective n° 2001-139 du 09.10.2001.

SOMMAIRE

DISPOSITIONS GENERALES	3
1. LA LEVEE DE L'ANONYMAT (article 4)	3
2. LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE (article 5, 6 et 9)	5
3. L'ACCES AUX DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (articles 7et 8)	6
4. LA TRANSPARENCE FINANCIERE (article 10).....	9
5. L'APPRECIATION DU RESPECT D'UNE DATE LIMITE (article 16).....	9
6. LA DELIVRANCE D'UN ACCUSE DE RECEPTION (article 6).....	10
7. LA TRANSMISSION DES DEMANDES MAL ORIENTEES (article 20).....	13
8. LE REGIME DES DECISIONS IMPLICITES.....	14
9. LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE.....	17
10. LA MISE EN ŒUVRE DANS LE SNV2.....	17

La loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 qui tend à améliorer les relations entre les autorités administratives et les citoyens complète certaines dispositions existantes et en introduit de nouvelles destinées à renforcer les droits des usagers en matière d'information, de transparence financière et administrative et d'accès aux documents administratifs ainsi que les garanties dont ils disposent dans le cadre de leurs relations avec ces autorités.

Certaines de ses dispositions ont déjà fait l'objet d'une information par lettres circulaires : n° 2000-110 du 29.12.2000 et n° 2001-090 du 02.08.2001 portant respectivement sur l'envoi des déclarations et des paiements à bonne date (article 16) et le régime des accusés de réception et des décisions implicites (articles 19 à 22).

Dans un souci de lisibilité pour le lecteur, celles-ci seront reprises dans la présente circulaire et complétées, le cas échéant, des précisions apportées par la circulaire ministérielle DSS n° 2002-56 du 30 janvier 2002, jointe en annexe.

DISPOSITIONS GENERALES

Champ d'application

Le champ d'application de la loi, défini dans son article 1^{er}, inclut parmi les Autorités administratives qu'il vise, les organismes de Sécurité sociale ; par conséquent, ses dispositions s'appliquent aux organismes de recouvrement.

La loi s'applique aux seules relations entre les organismes de Sécurité sociale et les usagers, à l'exclusion des relations entre organismes de sécurité sociale ou entre ces derniers et les autres autorités administratives.

Entrée en vigueur

Les dispositions de la loi n'ont pas toutes la même date d'application ; certaines sont entrées en vigueur dès la publication de la loi au journal officiel, soit le 14 avril 2000, d'autres étaient applicables le premier jour du septième mois suivant cette parution, soit le 1^{er} novembre 2000.

1. LA LEVEE DE L'ANONYMAT (article 4)

La levée de l'anonymat vise à la fois la personnalisation de la relation et la personnalisation de la décision.

- La personnalisation de la relation :

D'une manière générale, toute personne a le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administrative de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui la concerne.

Ces éléments doivent figurer sur les correspondances qui lui sont adressées.

Aucune sanction de non-respect de cette obligation n'est prévue par le texte ; toutefois, seuls des motifs intéressant la sécurité publique ou la sécurité des personnes peuvent justifier l'absence de ces indications.

Cette disposition est entrée en vigueur à la date de parution de la loi.

Le SNV2 permet à chaque URSSAF d'adresser aux cotisants des courriers personnalisés en tenant compte de son mode d'organisation (cf. § 10).

- *La personnalisation des décisions*

Toute décision de l'URSSAF doit comporter, outre la signature de son auteur, la mention en caractères lisibles du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci.

La notion de décision doit s'entendre de la manifestation de volonté ayant un effet de droit. Néanmoins, pour l'application de cette disposition et afin de limiter les risques, il a été décidé, en cas de doute sur la nature d'un acte d'un organisme, de le considérer comme une décision et d'en tirer les conséquences quant à la signature.

Ont ainsi été inclus dans le champ de cette obligation les décisions relatives à l'immatriculation et à la radiation d'un cotisant, les dispenses de cotisations, les remises de majorations ou de pénalités, les accords de délai, les décisions des commissions de recours amiable, les avis d'inscription de privilège, les mises en demeure, les contraintes et les attestations.

Dans le SNV2, certains de ces documents étaient d'ores et déjà signés et il convenait donc seulement de veiller à ce que toutes les mentions de personnalisation y figurent. D'autres, en revanche, ne comportaient, lors de la parution de la loi, aucune signature ni mention de personnalisation.

Les différents groupes du SNP ont pris au cours de l'année 2001 les mesures permettant aux organismes de respecter leurs obligations légales nouvelles (cf. § 10).

- *Décisions signées par des délégataires du directeur*

La notion d'auteur vise en premier lieu le directeur de l'URSSAF, mais également les titulaires de délégation.

En effet aux termes de l'article R.122-3 alinéa 8 du code de sécurité sociale, le Directeur d'un organisme de sécurité sociale peut « *déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme* ».

En outre l'article D.253-6 du code de sécurité sociale précise « *le Directeur peut déléguer, à titre permanent, sa signature au directeur adjoint de la caisse ou à un ou plusieurs agents de l'organisme* ».

- *Forme de la signature et des mentions*

La forme de la signature et des mentions l'accompagnant n'est pas précisée par la loi qui se borne à exiger que les mentions soient portées en caractères lisibles.

Par contre l'absence de la signature et des mentions prévues par la loi, même si celle-ci ne le prévoit pas expressément, pourrait être considérée par les tribunaux comme une cause de nullité de la décision.

Les organismes doivent donc être particulièrement attentifs à contrôler avec rigueur les circuits de décisions et de délégations de signature.

Cette disposition est applicable depuis le 15 avril 2000.

Dans le cadre des différentes commissions SNP des dispositions ont été prises pour faciliter le respect par les URSSAF de ces nouvelles dispositions (cf. § 10).

Ainsi, selon l'organisation mise en place par le Directeur, des développements informatiques permettent actuellement aux Directeurs de prévoir, par nature de documents, la signature et les mentions de personnalisation soit du Directeur, soit de ses délégataires dûment désignés.

2. LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE (articles 5,6 et 9)

La loi du 12 avril 2000 modifie la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite loi Informatique et libertés sur deux points.

- La conservation des données

L'article 28 de la loi du 6 janvier 1978 prévoit que les informations contenues dans un traitement automatisé ne doivent pas être conservées sous une forme nominative au-delà de la durée prévue dans la demande d'avis ou la déclaration, à moins que leur conservation ne soit autorisée par la CNIL.

La loi ajoute désormais une exception de portée générale à cette durée maximale de conservation : les traitements à des fins historiques, statistiques ou scientifiques dans les conditions prévues par la loi du 3 janvier 1979 sur les archives.

En dehors de ces cas, il ne peut y avoir prolongation de la durée de conservation que sur accord exprès des personnes concernées ou sur autorisation de la Commission nationale informatique et libertés.

Lorsqu'en outre le traitement porte sur des données faisant apparaître les origines raciales, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses, les appartenances syndicales ou les mœurs des personnes, il ne peut intervenir que pour des motifs d'intérêt public ou dans l'intérêt des personnes concernées.

Cette nouvelle règle de conservation des données entraîne une modification de la loi du 3 janvier 1979 relative aux archives publiques, prévoyant le tri entre les informations nominatives destinées à être conservées à des fins scientifiques, historiques ou statistiques et les autres, et la destruction de ces dernières.

Ainsi que la loi le prévoyait déjà de manière générale, ce tri s'effectue d'un commun accord entre l'auteur des informations et l'administration des archives.

Enfin, les nouvelles règles de conservation, comme les précédentes, sont sanctionnées pénalement; le montant des sanctions n'est pas modifié.

- Communication des informations nominatives faisant l'objet d'un traitement informatisé

En principe, la communication d'informations nominatives contenues dans un traitement informatisé à des tiers non autorisés est interdite et le responsable du traitement doit veiller au respect de ce principe (article 29 de la loi du 6.1.78).

La loi prévoit que cette confidentialité ne peut être opposée à la personne qui demande à accéder à une information dans le cadre de l'accès aux documents administratifs ou de l'accès aux archives.

Sur le deuxième point, on notera que cette mesure constitue une extension du champ de la loi du 17 juillet 1978. En effet, le Conseil d'Etat avait jugé que seule la loi Informatique et libertés devait s'appliquer, à l'exclusion de la loi du 17 juillet 1978 relative à l'accès aux documents administratifs, lorsque la demande portait sur l'accès à une information nominative incluse dans un fichier automatisé.

Les organismes de recouvrement peuvent donc être amenés à communiquer certaines informations contenues dans les fichiers dans le cadre de l'accès aux documents administratifs.

Cette communication reste cependant limitée par les règles du secret professionnel.

3. L'ACCES AUX DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (articles 7 et 8)

La loi du 12 avril 2000 modifie la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 en ce qui concerne l'accès aux documents administratifs sur plusieurs points.

Les dispositions nouvelles ne modifient pas de manière importante le régime défini par la loi de 1978. Elles se bornent pour l'essentiel à entériner la jurisprudence et la doctrine de la CADA.

La loi élargit le droit d'accès aux documents administratifs en y incluant ceux qui présentent un caractère nominatif.

- Définition des documents administratifs communicables

- *Les documents administratifs*

La loi précise la notion de document administratif qui figurait dans la loi du 17 juillet 1978.

La liste, d'ailleurs non exhaustive comme l'a précisé la Commission d'accès aux documents administratifs, prévue par l'ancien article 1er de la loi de 1978, est reprise.

En revanche, la loi élargit le champ des documents exclus par nature du droit d'accès.

Ne sont pas des documents administratifs les avis des juridictions administratives, les documents des juridictions financières ainsi que les documents d'instruction des réclamations adressées au Médiateur de la République.

- *Les documents communicables*

La loi apporte des précisions nouvelles sur la non-communication de certaines catégories de documents. Ces précisions légalisent notamment les solutions retenues par la jurisprudence.

Ne peuvent faire l'objet du droit de communication les documents qui ne sont pas achevés, les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration, les documents qui font l'objet d'une diffusion publique.

Toutefois sur ce dernier point, et bien que le texte ne les vise pas en tant que documents administratifs communicables, il est souhaitable, conformément au principe énoncé à l'article 1^{er} de la loi que les organismes communiquent aux personnes qui leur en font la demande, les textes législatifs et réglementaires qu'ils appliquent.

