
LE CONTENTIEUX DE LA SECURITE SOCIALE EN DROIT BENINOIS

Samson Igor Bidossessi GUEDEGBE

Maître de Conférences Agrégé de l'enseignement supérieur du CAMES

Université d'Abomey-Calavi, BENIN

&

Nassirou Moussa

Doctorant en Droit privé

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I- Le contentieux du recouvrement des cotisations sociales

A- Les démarches amiables préalables

B- Le recouvrement forcé en cas de résistance

II- Le contentieux des prestations de sécurité sociale

A- Le préalable gracieux obligatoire

B- Le recours juridictionnel spécifique

CONCLUSION

A-

Résumé

La sécurité sociale, marqueur de la solidarité familiale, fait l'objet d'un contentieux spécifique qui ne se laisse pas aisément appréhender. En s'interrogeant sur les ressorts du règlement des litiges nés de la sécurité sociale au Bénin, la présente étude se propose à partir d'une analyse critique et approfondie du droit positif béninois d'en dégager les différents appuis. Il s'agit notamment du contentieux du recouvrement des cotisations sociales et du contentieux des prestations de sécurité sociale.

Mots clés : Contentieux, sécurité sociale, droit de la sécurité sociale,

INTRODUCTION

Il est un lieu commun que le contentieux de la sécurité sociale est le reflet juridique des fragilités sociales. Le contentieux de la sécurité sociale au Bénin s'aligne parfaitement sur cette réalité et mérite qu'une attention particulière y soit apportée.

La sécurité sociale, en tant que mécanisme protecteur ou en tant qu'institution sociale, met en relation plusieurs acteurs titulaires de divers droits et d'obligations. Fondamentalement, les organismes de sécurité sociale ont pour mission de recouvrer les cotisations et d'assurer le service des prestations de sécurité sociale instituées par la loi. La sécurité sociale n'est pas à l'abri de contestations et litiges, sources de contentieux qui peuvent intéresser soit le recouvrement soit les prestations de sécurité sociale.

Du latin *contentiosus*, « querelleur », et de *contentio*, qui signifie « la lutte », le terme contentieux est employé dans un sens général, lorsque des personnes, des entités, des pays même se disputent. C'est ainsi que la presse relate aujourd'hui le contentieux entre la Russie et l'Ukraine¹. En droit, le contentieux désigne « tout ce qui est ou peut être l'objet d'une discussion, d'un débat, d'un procès »². La doctrine a pris l'habitude de généraliser le mot contentieux pour lui attribuer l'ensemble des affaires d'une spécialité. C'est ainsi que le doyen Cornu conçoit la notion comme étant l'ensemble des litiges susceptibles d'être soumis aux tribunaux, soit globalement, soit dans un secteur déterminé³.

La sécurité sociale est définie comme l'ensemble de législations et organisations destinées à garantir aux employés une protection par le biais d'assurance sociale contre les risques sociaux⁴. C'est donc la protection que la société assure aux individus et aux

¹ D. DE HOLMSKY « Contentieux » in, E. PIERRAT (Dir.), Dictionnaire du monde judiciaire, éd. Bouquins, Paris, 2022, pp : 326-327

² Ibid.

³ G. CORNU, Vocabulaire juridique, 13^{ème} éd. Puf, Paris, 2021, p.251

⁴ Ph. J. VOLMAR, Dictionnaire du droit du travail, éd. Charesso, 2024, p. 139.

ménages pour leur permettre d'accéder aux soins de santé et leur garantir une sécurité de revenu notamment dans les circonstances suivantes : vieillesse, chômage, maladie, invalidité, accident de travail, maternité, disparition d'un soutien de famille⁵. On en déduit qu'il s'agit, comme le souligne Pierre Laroque, de « la garantie donnée à chacun, qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes »⁶.

Comme on peut s'en convaincre, la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale.

En Droit béninois, le régime de sécurité sociale concerne les prestations familiales et de maternité (branche des prestations familiales), des prestations d'accident de travail et des maladies professionnelles (branche des risques professionnels), des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants (branche des pensions), des prestations d'assurance-maladie et autres prestations de sécurité sociales⁷.

Au nombre des contentieux possibles, figure celui de la sécurité sociale, compris comme l'ensemble des litiges auxquels donne lieu l'application du Droit de la sécurité sociale et par dérivation les juridictions compétentes pour trancher ces litiges⁸.