- Les restrictions à la communication des documents administratifs

- *Les restrictions portant sur les documents non nominatifs*

La loi prévoit désormais une interdiction de communication de certains documents alors que, jusqu'à présent, il s'agissait d'une faculté permettant à l'autorité administrative de refuser de communiquer.

En revanche, le champ des restrictions d'ordre général est maintenu.

On se bornera à noter que la loi ajoute à la liste des documents qui ne sont pas communicables ceux dont la communication porterait atteinte à la sécurité des personnes ainsi que les rapports de vérification et avis des comités régionaux ou départementaux d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale.

- *Les documents nominatifs*

Seules les personnes concernées peuvent avoir communication des documents nominatifs.

La loi précise la portée de cette règle et définit les documents administratifs qui ne peuvent être communiqués qu'aux personnes concernées par lesdits documents. Cette définition légale résulte des décisions de la CADA et de la jurisprudence.

• La communication de documents administratifs

- *L'obligation de communiquer*

La loi renforce l'obligation de communication puisqu'elle prévoit que les autorités sont tenues de communiquer alors que le texte antérieur précisait que les documents sont de plein droit communicables.

Mais, la loi prévoit également la possibilité de refuser en cas de demandes abusives notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique. Il s'agit là d'une disposition nouvelle.

- *Le mode de communication*

La loi reprend les différents modes de communication déjà existants.

L'accès aux documents s'exerce, au choix du demandeur, soit par consultation gratuite sur place, soit par délivrance d'une copie, sous réserve que la reproduction ne nuise pas à la conservation du document.

Le décret n° 2001-493 du 6 juin 2001 énumère les différents supports utilisables en matière de communication de documents administratifs ; il peut s'agir de papier, disquettes, CD-ROM.

La loi prévoyant que la délivrance de la copie est faite aux frais du demandeur, le décret précité du 6/06/2001 précise les modalités de fixation des tarifs.

Ceux-ci, qui tiennent compte du coût du support fourni, du coût d'amortissement et de fonctionnement du matériel, et du coût d'affranchissement, à l'exclusion des frais de personnel résultant de la recherche, ne peuvent dépasser :

- 0,18 euro pour une copie papier, format A4,
- 1,83 euros pour une disquette,
- 2,75 euros pour un CD-ROM (arrêté du 1^{er} octobre 2001).

- Rôle de la Commission d'accès aux documents administratifs

La compétence de la Commission est étendue aux archives.

Elle est également renforcée dans la mesure où :

- sa saisine par la personne qui conteste un refus de communication devient obligatoire avant tout recours contentieux,
- son rôle de conseil sur tout projet de texte législatif ou réglementaire relatif à l'accès aux documents administratifs ou aux archives publiques est réaffirmé.

4. LA TRANSPARENCE FINANCIERE (article 10)

La loi prévoit un certain nombre d'obligations en termes de transparence financière en ce qui concerne les subventions publiques, tant à l'égard des organismes de Sécurité sociale qui accordent de telles subventions, qu'à l'égard des organismes de droit privé subventionnés.

Elle prévoit, également, la communicabilité des comptes des autorités administratives et par conséquent des organismes de recouvrement ; les budgets et les comptes des URSSAF et de l'ACOSS sont communicables à toute personne qui en fait la demande, dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1978 relative à l'accès aux documents administratifs.

La formulation du texte semble induire que la communication concerne les comptes et les budgets de chaque organisme pris individuellement et non ceux de la Branche.

5. L'APPRECIATION DU RESPECT D'UNE DATE LIMITE (article 16)

La circulaire ministérielle n'apporte pas de précisions supplémentaires par rapport à l'information diffusée sur ce point dans la lettre circulaire n°2000-110 du 29/12/2000 à laquelle il convient de se référer.

Il sera précisé toutefois, que cette disposition qui s'applique d'une façon générale dans tous les cas où doit être respectée une date limite ou un délai ne vise ni les procédures régies par le code des marchés publics, ni les formalités pour lesquelles la présence du demandeur est requise.

De même elle n'a aucune incidence sur les dispositions concernant le régime des décisions implicites.

Ainsi, si la date d'envoi authentifiée par le cachet de la poste atteste du respect d'un délai prescrit, elle ne constitue pas le point de départ du délai susceptible de faire naître une décision implicite, seule la date de réception de la demande étant alors prise en considération (cf. § 8).

6. LA DELIVRANCE D'UN ACCUSE DE RECEPTION (article 19)

En application de l'article 19 de la loi toute demande adressée à un organisme de Sécurité sociale doit faire l'objet d'un accusé de réception.

Le décret n°2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application du chapitre II du titre II de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 a précisé les modalités de délivrance des accusés de réception des demandes présentées aux autorités administratives.

1. Nature des demandes dont il doit être accusé réception

Sont visés par ce dispositif non seulement les demandes, mais également les réclamations, les recours gracieux ou hiérarchiques.

Il faut entendre par demande celle dont la réponse constitue une décision. A ce titre les demandes d'informations, de notices ou de formulaires ne sont pas visées par l'obligation d'accuser réception.

En effet, l'article 18 qui définit les demandes précise en même temps le champ d'application des articles 19 à 24 relatifs à l'accusé de réception et au régime des décisions implicites.

Doivent être considérées comme demandes :

- Les demandes de délais de paiement des cotisations.
- Les demandes de remise de pénalités et majorations de retard.
- Les demandes de remboursement de cotisations.
- Les demandes de dispense de la cotisation d'allocations familiales des travailleurs indépendants en cas de revenus provisoires inférieurs au seuil d'assujettissement.
- Les demandes d'exonération de la cotisation d'allocations familiales des travailleurs indépendants en raison de leur charge de famille.
- Les réclamations adressées à la commission de recours amiable.
- Les demandes de régularisation des cotisations prescrites.
- Les demandes d'exonération pour l'emploi d'une aide à domicile.
- Les demandes d'interrogation au titre de l'article L.311-11 du code de la Sécurité sociale (rescrit social).

2. Le délai pour accuser réception

Le décret du 6 juin 2001 ne fixe pas directement de délai pour accuser réception ; il vise néanmoins parmi les cas dans lesquels il n'est pas délivré d'accusé de réception celui où un texte prévoit au profit du demandeur une décision implicite ou expresse au terme d'un délai inférieur ou égal à 15 jours.

En tout état de cause, l'esprit du texte commande d'adresser l'accusé de réception dans les meilleurs délais, de préférence dans le délai de quinzaine suivant la réception de la demande du cotisant.

3. Le contenu de l'accusé de réception

L'accusé de réception émis par l'organisme doit comporter :

1. La date de réception de la demande,
2. La désignation, l'adresse postale et le cas échéant l'adresse électronique et le numéro de téléphone du service chargé du dossier. En outre le nom, le prénom et la fonction de l'agent auquel l'instruction du dossier est confiée doivent être mentionnés pour respecter la levée de l'anonymat.
3. La date à laquelle, à défaut d'une décision expresse, la demande est réputée rejetée,
 - Au cas où la demande est susceptible de donner lieu à une décision implicite de rejet, l'accusé de réception doit mentionner les délais et les voies de recours à l'encontre de la décision.
 - Au cas où la demande est susceptible de donner lieu à une décision implicite d'acceptation, l'accusé de réception doit mentionner la possibilité de délivrer une attestation (cette hypothèse n'a pas à être envisagée pour les décisions prises par la branche du recouvrement).

4. Les exceptions à l'obligation d'accuser réception d'une demande

L'article 3 du décret détermine les cas où il n'y a pas lieu de délivrer un accusé de réception. Il s'agit :

1. des décisions implicites ou expresses acquises, en vertu d'une loi ou d'un règlement dans un délai inférieur ou égal à 15 jours à compter de la date de réception de la demande (cette situation ne se rencontre pas actuellement en matière de réglementation relative au recouvrement des cotisations et contributions dues au régime général de sécurité sociale),

2. des demandes tendant à la délivrance d'un document nécessaire à l'accomplissement de démarches administratives, (demandes d'attestations de compte à jour pour les marchés publics et les entreprises de travail temporaire).
3. En outre conformément à l'article 19, les organismes du recouvrement ne sont pas tenus de délivrer un accusé de réception dès lors que les demandes sont abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

5. L'accusé réception des demandes sous format dématérialisé

Les organismes doivent accuser réception des demandes adressées également par messagerie électronique, cet accusé pouvant se faire par voie postale (dans les conditions décrites ci-dessus) ou par voie électronique.

6. Le traitement des demandes incomplètes

L'article 2 du décret prévoit les modalités de traitement d'une demande incomplète.

Les organismes en charge du recouvrement doivent :

- demander les pièces dont la production est indispensable pour traiter la demande ainsi que les pièces rédigées en langue autre que le français dont la traduction, voire la légalisation sont nécessaires,

Il convient de noter à cet égard, que les principes du droit communautaire interdisent de rejeter des documents du seul fait qu'ils sont rédigés dans une langue étrangère d'un autre Etat membre (article 84 A du règlement 1408/71).

- fixer un délai pour la réception de ces pièces.

Il faut entendre par demande incomplète, celle qui ne peut être traitée par l'organisme par suite du défaut d'une pièce indispensable au traitement de la demande (fourniture des revenus par exemple en matière d'exonération), et non des éléments de preuve propres à démontrer une situation alléguée (difficultés financières dans le cadre de demandes de délais ou de remise des pénalités et majorations de retard).

Ce complément d'information et la mention du délai sont portées sur l'accusé de réception ou, si celui-ci a été délivré, sur la lettre adressée au demandeur.

Cette demande d'information a pour effet, de suspendre le délai à l'issue duquel, le refus tacite de la demande intervient, jusqu'au jour fixé par l'organisme du recouvrement pour recevoir les pièces complémentaires.

Exemple :

La demande est reçue par l'organisme le 19 mars ; le 25 mars, celui-ci demande des pièces complémentaires au cotisant, qui doit les fournir avant le 5 avril.

Le délai au terme duquel le refus tacite intervient est suspendu entre le 25 mars et le 5 avril.

Par conséquent, la décision implicite de rejet est censée intervenir le 29 mai (2 mois après la réception de la demande + 10 jours de suspension). Le délai de recours contre cette décision court à compter du 30 mai.

Toutefois, dans cette hypothèse et par souci de bonne administration, il peut être admis que le point départ du délai de deux mois au terme duquel le silence gardé par l'organisme constitue un refus court à compter de la date fixée par l'organisme pour recevoir les pièces réclamées.

Exemple :

Dans l'exemple ci-dessus, la décision implicite intervient le 6 juin. Le délai de recours contre cette décision court à compter du 7 juin.

7. Les sanctions en cas d'absence d'accusé de réception

La loi prévoit que "les délais de recours ne sont pas opposables à l'auteur d'une demande lorsque l'accusé de réception ne lui est pas transmis ou ne comporte pas les indications prévues par le décret".

Ainsi, le défaut de délivrance d'un accusé de réception à l'auteur d'une demande, entraîne quand s'est formée une décision implicite de rejet, la conservation indéfinie des délais de recours amiable ou contentieux au profit du demandeur.

Cette conservation indéfinie des voies de recours vaut tant qu'une décision expresse n'est pas intervenue.

7. LA TRANSMISSION DES DEMANDES MAL ORIENTEES (article 20)

Lorsqu'une demande est adressée à une autorité administrative incompétente, cette dernière la transmet à l'autorité administrative compétente et en avise l'intéressé.

Cette transmission doit intervenir dans les meilleurs délais dans la mesure où le délai susceptible de faire naître une décision implicite de rejet court à compter de la réception de la demande par l'autorité initialement saisie, le délai au terme duquel est susceptible de naître une décision implicite d'acceptation courant à compter de la réception de la demande par l'autorité compétente.

L'accusé de réception est délivré par l'autorité compétente.

Cette disposition prévue par le décret du 28 novembre 1983 pour les autorités de l'Etat et les établissements publics à caractère administratif avait été étendue par lettre ministérielle du 3 mai 1985 aux organismes de Sécurité sociale.

La loi confirme donc cette application.

8. LE REGIME DES DECISIONS IMPLICITES

1. Principes

L'article 21 de la loi du 12 avril 2000 institue un régime de décisions implicites, le principe retenu étant celui de la décision implicite de rejet.

Excepté dans les cas où un régime de décision implicite d'acceptation est institué par décret, le silence gardé pendant plus de deux mois par l'autorité administrative à la suite d'une demande d'un usager, vaut décision implicite de rejet.

Ce texte s'applique aux demandes et réclamations y compris les recours gracieux et hiérarchiques adressés aux autorités administratives.

La loi précise que des décrets peuvent prévoir des délais différents lorsque la complexité ou l'urgence de la procédure le justifie.

Il n'est prévu, en ce qui concerne les organismes de recouvrement, aucun régime dérogatoire au principe selon lequel le silence de l'organisme vaut rejet de la demande, par l'instauration de décisions implicites d'acceptation.

Il n'est pas non plus prévu de dérogation en termes d'allongement du délai susceptible de faire naître une décision implicite de rejet.

En revanche le délai de recours fixé à un mois prévu par l'article R. 142-6 du code de la Sécurité sociale pour les demandes formulées auprès des commissions de recours amiable, constitue, en application de la circulaire ministérielle précitée du 30/01/02, un délai dérogatoire qui se substitue au délai de droit commun de 2 mois (voir infra).

Les délais de formation des décisions implicites, n'étant ni des délais francs ni des délais de procédure, ils ne peuvent être suspendus ou interrompus (sauf dans le cas d'une demande incomplète), ni être prolongés du fait de leur expiration interviendrait un dimanche ou un jour férié.

En conséquence le délai susceptible de faire naître une décision implicite de rejet, court du lendemain de la réception par l'organisme de la demande du cotisant et expire le dernier jour de la période, sans possibilité de prorogation.

Dès lors que l'accusé de réception a été adressé et porte toutes les mentions obligatoires et notamment les délais de recours dont dispose le cotisant pour contester la décision implicite, ceux-ci doivent être respectés sous peine de forclusion.

Ainsi, le cotisant qui entend contester la décision implicite de rejet de l'URSSAF portant par exemple sur une demande de dispense de la cotisation personnelle d'allocations familiales, sera forclos s'il saisit la CRA au-delà du délai de deux mois - décomptés à partir de la date à laquelle est intervenue la décision implicite de rejet - imparti pour effectuer ce recours.

Il pourra en revanche contester la décision explicite ultérieure.

2. Nature des demandes susceptibles de faire naître une décision implicite de rejet

Les demandes ou réclamations susceptibles de faire naître une décision implicite de rejet de la part des URSSAF sont celles visées par l'obligation de délivrer un accusé de réception. En sont toutefois exclues :

- les demandes d'exonération des cotisations patronales pour l'emploi d'une aide à domicile, les textes prévoyant une notification de la décision d'acceptation ou de refus de l'URSSAF dans un délai de 30 jours,
- la procédure d'interrogation de l'URSSAF sur la nature de l'activité exercée par une personne inscrite à un registre professionnel ou à l'URSSAF en tant que travailleur indépendant (procédure dite du rescrit social), l'article L. 311-11 du code de la Sécurité sociale prévoyant que le défaut de réponse de l'organisme dans le délai de 2 mois suivant la date de la demande, vaut accord sur le non-salariat.

3. Cas particuliers des saisines de la Commission de recours amiable

Aux termes de l'article R 142.6 du code de la Sécurité sociale, le cotisant peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le Tribunal des Affaires de sécurité sociale lorsque la décision de la commission de recours amiable n'a pas été portée à sa connaissance dans le délai d'un mois qui suit la réception de sa contestation par l'organisme.

Cette disposition ne constitue qu'une faculté, le cotisant pouvant attendre la décision explicite de l'URSSAF pour la contester, le cas échéant, devant le TASS.

La loi du 12 avril 2000 n'a pas abrogé ce texte et le décret n° 2001-522 du 20 juin 2001 qui énumère les décisions implicites de rejet concernées par un délai dérogatoire n'y fait pas référence.

Palliant cette omission, la circulaire ministérielle fait figurer dans l'annexe II 2) qui énumère les décisions implicites de rejet concernées par un délai dérogatoire, les réclamations portées devant la commission de recours amiable sur le fondement du délai d'un mois prévu à l'article R.142-6.

En conséquence, pour répondre aux exigences de la loi quant à la mention des voies de recours, les accusés de réception des demandes des cotisants tendant à saisir la commission de recours amiable doivent dorénavant indiquer au cotisant qu'il dispose d'un délai de 2 mois pour saisir le tribunal des affaires de Sécurité sociale :

- soit à l'issue du délai d'un mois suivant la réception par l'organisme de la saisine de la commission, si aucune décision expresse n'intervient dans ce laps de temps, l'absence de décision pouvant être interprétée comme une décision implicite de rejet.

A défaut de recours dans ce délai, et dès lors que celui-ci était mentionné dans l'accusé de réception et lui était donc opposable, le cotisant encourt la forclusion et n'est plus recevable à contester la décision implicite de rejet.

- soit à compter de la notification de la décision explicite de la commission de recours amiable si un désaccord subsiste ; en application de l'article R. 142-18 du code de la Sécurité sociale, la mention du délai de recours devant le TASS figure, en tout état de cause, dans la notification de la décision de la CRA.

4. Recours devant les juridictions administratives

Le décret précité n°2001-492 du 6 juin 2001 intègre les nouvelles règles relatives aux décisions implicites de rejet dans le décret n°65-29 du 11 janvier 1965 relatif aux délais de recours contentieux en matière administrative, dont il modifie l'article 1er.

Le délai de deux mois est substitué au délai de 4 mois initialement prévu, sauf disposition législative ou réglementaire contraire.

Le délai de recours contre cette décision implicite de rejet demeure fixé à deux mois à compter de l'expiration de la période susceptible de la faire naître étant précisé qu'une décision explicite de rejet intervenant dans le délai de deux mois fait à nouveau courir le délai de recours.

Cette disposition n'intéresse pas directement le recouvrement dont le contentieux relève pour l'essentiel de l'ordre judiciaire et non de l'ordre administratif ; elle pourrait néanmoins s'appliquer aux cotisants notamment dans le cas :

- de recours contre le refus d'approbation conjointe du Trésorier Payeur Général et du Préfet de Région, requise avant toute remise partielle ou intégrale des majorations de retard dites « irréductibles » excédant un certain montant,
- de recours contre la décision de la Commission d'accès aux Documents administratifs ayant confirmé le refus de l'URSSAF de communiquer un document au cotisant.

9. LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE

L'article 24 de la loi prévoit qu'exception faite des cas où il est statué sur une demande, les décisions individuelles qui doivent être motivées, en application des articles 1^{er} et 2 de la loi n° 79-587 du 11/07/79 relative à la motivation des actes administratifs, n'interviennent qu'après que la personne intéressée a été mise à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, des observations orales.

L'autorité administrative n'est pas tenue de satisfaire les demandes d'audition abusives.

Ces dispositions ne sont pas applicables :

- en cas d'urgence,
- lorsque leur mise en œuvre serait de nature à compromettre l'ordre public ou la conduite de relations internationales,
- aux décisions pour lesquelles des dispositions législatives ont instauré une procédure contradictoire particulière.

Les modalités d'application de cette disposition sont fixées en tant que de besoin par un décret en Conseil d'Etat ; celui-ci n'est pas intervenu.

Cette disposition ne s'applique pas a priori aux décisions des organismes de Sécurité sociale dans la mesure où celles-ci ne sont pas visées aux articles 1^{er} et 2 de la loi du 11 juillet 1979, mais à l'article 6 de ce texte.

10. LA MISE EN ŒUVRE DANS LE SNV2

Les groupes de travail du SNP ont été saisis de ces nouvelles dispositions pour une mise en œuvre dans le système national de production.

La personnalisation est actuellement une fonctionnalité commune à tous les produits issus du SNV2.

1. La Levée de l'anonymat

a) La personnalisation de la relation et de la décision

Actuellement le libellé porté sur la ligne « votre correspondant » est associé soit à un groupe de travail soit à un type de produit selon le paramétrage choisi dans la table TNOT et est géré dans la table TGRP.

- Aménagements prévus

La personnalisation du correspondant peut-être complétée, par ordre de priorité, et au choix de l'organisme par la mention :

- Terminaliste à l'origine du courrier,
- Groupe de travail d'un service,
- D'un correspondant par défaut pour chaque décision.

b) La personnalisation du signataire

Actuellement seule la qualité du signataire peut-être paramétrée dans la table TNOT.

- Aménagements prévus

La personnalisation du signataire (nom et prénom) peut désormais être ajoutée sur l'ensemble des produits contentieux.