De façon classique, on distingue, en matière de contentieux de la sécurité sociale, deux types de contentieux. Il s'agit, d'une part, du contentieux général de la sécurité sociale et, d'autre part, des contentieux spéciaux.

Le contentieux général prend en compte les litiges relatifs à l'assujettissement au régime de sécurité sociale, au calcul et au recouvrement des cotisations et aux prestations de sécurité sociale. Quant aux contentieux spéciaux encore appelés contentieux techniques, ils regroupent le contentieux technique de l'incapacité au travail (contestations relatives à la fixation du taux d'incapacité permanente en matière

⁵ OIT, données factuelles sur la sécurité sociale, *wcms_067590.pdf*, consulté le 10 mars 2025 à 14h.

⁶ P. LAROQUE, cité par G. HUTEAU, *Le droit de la sécurité sociale, système et finalités*, 2^{ème} éd. Presses de l'EHESP, Rennes, 2021, p. 3.

⁷ Cf. art. de la loi n° 98-019 du 21 mars 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin.

⁸ Ibid.

d'accident du travail et contestations relatives à l'appréciation de l'état d'invalidité des assurés prétendant à une pension) et le contentieux technique de la fixation des cotisations en matière de risques professionnels. Pour la présidente Bouscant, « *le contentieux technique de la Sécurité sociale s'adresse à une catégorie de justiciables touchée dans son intégrité physique ou mentale dès la naissance ou au cours de la vie personnelle ou professionnelle* »⁹.

La préoccupation fondamentale liée au contentieux de la sécurité sociale est celle-ci : quels sont les ressorts du règlement des litiges nés de la sécurité sociale au Bénin ?

La démarche méthodologique est celle de l'analyse substantielle et critique du droit positif béninois en matière de contentieux de la sécurité sociale, en l'occurrence la loi n° 98-019 du 21 mars 2003 portant Code de sécurité sociale en République du Bénin, les dispositions afférentes à la sécurité sociale contenue dans la loi n° 98-004 du 27 janvier 1998 portant code du travail en République du Bénin et la loi n° 2017-05 du 29 août 2017 fixant les conditions et la procédure d'embauche, de placement de la main d'œuvre et de résiliation du contrat de travail en République du Bénin ainsi que les décisions des juridictions dont celles de la Cour constitutionnelle du Bénin¹⁰.

Cette analyse importe en ce que ledit contentieux fait l'objet de peu de réflexion doctrinale et est difficilement comprise par les justiciables. La présente étude permettra ainsi de mettre en lumière un contentieux encore moins connu dont l'examen contribue au « respect de la dignité humaine en libérant les individus de l'humiliation de faire appel à l'assistance ou à la charité pour répondre aux vicissitudes de l'existence »¹¹. Il y va également de la garantie de la justice sociale. En effet, la justice sociale commence là où la société choisit de protéger les plus vulnérables¹².

La présentation classique du contentieux de la sécurité sociale présente peu d'intérêt pour cette étude. D'ailleurs, l'expression « contentieux technique » a formellement

⁹ V. C. BOUSCANT, « Lettre de la Présidente », *Rapport CNITAAT*, 2012.

¹⁰ Décision DCC 16-157 du 13 octobre 2016 ; Décision DCC 22-334 du 27 octobre 2022 ; Décision DCC 24-157 du 25 juillet 2024 ; Décision DCC 24-197 du 07 novembre 2024.

¹¹ G. HUTEAU, *op. cit.*, p. 3.

¹² Cf. J. RAWLS, *Théorie de la justice*, éd. Points, 2009, 658 p.

disparu de tous les textes au profit de celui de « contentieux de la sécurité sociale », la distinction d'un contentieux non-médical et d'un contentieux médical étant désormais privilégiée¹³.

C'est pourquoi, il lui est préféré dans la présente contribution, une démarche plutôt centrée sur les deux (02) activités fondamentales de la sécurité sociale. Ainsi conviendrait-il d'étudier le contentieux de la sécurité sociale en deux (02) parties à savoir le contentieux du recouvrement des cotisations (I) et le contentieux des prestations de sécurité sociale (II).