Ce signataire pourra être choisi parmi :

- Le responsable de service,
- Le terminaliste ayant saisi la décision,
- Un signataire choisi par défaut pour chaque décision.

La mise en œuvre de ces personnalisations a nécessité :

- la création d'une table de gestion des informations du terminaliste (TTER),
- la possibilité dans DECA de saisir le terminaliste signataire de la décision,
- la révision du paramétrage des notifications (table TNOT).

Le dossier de spécifications détaillées relatives à ces aménagements a fait l'objet d'une livraison dans le lot 10350 livré le 17 mai 2001.

2. La Délivrance d'un accusé de réception

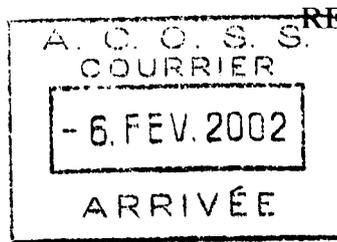
Le SNV2 permet déjà d'éditer des accusés réception pour les demandes de remises de majorations et de pénalités et les accords de délais.

Une étude est en cours pour optimiser l'édition des accusés réceptions relatifs aux demandes de remises et aux demandes de délais.

Cette optimisation aura pour effet de n'éditer des accusés réception que pour les demandes recevables et qui n'ont fait l'objet d'aucune décision dans le délai de quinzaine.

D'autre part une notification sera créée pour accuser réception d'une contestation devant la Commission de recours amiable.

Un texte rappelant le régime de la décision implicite sera édité sur les accusés réceptions décrits ci-dessus.



Paris, le 30 janvier 2002

La ministre de l'emploi et de la solidarité

à

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)

Madame la Directrice de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

Monsieur le Directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM)

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales (CANCAVA)

Monsieur le Directeur de la Caisse autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales (ORGANIC)

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)

Mesdames et Messieurs les directeurs ou responsables des organismes ou services assurant la gestion d'un régime spécial de sécurité sociale (liste en annexe I)

Monsieur le Directeur de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC)

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale des barreaux français (CNBF)

Madame la Directrice de l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (AGESSA)

Madame la Directrice de la Maison des artistes

Pour information :

Monsieur le ministre de l'équipement, des transports et du logement (Direction de l'établissement national des invalides de la marine)

**Monsieur le ministre de l'agriculture et de la pêche
(Direction des exploitations, de la politique sociale et de
l'emploi)**

**Monsieur le Directeur général de la Caisse centrale de
la mutualité sociale agricole**

**Mesdames et Messieurs les Préfets de région
(Directions régionales des affaires sanitaires et sociales,
Directions de la santé et du développement social de la
Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique,
Direction départementale de la sécurité sociale de la
Réunion)**

Circulaire DSS n° 2002-56 du 30 janvier 2002 relative à l'application aux organismes de sécurité sociale de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : application aux organismes de sécurité sociale de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations
--

Mots-clés : relation administration-usager ; organisme de sécurité sociale.
--

Textes de référence :

Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 ; décrets n° 2001-492 à 2001-495 du 6 juin 2001 ; décret n° 2001-532 du 20 juin 2001 ; arrêté du 1 ^{er} octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif

Textes abrogés modifiés : néant
--

La loi n° 2000-321 du 12 avril 2000, qui est relative aux garanties et aux droits des usagers dans leurs relations avec les administrations, est notamment applicable aux organismes de sécurité sociale.

Je rappelle que cette loi vise principalement à améliorer les procédures administratives, à assurer une meilleure transparence administrative et financière et à réduire les délais de réponse aux demandes des usagers.

En cela, elle vient conforter l'un des objectifs majeurs des conventions d'objectifs et de gestion (COG) en cours de renouvellement, puisque celles-ci visent à placer l'utilisateur au cœur du service public.

Plusieurs dispositions de cette loi ainsi que des textes réglementaires relatifs à son application appellent des commentaires et des précisions. Tel est l'objet de la présente circulaire.

1. Le champ d'application de la loi (art. 1^{er})

11. En application de l'article 1^{er}, la loi est applicable aux organismes mentionnés à l'article R. 111-1 du code de la sécurité sociale (du 1^o au 8^o) en tant qu'ils gèrent, en tout ou partie, les régimes définis audit article ainsi que les prestations relevant du livre VIII dudit code et ce quel que soit :

- le mode de gestion du régime ou des prestations (gestion directe par l'employeur ou le comité d'entreprise ou gestion par un organisme tiers doté de la personnalité morale, le cas échéant dans le

cadre d'une gestion déléguée; gestion assurée par un seul organisme ou par plusieurs, notamment au plan local et national),

- la nature juridique du gestionnaire (de droit public¹ ou de droit privé),
- la nature des risques et charges couverts (risques maladie, invalidité, vieillesse, veuvage, décès, accidents du travail, maladies professionnelles et charges de maternité, de famille, d'action sanitaire et sociale et de solidarité)
- la qualification des prestations servies (prestations de sécurité sociale, prestations statutaires et prestations de solidarité).

Par commodité de langage, tous les organismes visés ci-dessus sont désignés dans la présente circulaire sous le vocable « organisme de sécurité sociale ».

12. A l'exception de son article 20 relatif à la transmission des demandes de l'autorité initialement saisie à l'autorité compétente, la loi n'est pas applicable aux relations entre les organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux relations entre ces organismes et les autres autorités administratives au sens de l'article 1^{er} de la loi (administrations de l'Etat, collectivités territoriales, établissements publics à caractère administratif et autres organismes chargés de la gestion d'un service public administratif)

2. La levée de l'anonymat (art. 4)

J'attire votre attention sur l'article 4 de la loi dont les dispositions, qui ne nécessitent pas de texte d'application, visent à lever l'anonymat dans les relations entre les organismes de sécurité sociale et leurs ressortissants.

21. Aux termes du premier alinéa de cet article, toute personne en relation avec un organisme de sécurité sociale a le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administrative de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui la concerne. L'absence de ces indications ne pourra être justifiée que par des motifs tirés de la sécurité publique ou de la sécurité des personnes, toutes notions qui demeurent soumises à l'appréciation du juge.

22. Par ailleurs, je tiens à souligner l'importance que présente le second alinéa de l'article 4 imposant qu'outre la signature de son auteur, la décision mentionne, en caractères lisibles, le prénom, le nom et la qualité du signataire. En effet, le non-respect de ces dispositions risque d'affecter la légalité de la décision. Cette obligation nouvelle vous amènera à contrôler avec rigueur les circuits de décisions et de délégations de signature.

23. Au-delà des obligations expressément prévues par l'article 4, je vous invite à examiner les autres modalités pratiques, notamment en matière d'accueil téléphonique, de signalétique des locaux, d'identification des agents en contact avec le public, que la mise en œuvre de cet article pourra appeler, en fonction des caractéristiques propres aux services relevant de votre domaine de compétence.

3. L'accès aux documents administratifs (art. 7)

L'article 7 vise à améliorer l'accès aux documents administratifs. A cet égard, il définit la notion de « documents administratifs » et précise les conditions de leur communication.

¹ Ainsi, un établissement public de caractère industriel ou commercial qui gère un régime de sécurité sociale relève, pour cette activité, du champ d'application de la loi.

31. Cet article améliore le dispositif de la loi du 17 juillet 1978, après vingt années de pratique. Ainsi, les documents considérés comme documents administratifs sont plus clairement énumérés et définis.

Sont visés les documents élaborés par les organismes de sécurité sociale ainsi que les documents qui émanent de tiers (notamment des pouvoirs publics) et qu'ils détiennent. Il s'agit : des dossiers, des rapports, des études, des comptes rendus, des procès-verbaux, des statistiques, des instructions, des directives, des circulaires, des notes et réponses ministérielles qui comportent une interprétation du droit positif ou une description des procédures administratives, des avis, des prévisions et des décisions. Ces documents peuvent revêtir la forme d'écrits, d'enregistrements sonores ou visuels, de documents existant sur support informatique ou pouvant être obtenus par un traitement automatisé d'usage courant (art 1^{er} de la loi du 17 juillet 1978), à condition, toutefois, qu'un tel traitement ne comporte pas de données permettant de porter une appréciation sur les personnes qui y sont mentionnées.

32. Toutefois, parmi ces documents, ne sont pas communicables, en application de cette même loi (art. 2 et 6), les documents inachevés, les documents préparatoires à une décision tant qu'elle est en cours d'élaboration, les documents faisant l'objet d'une diffusion publique, les documents réalisés dans le cadre d'un contrat de prestation de service et les documents dont la consultation ou la communication porterait atteinte à la sécurité des personnes et au déroulement des procédures pré-contentieuses ou contentieuses (sauf autorisation donnée par l'autorité compétente). Par ailleurs, ne sont communicables qu'à l'intéressé (art. 6) les documents dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et au secret médical, les documents portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique nommément désignée ou facilement identifiable et les documents faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice. Enfin, les informations à caractère médical ne peuvent être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet.

33. Conformément à l'article 4 de la loi du 17 juillet 1978, l'accès aux documents administratifs s'exerce, au choix du demandeur, soit par consultation gratuite sur place (sauf si la préservation du document ne le permet pas), soit par délivrance d'une copie (sous réserve que la reproduction ne nuise pas à la conservation du document et dans les conditions fixées par la loi et son décret d'application).

34. Le décret d'application n° 2001-493 du 6 juin 2001 qui prévoit les modalités de communication des documents administratifs, compte tenu des différents supports utilisables, a été publié au Journal officiel du 10 juin 2001. Ce décret énumère les supports (papier, disquettes, CD-ROM) sur lesquels la délivrance d'un document peut être effectuée ; il apporte des précisions quant à la qualification des tarifs perçus à l'occasion de la délivrance des copies de documents administratifs et quant aux éléments à prendre en compte pour fixer leur tarification (article 2).

Ces tarifs prennent le caractère de rémunération pour services rendus. Ils ne sont pas soumis à TVA.

L'article 2 énumère les éléments entrant dans le calcul des tarifs. Il s'agit du coût du support fourni au demandeur, du coût d'amortissement et de fonctionnement du matériel utilisé pour la reproduction du document et du coût d'affranchissement selon les modalités d'envoi postal choisies par le demandeur. Les charges de personnel résultant du temps consacré à la recherche, à la reproduction et à l'envoi du document ne sont pas prises en compte. Vous devrez veiller à ce que ces exclusions soient rigoureusement observées par les services placés sous votre autorité pour la détermination des tarifs.