¹³ S. GUINCHARD et Th. DEBARD (Dir.), *Lexique des termes juridiques*, 30^{ème} éd. Dalloz, Paris, 2022-2023, p. 539

I- Le contentieux du recouvrement des cotisations sociales

Les ressources nécessaires au financement de la sécurité sociale sont pour l'essentiel constituées par les cotisations des travailleurs et des employeurs¹⁴. Ces dernières sont portables et non quérables¹⁵, et font ainsi peser sur l'employeur à terme échu, l'obligation de déclarer les salaires et les cotisations sociales y afférentes. C'est donc l'employeur qui procède au paiement desdites cotisations. À défaut de paiement spontané, l'organisme de sécurité sociale peut déployer des procédures de nature à provoquer le recouvrement des cotisations. Deux voies lui sont ouvertes à cet effet. En l'occurrence, préalablement au recouvrement forcé (B), des démarches amiables doivent être menées (A).

A- Les démarches amiables préalables

En pratique, avant d'envisager la procédure de recouvrement forcé des cotisations, l'organisme de sécurité sociale recourt à des moyens d'action à gravité graduelle à savoir : la notification d'un avis de débit, la notification d'une relance ou de rappel d'obligation et enfin la notification d'une mise en demeure¹⁶. Toutes ces phases ne sont pas expressément prévues par le code de sécurité sociale, mais cette démarche amiable se justifie par une certaine présomption de bonne foi du débiteur et par le caractère social de la créance de cotisations.

Ainsi, il n'existe pas de texte réglementaire organisant la notification d'avis de débit ou des relances notamment en ce qui concerne les délais qui peuvent être accordés aux employeurs pour s'exécuter. Ces pratiques sont donc laissées au libre arbitrage des services de recouvrement.

L'avis de débit est appréhendé comme un moyen par lequel le créancier informe son débiteur de l'existence d'une dette à solder. En l'espèce, par la notification d'avis de

¹⁴ Art. 20 de la loi n°98-019 du 21 mars 2003 tel que modifié par la loi 2007-02 du 26 mars 2007, portant code de sécurité sociale en République du Bénin.

¹⁵ Article 25 du code de sécurité sociale du Bénin

¹⁶ Article 27-3 du code de sécurité sociale du Bénin.

débit, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) informe l'assuré de la somme d'argent qu'il doit à l'organisme. Cela peut être dû à des cotisations impayées, des erreurs de calcul, ou d'autres raisons liées au statut d'assuré. Dans ce cadre, en pratique, il est prévu que « les bordereaux de versement ou les avis de débit sont à ramener à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) afin d'obtenir une quittance de la Caisse du même montant »¹⁷.

Il en est de même en ce qui concerne les notifications de relances. Ces dernières sont généralement émises par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour rappeler aux employeurs le paiement des cotisations sociales et les déclarations périodiques. Ces notifications peuvent concerner des retards de paiement, des erreurs dans les déclarations, ou d'autres manquements aux obligations sociales. En tout état de cause, ce n'est que lorsque le débiteur s'obstine à ne pas s'exécuter, qu'il est formellement mis en demeure.

En matière de sécurité sociale, la mise en demeure est définie comme une injonction adressée par un organismes de recouvrement au débiteur afin qu'il régularise sa situation quant aux cotisations dus¹⁸. Cette mise en demeure précède et annonce le recouvrement forcé.

Dans la législation béninoise, la mise en demeure est faite au débiteur par le directeur général de la Caisse par lettre recommandée avec accusé de réception, invitant l'employeur à régulariser sa situation dans un délai de 15 jours¹⁹. Il n'y est pas en revanche pas prévu la possibilité de s'opposer à la mise en demeure comme le cas français, pris à titre de droit comparé. Dans ce cas échéant, une mise en demeure adressée par un organisme de recouvrement peut être contestée devant la commission de recours amiable de l'organisme de sécurité sociale, comme le prévoit l'alinéa 3 de l'article L133-8-7 du code français de sécurité sociale en ces termes : « Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme de recouvrement peut

¹⁷ <https://benin.eregulations.org/procedure/26/step/105>

¹⁸ Cf. S. GUILLIEN et Th. DEBARD, *Lexique des termes juridiques*, 24^{ème} éd. 2016-2017, éd. Dalloz, p. 708.

¹⁹ Art. 27 -3

délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ».

En tout état de cause, lorsque l'employeur n'exécute pas ses obligations vis-à-vis de la sécurité sociale, en dépit des moyens ci-dessus évoqués, celle-ci est fondée à engager à son encontre une action en recouvrement forcé.

B- Le recouvrement forcé en cas de résistance

En cas de résistance de l'employeur, malgré les relances et avertissements, l'organisme de sécurité sociale est fondé à engager à son encontre les procédures de recouvrement forcé après l'avoir mis en demeure. L'inobservation de la formalité de la mise en demeure préalable est donc une cause d'inefficacité de la procédure de recouvrement forcé²⁰.

Le défaut d'envoi préalable de la mise en demeure est une cause d'annulation de la contrainte par le juge et la charge de la preuve de l'accomplissement de cette formalité incombe entièrement à l'organisme de sécurité sociale créancier La Caisse en tant qu'établissement public assurant une mission de service public, dispose de moyens exceptionnels empreints de prérogatives de puissance publique pour le recouvrement des cotisations.

Au Bénin, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) recouvre ses cotisations principalement par la voie de la contrainte²¹. Cette dernière découle d'une mise en demeure restée sans effet et est délivrée par le directeur général de la Caisse. La

²⁰ Cass. Soc. 24 déc. 1994, SA AGF Vie et AGF IART c/URSSAF de Paris, RJS 1/95, n°66, Cass. Soc. 5 janvier 1995, CANCAVA c/M. Guillou).

²¹ Art. 27 al. 4 du code de sécurité sociale

contrainte est visée et rendue exécutoire par le président du tribunal compétent. Elle comporte tous les effets d'un jugement et est signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, par les agents assermentés de la Caisse ou par exploit d'huissier dont les frais sont à la charge du débiteur.

Le code de sécurité sociale prévoit l'opposition à la contrainte en son article 27 alinéa 4 in fine. La disposition précise que : « ...*l'exécution de la contrainte peut être interrompue par le recours introduit par le débiteur devant le tribunal compétent pour contester la réalité ou le montant de la dette dans un délai de huit jours* ». Le législateur circonscrit l'opposition à contrainte aux contestations relatives soit à *la réalité* soit au *montant de la dette* de cotisations.

De ce point de vue, il convient de faire remarquer la tendance à l'application des règles civiles de fond²² et de procédure (Par exemple, il peut être question de savoir si une juridiction saisie du contentieux de la sécurité sociale peut octroyer des délais de paiement sur le fondement de l'article 1244 du code civil) : L'application des règles de procédure civile au contentieux de recouvrement des créances de sécurité sociale place l'organisme de sécurité sociale dans la position d'un créancier ordinaire et offre d'énormes moyens de dilatoire au débiteur pour faire échec au recouvrement forcé entrepris à son encontre.

Elle conduit à des procédures judiciaires très longues incompatibles aux impératifs et besoins de recouvrement de la sécurité sociale²³ au contentieux du recouvrement en matière de sécurité sociale. L'opposition a un effet suspensif de la procédure de recouvrement forcé jusqu'à ce qu'il soit définitivement statué sur le litige par les juges du fond. Il convient de préciser que l'article 815 du code de procédure civile, sociale, administrative et des comptes, précise la procédure d'opposition à l'exécution des contraintes délivrées par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

²² Article 1244 du code civil.

En tout état de cause, l'article 28 du code de sécurité sociale prévoit une procédure d'astreinte en cas de défaut de production des listes nominatives par les employeurs. En effet, ces derniers doivent fournir en justification de leurs versements de cotisations, une déclaration nominative des salaires versés à leur personnel. Le non-respect de cette obligation est sanctionné par une astreinte prononcée par le juge des référés.

La procédure d'astreinte est ouverte par voie d'assignation de l'employeur défaillant devant le juge des référés. L'astreinte prononcée par ordonnance de référé est liquidée par le directeur général de la Caisse et recouvrée dans les mêmes conditions que les cotisations de sécurité sociale.

En dehors de la contrainte, le code de sécurité sociale²⁴ a créé deux (02) autres voies de recouvrement : la sommation et l'avis à tiers détenteur. Cette dernière est en effet une sommation adressée à un tiers : il peut s'agir de tout établissement bancaire, employeur fermier, locataires, d'une façon générale, tout débiteur des personnes redevables de créances ou tout tiers détenteur de deniers leur appartenant²⁵ qui détient des fonds appartenant à la personne ou l'entreprise redevable de cotisations, afin de récupérer les sommes dues.