35. L'arrêté du 1^{er} octobre 2001 (publié au Journal officiel du 2 octobre 2001) prévu par l'article 3 du décret a fixé, par catégorie de support de reproduction, les tarifs maximum pouvant être mis à la charge des demandeurs. Les tarifs plafonds sont les suivants :

0,18 euro par page de format A4 en impression noir et blanc ;
1,83 euro pour une disquette ;
2,75 euros pour un cédérom.

36. Il ressort des articles 2 (1^{er} alinéa) et 3 (2^{ème} alinéa) du décret du 6 juin 2001 que la facturation des frais en cause n'est pas obligatoire mais est laissée à l'appréciation des organismes de sécurité sociale et que, si nécessaire, le paiement de ces frais peut être exigé préalablement à la délivrance des documents.

37. Outre les documents administratifs communicables au sens de la loi du 17 juillet 1978, il est souhaitable que les organismes de sécurité sociale communiquent aux personnes qui leur en font la demande, conformément au principe posé à l'article 2 de la loi du 12 avril 2000, les textes législatifs et réglementaires qu'ils appliquent. Les conditions relatives au support et aux tarifs dans lesquelles s'effectuent cette communication sont identiques à celles fixées pour les documents administratifs au sens de la loi du 17 juillet 1978.

4. La transparence financière (art. 10)

L'article 10 relatif à la transparence financière porte, d'une part, sur la communicabilité des comptes des autorités administratives, en confirmant la communicabilité de ces comptes qui auparavant n'était expressément prévue dans la législation que pour les collectivités locales, et, d'autre part, sur la transparence des subventions publiques accordées à des personnes privées.

Ces dispositions sont applicables aux organismes de sécurité sociale.

41 Les nouvelles obligations pesant sur les organismes de sécurité sociale :

411. Les organismes de sécurité sociale sont désormais assujettis à l'obligation de communiquer leurs budgets et comptes, sur simple demande de toute personne physique ou personne morale (sous réserve du point 12) relevant ou non de leur champ de compétence (assurés, employeurs, professionnels de santé, associations, etc...).

412. La loi vise à étendre également les avantages que représente, en termes de transparence financière, le principe d'une convention liant toute autorité administrative à un organisme de droit privé subventionné, susceptible d'améliorer la lisibilité et le contrôle de l'utilisation des fonds publics par une définition précise de l'objet de la subvention, de son montant et des conditions de son utilisation.

A ce titre, les organismes de sécurité sociale sont tenus dorénavant de passer une convention avec les organismes de droit privé qu'ils subventionnent lorsque le montant de la subvention allouée dépasse le seuil de 23.000 euros défini à l'article 1^{er} du décret n° 2001-495 du 6 juin 2001 (publié au Journal officiel du 10 juin).

L'article 10 de la loi n'étant toutefois pas applicable aux relations entre autorités administratives au sens de son article 1^{er} (cf point 12), il s'ensuit que les dispositions de cet article 10 relatives à l'obligation de passer convention ne sont pas opposables aux relations financières entre organismes de sécurité sociale et aux relations financières entre l'un de ces organismes et une autre autorité administrative au sens de l'article 1^{er} de la loi (Etat, collectivité territoriale, établissement public à caractère administratif etc..) Il en est ainsi, par exemple, des subventions versées par l'Etat à

.../...

un organisme de sécurité sociale de droit privé (c'est le cas pour la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines) ou des remises de gestion versées aux mutuelles par les caisses primaires d'assurance maladie du régime général. Par ailleurs, lorsque le soutien financier apporté à l'action visée résulte d'un droit permanent reconnu par la loi ou repose sur un acte réglementaire qui en définit les conditions d'attribution, ce dernier ne peut être regardé comme une subvention au sens de l'article 10 de la loi.

Pour les organismes de sécurité sociale, l'obligation de passer convention concernera notamment les subventions versées au secteur associatif dans le cadre de la mise en œuvre de leur politique d'action sanitaire et sociale.

413. De même, les organismes de sécurité sociale doivent se mettre en mesure de pouvoir communiquer à toute personne physique ou morale relevant ou non de leur champ d'application (assurés, employeurs, tiers) qui en fait la demande le budget et les comptes de l'organisme subventionné, assortis du compte rendu financier de la subvention élaboré par l'organisme (ainsi que le cas échéant la convention passée avec cet organisme, eu égard au seuil de la subvention), conformément aux dispositions de l'alinéa 5 de l'article 10 de la loi.

42. Les obligations désormais opposables aux organismes de droit privé subventionnés :

421. Parallèlement, les organismes de droit privé qui reçoivent des subventions de la part d'organismes de sécurité sociale sont astreints à de nouvelles obligations de transparence. Là encore, les organismes de droit privé subventionnés qui ont la qualité d'autorité administrative au sens de l'article 1^{er} de la loi (par exemple, un organisme de sécurité sociale de droit privé ou un autre organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public administratif cf point 12) ne sont pas concernés par ces obligations.

422. Sous cette réserve, tout organisme de droit privé ayant bénéficié de subventions affectées à une dépense déterminée et quelqu'en soit le montant devra élaborer un compte rendu financier de l'utilisation de la subvention allouée, qui atteste de la conformité des dépenses effectuées à l'objet de la subvention. Comme l'exige la loi, ce compte rendu financier devra être remis à l'organisme de sécurité sociale dans les six mois suivant la fin de l'exercice budgétaire pour lequel la subvention a été attribuée. Les caractéristiques de ce document seront fixées par un arrêté à paraître prochainement.

423. Les organismes de droit privé qui auront reçu, au cours d'une année civile, une ou plusieurs subventions de la part d'organismes de sécurité sociale ou d'autres autorités administratives dont le montant, le cas échéant cumulé, sera supérieur à 153.000 euros, montant fixé à l'article 2 du décret du 6 juin susvisé, sont soumis à l'obligation de dépôt à la préfecture de département des documents financiers relatifs aux subventions reçues (budget, comptes annuels, convention (s) passée (s), compte (s) rendu(s) financier(s)). Il serait souhaitable que vous appeliez l'attention des organismes de droit privé que vous subventionnez sur cette obligation.

5. La prise en compte de la date d'envoi (art. 16)

L'article 16 unifie la règle, appliquée déjà par une partie des services publics, selon laquelle la durée de l'acheminement postal n'est pas imputée sur les délais qui s'imposent aux personnes dans leurs démarches administratives. Ainsi, c'est la date d'envoi, et non celle de réception, qu'il y a désormais lieu de prendre en considération pour déterminer si un délai ou une date limite a bien été respecté(e).

Cet article ne vise bien évidemment pas toutes les démarches administratives incombant aux ressortissants des organismes de sécurité sociale (assurés, employeurs etc...) mais uniquement celles dont l'accomplissement doit respecter une date limite ou un délai. Sans en dresser une liste exhaustive, on peut notamment citer le paiement des cotisations et la déclaration d'accident du travail.

S'agissant plus spécifiquement des demandes liées au service d'une prestation, je précise que lorsqu'aucune date ou délai ne s'impose à l'assuré pour la présentation de sa demande, l'article 16 de la loi n'est pas applicable.

Par ailleurs, je vous signale que les dispositions de cet article n'ont aucune incidence sur celles des articles 21 et 22 de la loi.

Bien que l'on puisse déjà considérer que l'article 16 abroge implicitement les dispositions contraires, je vous demande de modifier, le cas échéant, les documents destinés au public, afin de supprimer des procédures existantes les mentions qui ne seraient pas conformes à la nouvelle règle, dans un souci de lisibilité et de clarté de la règle de droit.

Vous prendrez également, le cas échéant, les mesures matérielles permettant d'identifier la date d'envoi (conservation des enveloppes,...) des courriers qui parviennent, par voie postale, dans les services placés sous votre autorité.

6. Le traitement des demandes et le régime des décisions (art. 18 à 24)

Les articles 18 à 24 sont relatifs aux demandes. Il précisent les conditions dans lesquelles les demandes doivent donner lieu à accusé de réception et le régime des décisions applicable (rejet implicite ou acceptation implicite).

61. Article 18 de la loi

L'article 18 de la loi définit le champ d'application des articles 19 à 24 relatifs à l'accusé de réception et au régime des décisions. Cet article 18 appelle cinq précisions :

611. Les formalités administratives dont l'accomplissement ne donne pas lieu à demande ne relèvent pas du champ d'application des articles 18 et suivants²

612. Sont concernées les demandes adressées à un organisme de sécurité sociale par les assurés, les employeurs ou toute autre personne physique ou morale (professionnels de santé, associations etc...), à l'exception d'une autre autorité administrative au sens de l'article 1^{er} de la loi (une administration de l'État, une collectivité territoriale, un établissement public à caractère administratif, un autre organisme de sécurité sociale, un organisme chargé de la gestion d'un service public administratif cf point 12).

Ainsi, les demandes entre organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de l'entraide administrative ou de la mise en œuvre des dispositifs de coordination entre régimes prévus au titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, ne relèvent pas de l'article 18. Il en est de même pour les relations entre un organisme de sécurité sociale et un établissement de soins, public ou privé, qui participe ou est associé à l'exécution du service public hospitalier.

² Il en est ainsi, par exemple, des formalités liées au paiement des cotisations et à la déclaration d'accident du travail par l'employeur

613. Sont concernées non seulement les demandes initiales mais aussi les réclamations, y compris les recours gracieux et hiérarchiques. Les demandes formulées auprès des commissions de recours amiable sont donc également visées.

614. Ne sont concernées que les demandes formulées par écrit ; la nature du support étant indifférente (support papier –y compris les télécopies- ou support électronique).

615. Le second alinéa de l'article 18 dispose que « à l'exception de l'article 21, les dispositions des articles 19 à 24 ne s'appliquent pas aux relations entre les autorités administratives et leurs agents ».

Je vous précise que cette règle dérogatoire ne vise que les relations de travail au sein des organismes ou services gestionnaires des régimes de sécurité sociale. Elle ne s'applique pas dans le cadre des relations entre les ressortissants des régimes et les organismes ou services gestionnaires. Ainsi, les assurés (actifs ou retraités) des régimes de sécurité sociale dont la gestion est assurée directement par leur employeur ou ex-employeur (ce qui est le cas par exemple des régimes spéciaux de la SNCF, de la RATP, des industries électriques et gazières, de la Banque de France à l'exception des prestations en nature maladie-maternité et de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris) ne sont donc pas concernés, en tant que tels, par cette règle dérogatoire et les articles 19, 20 et 22 à 24 leur sont applicables. Il convient en effet de traiter de façon égale tous les assurés, quel que soit le mode de gestion du régime dont ils relèvent.