Quant à la sommation, elle suit une procédure bien précise. La Caisse adresse une mise en demeure à l'employeur, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour lui signaler le retard dans le paiement des cotisations. Ladite lettre précise le montant des cotisations dues, les majorations de retard, et le délai imparti pour régulariser la situation. Il s'en suit qu'en cas de résistance à la sommation, la CNSS peut saisir les sommes dues entre les mains de tiers.

De même, si la saisie-arrêt reste elle aussi infructueuse ou si l'employeur conteste la dette, la Caisse peut engager une action en justice pour obtenir le recouvrement des cotisations dues.

²⁴ Article 30

²⁵ V. Art. 30 Al.2.

Cette procédure de recouvrement forcée est mise en œuvre par une action civile de droit commun ou une action civile jointe à l'action publique. L'issue de l'action civile de droit commun est l'obtention d'un jugement revêtu de la formule exécutoire condamnant l'employeur au paiement des cotisations et majorations de retard.

L'action civile jointe à celle publique vise à obtenir à la fois, la condamnation de l'employeur débiteur au versement des cotisations et majorations de retard dues, au paiement de dommages intérêts et aux sanctions pénales (amende et emprisonnement)²⁶.

Le recours à la voie pénale trouve son fondement juridique dans l'article 139 du code de sécurité sociale. Ce texte vise de façon générale toute contravention c'est à dire tout manquement aux dispositions du code et de ses textes d'application. En matière de recouvrement des cotisations, les manquements peuvent être constitués par la non déclaration ou la sous-déclaration du personnel employé à la Caisse, le non-paiement des cotisations de sécurité sociale à la date d'exigibilité et la rétention de la part ouvrière précomptée sur le salaire.

Outre les procédures visant l'obtention d'un titre exécutoire, l'organisme de sécurité sociale peut recourir à des mécanismes propres à garantir le recouvrement de ses créances.

Premièrement, la créance de cotisations de sécurité sociale est assortie de privilèges généraux. On parle du privilège général de la sécurité sociale²⁷.

En dehors de l'inscription de privilège, l'organisme de sécurité sociale peut également recourir à des garanties réelles telles que l'inscription hypothécaire. Enfin, la Caisse peut, selon les circonstances, prendre d'autres garanties notamment les garanties personnelles (cautionnement et aval des dirigeants de sociétés) et le nantissement du fonds de commerce du débiteur de cotisations sociales.

²⁷ Article 27-2 du code de sécurité sociale et articles 107 et 108 de l'acte uniforme portant organisation des sûretés

Il faut noter que la législation sociale est restée muette sur la question de la prescription de la dette de cotisations et de l'action en recouvrement.

Dans ce contexte, la question reste posée de savoir si la dette de sécurité sociale est imprescriptible ou si la prescription de droit commun²⁸ reste applicable en matière de sécurité sociale²⁹.

En France, la dette de cotisation se prescrit par trois (3) ans. En application de la prescription triennale, une mise en demeure ou un avertissement ne peut valablement porter que sur les cotisations exigibles dans les trois années qui précèdent leur envoi. La prescription court pour chacune des échéances. Quant à l'action en recouvrement, elle se prescrit par cinq (5) ans à compter de la venue à expiration du délai imparti au redevable par la mise en demeure ou par l'avertissement pour régulariser sa situation.

En Côte-d'Ivoire, l'action en recouvrement des cotisations et des majorations de retard correspondantes se prescrit par cinq (5) années révolues à compter de la date d'exigibilité de la mise en demeure³⁰ (article 37 du Code de Prévoyance Sociale).

Outre le recouvrement des cotisations, le contentieux social intéresse aussi les prestations de sécurité sociale. Il convient alors de les aborder.

²⁸ La prescription trentenaire des dettes civiles

²⁹ PRETOT (X) dans Les grands arrêts de la jurisprudence de la sécurité sociale pages 220 – 221.

³⁰ Article 37 du Code de Prévoyance Sociale.

II- Le contentieux des prestations de sécurité sociale

Au Bénin, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est chargée du service de trois (03) branches de prestations :

- les prestations familiales et de maternité ;
- les prestations d'accident du travail et de maladies professionnelles ;
- les prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants.

Des réclamations et contestations peuvent s'élever dans la procédure d'attribution, de liquidation et de paiement des prestations aux assurés. Ces contestations peuvent être sources de contentieux. Les règles de procédure applicables en la matière suivent deux étapes. D'une part, la phase amiable caractérisée par le recours gracieux préalable et obligatoire (A), et, d'autre part, celle juridictionnelle dont les spécificités seront étudiées (B).