62. Article 19 de la loi

En application de l'article 19 de la loi, toute demande adressée à un organisme de sécurité sociale doit faire l'objet d'un accusé de réception.

Cet article a toutefois prévu des dérogations dont certaines ont été précisées par l'article 3 du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 (publié au Journal officiel du 10 juin 2001).

621. Pour les organismes de sécurité sociale, il n'y a pas lieu, en application de ces textes législatif et réglementaire, d'accuser réception des demandes lorsque :

6211. une décision implicite ou expresse est acquise au terme d'un délai inférieur ou égal à 15 jours

6212 la demande tend à la délivrance d'un document ou au service d'une prestation prévus par les lois et règlement pour laquelle l'organisme ne dispose d'aucun autre pouvoir que celui de vérifier que le demandeur remplit les conditions légales pour l'obtenir.

6213 les demandes sont abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique

622. Par ailleurs, en application du dernier alinéa de l'article 19, les dispositions de cet article ne sont pas applicables « aux demandes dont l'accusé de réception est régi par des dispositions spéciales »

Il convient d'entendre par « dispositions spéciales » les dispositions de nature législative ou fixées par décret en Conseil d'Etat qui ont prévu des règles propres à certaines demandes en matière d'accusé de réception . Ainsi, par exemple, les dispositions des articles R. 351-34 et R. 354-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoient que les demandes de pension de retraite et les demandes de pension de réversion formulées auprès des caisses vieillesse du régime général de sécurité sociale donnent lieu à délivrance d'un récépissé constituant des « dispositions spéciales » au sens du dernier alinéa de l'article 19 de la loi.

Les règlements communautaires ont également valeur de dispositions spéciales.

Bien évidemment, ces dispositions spéciales ne sont affectées en aucune manière par la dispense de l'obligation d'accuser réception des demandes au sens de l'article 19 de la loi.

623. Si les dérogations visées au point 6211 et 6213 n'appellent pas de commentaires particuliers, les dérogations visées au point 6212 nécessitent par contre certaines précisions.

6231. Les demandes tendant à la délivrance d'un document

Sont concernées par cette dérogation les demandes de documents de caractère purement informatif et les demandes de documents relatifs à la reconnaissance d'un droit ou à la liquidation d'une prestation.

Sont notamment visées :

- * les demandes de notices d'information et de formulaires ;
- * les demandes en vue de la délivrance d'une nouvelle carte d'assurance maladie, en cas de perte, vol ou dysfonctionnement de celle précédemment fournie à l'assuré par l'organisme dont il relève ;

6232. Les demandes relatives à une prestation

A l'exception des prestations d'action sanitaire et sociale de caractère facultatif, l'ensemble des prestations servies par les organismes de sécurité sociale est donc exclu de l'obligation de l'accusé de réception au sens de l'article 19 de la loi et de son décret d'application. Ces prestations sont en effet prévues par les lois et règlements ; elles sont soumises à conditions (selon les cas, des conditions d'affiliation, de nationalité, de domicile, de durée et de niveau de cotisation, d'état de santé, d'âge, de ressources, de cumul etc ...) définies par les mêmes lois et règlements et les organismes de sécurité sociale, qui sont liés par ces conditions, ne disposent d'aucun pouvoir d'appréciation propre pour les attribuer³.

A cet égard, il est précisé que les termes « service d'une prestation » mentionnés par la loi et le décret recouvrent non seulement le versement de la prestation mais aussi les actes de gestion relatifs à son attribution et qui conditionnent son versement. Sont donc également concernées les opérations de liquidation ou de révision de la prestation au cours desquelles les demandes sont examinées au regard des règles d'ouverture de droit, de calcul et de service (notamment de cumul le cas échéant).

En tant qu'elle relèvent des conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, les demandes d'entente préalable sont également visées par la dispense de l'obligation de l'accusé de réception et ce quel que soit le régime de décision applicable (régime de décision implicite de rejet⁴ ou régime de décision implicite d'acceptation⁵) et le délai au terme duquel la décision intervient. Sur ce dernier point, il est à remarquer que les demandes d'entente préalable

³ relèvent notamment de cette situation les prestations d'action sanitaire et sociale de caractère obligatoire, telles les prestations supplémentaires accordées par les Caisses primaires d'assurance maladie du régime général afférentes aux affections de longue durée, aux cures thermales et au traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse à domicile.

⁴ la demande d'entente préalable prévue au 1^{er} alinéa de l'article R.166-3 du code de la sécurité sociale relève du régime de la décision implicite de rejet (au terme du délai de droit commun de 2 mois).

⁵ les autres demandes d'entente préalable relèvent du régime de la décision implicite d'acceptation.

pour lesquelles le délai de décision implicite d'acceptation est inférieur ou égal à 15 jours relèvent également de la dispense de l'accusé de réception visée au point 6211.

Sont également visées par la dispense de l'obligation de l'accusé de réception, les demandes d'attribution ou de renouvellement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU)⁶ puisque ces demandes ont trait à l'ouverture du droit aux prestations.

624. En conclusion, compte tenu de l'article 19 de la loi, notamment de son dernier alinéa, et de l'article 3 du décret du 6 juin 2001, les organismes de sécurité sociale doivent accuser réception, dans les conditions fixées aux articles 1^{er} et 2 du décret, des demandes ayant un objet autre que le service d'une prestation légale ou la délivrance d'un document, sous réserve que ces demandes n'aient pas un caractère abusif au sens de la loi et que des dispositions spéciales, telles que précisées ci-dessus, ne soient pas en vigueur.

Sont notamment concernées par cette obligation les demandes relatives :

- à l'affiliation et à l'immatriculation ;
- aux cotisations et contributions sociales (calcul, exonération, recouvrement, régularisation de cotisations arriérées), y compris les pénalités et majorations s'y rattachant ;
- aux remises (partielles ou totales) de dettes ou à l'échéancier de leur paiement ;
- aux validations rétroactives de services (dans le cas des régimes spéciaux de retraite) ;
- aux rachats de cotisations de retraite ;
- aux prestations d'action sanitaire et sociale de caractère facultatif.

625. A cet égard, je rappelle qu'en application de l'article 1^{er} du décret du 6 juin 2001, l'accusé de réception doit comporter les mentions suivantes :

- la date de réception de la demande et la date à laquelle, à défaut d'une décision expresse, celle-ci sera réputée acceptée ou rejetée ;
- la désignation, l'adresse postale et, le cas échéant, électronique, ainsi que le numéro de téléphone du service chargé du dossier .

Il doit par ailleurs indiquer si la demande est susceptible de donner lieu à une décision implicite de rejet ou à une décision implicite d'acceptation. Dans le premier cas, l'accusé de réception mentionne les délais et les voies de recours à l'encontre de la décision. Dans le second cas, il mentionne la possibilité offerte au demandeur de se voir délivrer l'attestation prévue à l'article 22 de la loi.

L'accusé de réception devra être adressé dans les meilleurs délais possibles.

L'article 2 du décret est relatif aux demandes incomplètes et aux conséquences qu'elles emportent en termes de délai. Je précise que les dispositions de l'article 2 sont liées à celles de l'article 1^{er} et ne concernent donc que les demandes devant donner lieu à accusé de réception dans les conditions définies à l'article 1^{er}.

Je signale toutefois que la règle générale, issue de la jurisprudence tant administrative que civile, relative à la suspension du délai en cas de dossier incomplet est bien évidemment applicable aux demandes qui ne relèvent pas de l'obligation de l'accusé de réception au sens de l'article 19 de la loi et du décret du 6 juin 2001.

⁶ ces demandes sont prévues à l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

Enfin, j'attire votre attention sur la circonstance que le défaut d'accusé de réception (lorsque celui-ci est requis en application de l'article 19 de la loi et du décret du 6 juin 2001) entraîne, quand a été formé une décision implicite de rejet, la conservation indéfinie des délais de recours amiable ou contentieux au profit du demandeur.

626. Comme indiqué au point 613, l'ensemble des précisions ci-dessus relatives à l'application de l'article 19 de la loi sont valables tant pour les demandes initiales que pour les réclamations, y compris les demandes formulées devant les commissions de recours amiable⁷.

63. Article 20 de la loi

J'appelle votre attention sur les dispositions de l'article 20 qui font obligation à un organisme de sécurité sociale incompetent, initialement saisi, de transmettre la demande à l'organisme compétent et d'en aviser l'intéressé.

Cet article précise notamment le point de départ du délai au terme duquel est susceptible d'intervenir, selon qu'il est fait application de l'article 21 ou de l'article 22, une décision implicite de rejet ou d'acceptation.

Dans le cadre du régime de la décision implicite de rejet, le deuxième alinéa de l'article 20 dispose que le délai court à compter de la date de réception de la demande par l'organisme de sécurité sociale initialement saisi. Cette règle impose que la transmission entre les deux organismes de sécurité sociale concernés ou entre un organisme de sécurité sociale et une autre autorité administrative intervienne dans les plus brefs délais.

Dans le cadre du régime de la décision implicite d'acceptation, le troisième alinéa de l'article 20 dispose que le délai court à compter de la date de réception de la demande par l'organisme de sécurité sociale compétent. Bien que le délai de transmission de la demande entre les deux organismes ne s'impute pas, dans ce cas, sur le délai au terme duquel naît la décision, il convient toutefois, au regard de l'objectif d'amélioration du service rendu aux usagers, d'effectuer là encore cette transmission dans les plus brefs délais.

64. Articles 21 et 22 de la loi

Les articles 21 et 22 définissent le régime des décisions applicable : régime des décisions implicites de rejet ou régime des décisions implicites d'acceptation.

641. Il résulte des dispositions de l'article 21 de la loi que, sauf dans les cas où un régime de décision implicite d'acceptation est institué dans les conditions prévues à l'article 22, le silence gardé pendant plus de deux mois par les organismes de sécurité sociale sur une demande ou une réclamation (y compris les recours gracieux ou hiérarchiques) formulée par un assuré, un employeur ou toute autre personne physique ou morale vaut décision de rejet. Lorsque la complexité ou l'urgence de la procédure le justifie, des décrets en Conseil d'Etat prévoient un délai différent⁸.

⁷ Ainsi, par exemple, une demande formulée devant une commission de recours amiable tendant à l'attribution d'une pension de retraite et consécutive à une décision expresse de rejet du service gestionnaire sera dispensée, comme la demande initiale, de la procédure de l'accusé de réception prévue par la loi du 12 avril 2000. A l'inverse, une demande tendant à l'exonération de CSG ou à une remise de dettes donnera lieu à accusé de réception, que cette demande soit formulée devant le service gestionnaire ou devant la commission de recours amiable.

⁸ Ainsi, un délai dérogatoire, fixé à un mois, est prévu à l'article R. 142-6 du code de la sécurité sociale pour les demandes formulées auprès des commissions de recours amiable

L'article 22, qui constitue une exception à la règle définie à l'article 21, dispose que, dans les cas prévus par décrets en Conseil d'Etat, le silence gardé pendant deux mois par l'organisme de sécurité sociale vaut décision d'acceptation de la demande ou de la réclamation. Là encore, lorsque la complexité ou l'urgence de la procédure le justifie, des délais différents peuvent être prévus par les mêmes décrets.

Le « silence gardé » s'entend comme l'absence de notification d'une décision expresse. En conséquence, l'envoi d'un accusé de réception ou d'un courrier de caractère informatif dans le délai au terme duquel naît une décision implicite de rejet ou d'acceptation n'est pas de nature à neutraliser le délai écoulé et à ouvrir un nouveau délai à compter de cet envoi.

Comme pour l'article 20 de la loi, le délai de droit commun de deux mois ainsi que les délais dérogatoires (inférieurs ou supérieurs à deux mois) courent à compter de la date de réception de la demande par l'organisme de sécurité sociale.

642. Le décret en Conseil d'Etat n° 2001-532 du 20 juin 2001, paru au Journal officiel du 22 juin 2001, a fixé pour les organismes de sécurité sociale relevant du ministère de l'emploi et de la solidarité, dans son chapitre III, les délais dérogatoires au délai de droit commun de deux mois prévu pour les régimes de décision implicite de rejet ou d'acceptation relevant des articles 21 et 22 de la loi.

6421. Le régime des décisions implicites de rejet (article 21 de la loi)

Les délais dérogatoires au délai de droit commun de deux mois pour certaines décisions implicites de rejet sont fixés aux articles 34, 36, 37 et 40 à 59 du décret. Ces délais sont tous supérieurs au délai de droit commun : selon les cas, ils sont de quatre ou six mois. Vous trouverez en annexe II la liste des situations et des régimes visés et les délais qui leur sont applicables.

Conformément à la loi, ces délais sont justifiés par la complexité de la procédure. A cet égard, ont été notamment retenus comme facteurs de complexité de la procédure, la nécessité :

- de saisir une commission appelée à donner un avis ou à prendre une décision,
- de recourir à un organisme de sécurité sociale étranger
- d'apprécier l'état de santé ou les ressources de l'intéressé.

S'agissant des régimes spéciaux de sécurité sociale relevant de la tutelle du ministère de l'emploi et de la solidarité en application de l'article R. 112-1 du code de la sécurité sociale, vous observerez que certains de ces régimes ne sont pas visés par le décret du 20 juin 2001 ou ne sont visés que pour certains cas de dérogations au délai de deux mois. Je précise que des dispositions complémentaires seront introduites dans les textes que prendront les autres ministères exerçant conjointement la tutelle sur ces régimes.

6422. Le régime des décisions implicites d'acceptation (article 22 de la loi)

64221. Dans le cadre du régime des décisions implicites d'acceptation, le décret du 20 juin 2001 a retenu un délai dérogatoire unique de 15 jours (articles 35, 38 et 39) en ce qui concerne les actes ou prestations inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), les actes et prestations inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ainsi que les matériels et produits autres que les médicaments inscrits au tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) et dont le remboursement est conditionné à l'accord a priori de l'assurance maladie (c'est-à-dire l'entente préalable).

Pour ce qui concerne les actes en série (soins infirmiers, actes de kinésithérapie notamment), le passage du délai de 10 à 15 jours ne doit pas être perçu comme une volonté de renforcer le contrôle a priori sur les soins. L'allongement de ce délai s'explique en effet par la seule volonté d'harmonisation et de simplification souhaitée par le législateur.

Je précise que les actes non inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) dont le remboursement est néanmoins autorisé en application de l'article 4 des dispositions générales de la nomenclature relèvent désormais du même régime que celui applicable aux actes et prestations inscrits à ladite nomenclature, à savoir le régime de la décision implicite d'acceptation au terme du délai de 15 jours visé ci-dessus.

64222. Par ailleurs, je rappelle que dans le cadre du régime des décisions implicites d'acceptation, des délais dérogatoires au délai de droit commun de deux mois ont également été fixés par des décrets en Conseil d'Etat intervenus antérieurement à celui du 20 juin 2001. Ces délais dérogatoires sont les suivants :

- dans le cadre de l'assurance maladie, un délai de 10 jours à compter de l'expédition de la demande est en vigueur pour les demandes d'entente préalable relatives au remboursement des frais de transports sanitaires et de transports non sanitaires (application des articles R. 322-10-3 et R. 322-11-3 du code de la sécurité sociale).
- en matière de prestations familiales, des délais dérogatoires ont également été fixés pour l'allocation de présence parentale (APP), qui est la seule prestation familiale à laquelle s'applique le régime de la décision implicite d'acceptation. Ainsi, l'avis favorable du contrôle médical exigé pour le droit à cette prestation est réputé acquis faute de réponse à la fin du deuxième mois civil suivant le mois de dépôt de la demande et la décision de l'organisme débiteur de l'APP est réputée favorable faute de réponse à la fin du troisième mois civil suivant le mois de dépôt de la demande. Ces dispositions sont fixées à l'article R. 544-3 du code de la sécurité sociale.
- s'agissant des accidents du travail et des maladies professionnelles, différents délais dérogatoires ont été fixés dans le cadre de la procédure de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie (articles R.441-10 et R. 441-14 du code de la sécurité sociale)

64223. Vous trouverez en annexe III un tableau récapitulatif des situations visées (régime des décisions implicites d'acceptation) par les délais dérogatoires au délai de droit commun de deux mois.

64224. Je rappelle que, dans le cadre du régime des décisions implicites d'acceptation, une seule catégorie de demandes relève du délai de droit commun de deux mois. Il s'agit des demandes d'attribution de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (art. L. 861-5 et R. 861-16 du code de la sécurité sociale).

7. Le reversement des prestations sociales indûment perçues (art. 25)

Cet article est relatif aux procédures applicables en matière de reversement des prestations sociales indûment perçues.

71. Il concerne tous les organismes visés au point 11 et vise tant les prestations obligatoires que les prestations d'action sanitaire et sociale.

Cet article, qui complète le dispositif fixé à l'article 6 de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 modifiée⁹ relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public, dispose que les décisions des organismes de sécurité sociale ordonnant le reversement de prestations sociales indûment perçues doivent être motivées et qu'elles doivent indiquer les voies et délais de recours ouverts à l'assuré ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, l'assuré peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.

72. Par rapport à la législation antérieure, la novation apportée par l'article 25 a trait à la possibilité offerte à l'assuré, postérieurement à la notification de l'indu, de présenter des observations écrites ou orales.

721. La mise en œuvre de cette possibilité devra être organisée au niveau des services gestionnaires

722. Bien évidemment, cette nouvelle procédure n'affecte en aucune façon les règles de saisine et de fonctionnement des commissions de recours amiable et ne constitue pas une étape obligatoire préalablement à cette saisine.

723. Compte tenu du délai de deux mois à compter de la notification de l'indu qui s'impose à l'assuré pour saisir la commission de recours amiable (article R. 142-1 du code de la sécurité sociale), j'appelle tout particulièrement votre attention sur fait que la nouvelle procédure devra être mise en œuvre par les services gestionnaires dans un délai aussi court que possible à compter de la notification de l'indu.

A cet égard, la notification de l'indu, qui doit être motivée et doit indiquer les voies et délais de recours ainsi que la nouvelle possibilité offerte à l'assuré, devra mentionner également :

- le délai dans lequel l'assuré pourra présenter ses observations écrites au service gestionnaire ou demander à être reçu par celui-ci (avec la possibilité dans ce dernier cas, de se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix). Ce délai pourrait être de l'ordre de 2 ou 3 semaines.
- la désignation, l'adresse postale et, le cas échéant, électronique, ainsi que le numéro de téléphone du service gestionnaire en cause.

724. Afin de permettre à l'assuré de saisir, le cas échéant, la commission de recours amiable dans des conditions satisfaisantes, la réponse du service gestionnaire aux observations écrites ou orales de l'assuré devra, le cas échéant, parvenir à celui-ci au moins 15 jours avant l'expiration du délai de saisine de cette commission.

*
* * *

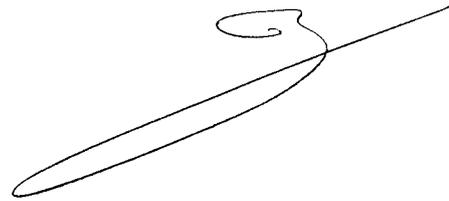
⁹ « Les organismes de sécurité sociale ... doivent faire connaître les motifs des décisions individuelles par lesquelles ils refusent un avantage dont l'attribution constitue un droit pour les personnes qui remplissent les conditions légales pour l'obtenir.

L'obligation de motivation s'étend aux décisions par lesquelles les organismes ... visés à l'alinéa précédent refusent l'attribution d'aides ou de subventions dans le cadre de leur action sanitaire et sociale »

La loi du 12 avril 2000 apporte dans le droit positif une série d'innovations en matière de relations entre les administrations et les usagers ; elle peut conduire le cas échéant à porter un regard nouveau sur l'organisation actuelle des services. Vous veillerez à ce que ceux-ci en prennent la juste mesure et s'attachent à l'appliquer dans l'intérêt des citoyens et du service public.

Je vous demande de bien vouloir de procéder, dans le courant du premier trimestre de l'année 2003, à un premier bilan de la mise en œuvre de la loi du 12 avril 2000 et de m'en communiquer les principales constatations.

Pour le Ministre et par délégation,
Le Directeur de la Sécurité Sociale,



Pierre-Louis BRAS

ANNEXE I

**Directeurs ou responsables des organismes ou services assurant la gestion
d'un régime spécial de sécurité sociale**

- 1) Monsieur le Directeur général de la Caisse des dépôts et consignations (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, Fonds spécial des ouvriers des établissements industriels de l'État)
- 2) Monsieur le Directeur de la Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF
- 3) Monsieur le Directeur de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
- 4) Monsieur le Directeur de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale
- 5) Monsieur le Chef des services de la Caisse de Coordination aux assurances sociales de la RATP
- 6) Monsieur le Directeur de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
- 7) Monsieur le Directeur de la Caisse de prévoyance maladie de la Banque de France
- 8) Madame la Directrice de la Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris
- 9) Monsieur le Directeur de la Caisse de retraites du personnel de la Comédie Française
- 10) Madame la Directrice de la Caisse de prévoyance du personnel du Port autonome de Bordeaux
- 11) Monsieur le Directeur des ressources humaines de la SNCF (Département de la protection sociale et des services médicaux)
- 12) Monsieur le Directeur du personnel et des relations sociales d'EDF-GDF (pôle protection sociale)
- 13) Monsieur le Directeur d'I.E.G Pensions
- 14) Madame la Directrice du Département « gestion et innovations sociales » de la RATP
- 15) Monsieur le Directeur de l'administration du personnel de la Banque de France (service régimes spéciaux retraite et maladie)
- 16) Monsieur le Directeur des ressources humaines de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris
- 17) Monsieur le Directeur du Port autonome de Strasbourg
- 18) Monsieur le Directeur des ressources humaines de la société ALTADIS
- 19) Monsieur le Chef du service des ressources humaines de l'Imprimerie nationale

ANNEXE II**RÉGIME DE DECISION IMPLICITE DE REJET (art. 21 de la loi)****DELAIS DEROGATOIRES****1) Délais fixés par le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001**

MOTIF DE LA DEMANDE	REGIMES CONCERNES	DELAIS APPLICABLES (n° de l'article du décret)
DISPOSITIONS GENERALES		
exonération de la contribution sociale généralisée		4 mois (art. 34, codifié à l'art. R.130-1 du CSS)
exonération de la contribution au remboursement de la dette sociale		4 mois (art. 34, codifié à l'art. R.130-1 du CSS)
ASSURANCE MALADIE		
exonération de cotisations d'assurance maladie	tous régimes	4 mois (art. 34, codifié à l'art. R.130-1 du CSS)
agrément des actions expérimentales définies à l'article L. 162-31 du CSS	tous régimes	6 mois (art. 36, codifié à l'art. R.162-46 du CSS)
agrément des actions expérimentales définies à l'article L. 162-31-1 du CSS	tous régimes	6 mois (art. 37, codifié à l'art. R.162-50-5 du CSS)
maintien de l'indemnité journalière dans le cadre d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle	régime général et régimes se référant aux règles du régime général	6 mois (art. 41, codifié à l'art. R.323-3 du CSS)
ASSURANCE INVALIDITE		
liquidation ou révision d'une pension d'invalidité et de ses accessoires	régime des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales	4 mois (art. 46, codifié à l'art. R.635-1 du CSS)
	régime des professions libérales	4 mois (art. 49, codifié à l'art. R.644-1 du CSS)
	régime des avocats	4 mois (art. 55, codifié à l'art. R.723-55 du CSS)

MOTIF DE LA DEMANDE	REGIMES CONCERNES	DELAIS APPLICABLES (n° de l'article du décret)
ASSURANCE VIEILLESSE		
liquidation ou révision d'une pension de retraite et de ses accessoires nécessitant la prise en considération de périodes effectuées à l'étranger	tous régimes	4 mois (art. 40, codifié à l'art. R.171-1-1 du CSS)
liquidation ou révision d'une pension de retraite pour inaptitude au travail ou pour invalidité et ses accessoires	régime général	4 mois (art. 42, codifié à l'art. R.351-22 du CSS)
	régime des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales	4 mois (par le jeu de l'art. L.634-2 du CSS)
	régime des professions libérales	4 mois (art. 47, codifié à l'art. R.643-8 du CSS)
	régimes spéciaux ci-après : mines, SNCF, chemins de fer d'intérêt général secondaire, d'intérêt local et tramways, Banque de France, clercs et employés de notaires, Chambre de commerce et d'industrie de Paris, Port autonome de Strasbourg.	4 mois (art. 50, codifié à l'art. R.711-19-1 du CSS)
	régime des cultes	4 mois (art. 52, codifié à l'art. R.731-39 du CSS)
	régimes des avocats	4 mois (art. 53, codifié à l'art. R.723-35 du CSS)
liquidation ou révision de la majoration pour conjoint à charge	régime général	4 mois (art. 43, codifié à l'art. R.351-31 du CSS)
liquidation ou révision d'une pension de réversion et de ses accessoires	régime général	4 mois (art. 44, codifié à l'art. R.354-1 du CSS)
	régime des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales	4 mois (par le jeu de l'art. L.634-2 du CSS)
	régime des professions libérales	4 mois (art. 48, codifié à l'art. R.643-16 du CSS)
	l'ensemble des régimes spéciaux, à l'exception du régime fixé par le code des pensions civiles et militaires de retraite et des régimes du Théâtre national de Paris et de la Comédie-Française	4 mois (art. 50, codifié à l'article R. 711-19-2 du CSS)
	régime des cultes	4 mois (art. 52, codifié à l'art. R.721-39-1 du CSS)
	régime des avocats	4 mois (art. 54, codifié à l'art. R.723-44 du CSS)

MOTIF DE LA DEMANDE	RÉGIMES CONCERNES	DELAIS APPLICABLES (n° de l'article du décret)
affiliation à l'assurance vieillesse, invalidité et maladie	régime des cultes	4 mois (art. 51, codifié à l'art. R.721-27 du CSS)
validation rétroactive de services	régimes spéciaux ci-après : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, marins, mines, SNCF, chemins de fer d'intérêt général secondaire, d'intérêt local et tramways, industries électriques et gazières, Banque de France, Théâtre national de Paris et Comédie-Française	6 mois (art. 50, codifié à l'art. R.711-19-3 du CSS)
liquidation ou révision d'une pension de retraite ou d'une pension de réversion	régime spécial de l'Opéra national de Paris	6 mois (art. 58)
liquidation ou révision d'une pension de retraite ou d'une pension de réversion	régime spécial de la Comédie-Française	6 mois (art. 59)
PRESTATIONS FAMILIALES		
liquidation de l'allocation d'éducation spéciale	prestation universelle	6 mois (art. 45)
ALLOCATIONS NON CONTRIBUTIVES		
liquidation ou révision de l'une des allocations prévues au titre Ier du livre VIII du CSS (AVTS, AVTNS, allocation aux mères de famille, allocation spéciale, allocations supplémentaires), à l'exception des personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite		4 mois (art. 56, codifié à l'art. R.810-1 du CSS)
attribution de l'allocation aux adultes handicapés		6 mois (art. 57, codifié à l'art. R.821-5 du CSS)

2) Délais fixés par un autre texte

MOTIF DE LA DEMANDE	RÉGIMES CONCERNES	DELAIS APPLICABLES (et référence du texte)
Réclamations portées devant la Commission de recours amiable	tous régimes	1 mois (art. R.142-6 du CSS)

ANNEXE III**REGIME DE DECISION IMPLICITE D'ACCEPTATION (art. 22 de la loi)****DELAIS DEROGATOIRES****1) Délais fixés par le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001**

MOTIF DE LA DEMANDE	REGIMES CONCERNES	DELAIS APPLICABLES (n° de l'article du décret)
ASSURANCE MALADIE		
Actes de biologie médicale (inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale - NABM) dont le remboursement est conditionné par l'obtention d'un accord a priori de l'assurance maladie (entente préalable)	tous régimes	15 jours (art. 35 du décret, codifié à l'art. R. 162-18 du CSS)
Actes professionnels (inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels - NGAP) dont le remboursement est conditionné par l'obtention d'un accord a priori de l'assurance maladie (entente préalable)	tous régimes	15 jours (art. 38 du décret, codifié à l'art. R. 162-52 du CSS)
Actes professionnels (non inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels - NGAP) dont le remboursement est néanmoins autorisé en application de l'article 4 des dispositions générales de la NGAP, sous réserve de l'accord a priori de l'assurance maladie (entente préalable)	tous régimes	15 jours (application de l'art. 38 du décret, codifié à l'art. R. 162-52 du CSS)
Dispositifs médicaux, matériel et produits de santé autres que médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale dont le remboursement est conditionné par l'obtention d'un accord a priori de l'assurance maladie (entente préalable)	tous régimes	15 jours (art. 39 du décret, modifiant les art. R. 165-23 et r. 165-30 du CSS)

2) Délais fixés par un autre texte

MOTIF DE LA DEMANDE	REGIMES CONCERNES	DELAIS APPLICABLES (et référence du texte)
ASSURANCE MALADIE		
entente préalable relative au remboursement des frais de transports sanitaires et de transports non sanitaires	régime général et régimes se référant aux règles du régime général	10 jours (art. R. 322-10-3 et R. 322-11-3 du CSS)
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES		
Reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie	régime général et régimes appliquant le livre IV du CSS	<ul style="list-style-type: none"> • 30 jours à compter de la date à laquelle la caisse a eu connaissance de la déclaration d'accident du travail • 3 mois pour la déclaration de maladie professionnelle <p>Si nécessité d'enquête complémentaire : nouveau délai de 2 mois pour l'accident du travail et de 3 mois pour la maladie professionnelle</p> <p>(décret n° 99-323 du 27 avril 1999, art 1^{er} -III et V-codifié aux art. R.441-10 et R.441-14 du CSS)</p>
PRESTATIONS FAMILIALES		
Liquidation de l'allocation de présence parentale (APP)	prestation universelle	<p><u>au regard de l'avis du contrôle médical</u> : délai compris entre la réception de la demande et le dernier jour du deuxième mois civil suivant cette réception</p> <p><u>au regard de la décision de l'organisme débiteur</u> : délai compris entre la réception de la demande et le dernier jour du troisième mois civil suivant cette réception</p> <p>(art. 4, IV, du décret n° 2001-105 du 5 février 2001, codifié à l'art. R. 544-3 du CSS)</p>