A- Le préalable gracieux obligatoire

Le législateur béninois exige de tout assuré, préalablement à la saisine du juge, un recours gracieux préalable. C'est un préalable obligatoire.

La procédure gracieuse préalable est fixée par des dispositions de l'article 128 du code de sécurité sociale. Le recours est porté devant la commission permanente du conseil d'administration³¹. Le législateur béninois rend donc compétent en la matière, une commission du Conseil d'administration, à l'image de la Commission de recours amiable en France³².

³¹ Art. 128, Al.1

³² Art. R. 142-2 Code de sécurité sociale français

La commission permanente dispose de deux (2) mois à compter de sa saisine, pour statuer et notifier sa décision aux intéressés³³. La décision de la commission doit être motivée. A défaut d'une décision dans ce délai, la demande doit être considérée comme rejetée, et, le demandeur peut saisir la juridiction compétente³⁴. En cas de décision dans le délai imparti, les requérants disposent d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la notification de la décision de la commission permanente pour saisir la juridiction compétente³⁵.

Le recours gracieux préalable est donc une condition de recevabilité de l'action en justice. La loi précise également le délai dans lequel l'assuré peut formuler les réclamations se rapportant aux prestations de sécurité sociale. L'article 126 du code de sécurité sociale prévoit à cet effet : « après la notification d'une décision d'attribution de toutes prestations, le bénéficiaire dispose d'un délai de trois (03) mois à partir de la date de la réception pour formuler sa réclamation : passé ce délai toute action du requérant est irrecevable ».

B- Le recours juridictionnel spécifique

En général, le contentieux juridictionnel de la sécurité sociale se déroule devant des juridictions bien spécifiées. A cet effet, la législation sociale béninoise attribue compétence aux juridictions du travail³⁶ pour connaître de toute contestation s'élevant entre les bénéficiaires des prestations de sécurité sociale, les employeurs et la Caisse.

L'article 50 de la loi n° 2017-05 du 29 août 2017 fixant les conditions et la procédure d'embauche, de placement de la main-d'œuvre et de résiliation du contrat de travail en République du Bénin, donne ainsi compétence aux juridictions du travail pour se prononcer sur les contentieux du régime de sécurité et de prévoyance sociales³⁷.

³³ Art. 128 Al. 2

³⁴ Art. 128 Al. 4

³⁵ Art. 128 Al. 3

³⁶ Art. 50 Al. 1, loi n° 98-004 du 27 janvier 1998 portant Code du travail en République du Bénin

³⁷ Art. 50 Al. 4, loi n° 98-004 du 27 janvier 1998 portant Code du travail en République du Bénin

Les juridictions compétentes en matière de contentieux de sécurité sociale sont donc les tribunaux du travail (en première instance), les chambres sociales des cours d'appel et la cour suprême.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les tribunaux compétents sont ceux du lieu de l'accident, du domicile de la victime ou du lieu de l'établissement auquel appartient la victime³⁸.

Les règles de procédure applicables sont celles prévues par les dispositions du code du travail, en l'occurrence les articles 243 et suivants.

De façon plus technique, certains recours spécifiques sont précisés par le législateur. Dans toutes ces matières, la formation de jugement devra manier ce qui peut être qualifié d'homonymes juridiques c'est-à-dire des notions aux sonorités proches, mais aux définitions et contours différents : invalidité, incapacité, inaptitude et handicap³⁹.

Dans chacune de ces matières, elle devra se prononcer sur des taux : taux d'incapacité, taux d'inaptitude..., le taux déterminant si le seuil à partir duquel un droit est ouvert à l'assuré, est atteint. Et, pour ajouter à la complexité de la tâche : à notions différentes, barèmes différents, c'est-à-dire échelles de valeurs très différentes. Ce qui suscite l'incompréhension des assurés toujours, des praticiens du droit, souvent⁴⁰.

Ainsi, les règles applicables en matière de recours contre les tiers responsables des accidents pris en charge par l'organisme de sécurité sociale sont définies par les articles 129⁴¹ du code de sécurité sociale :

« 1- Lorsque l'événement ouvrant droit à une prestation prévue soit dans la branche des risques professionnels, soit dans la branche des pensions, soit dans la branche des

³⁸ Art. 134 code de sécurité sociale Bénin

³⁹ V. P.-Y. VERKINDT et M. CARON, Inaptitude, Invalidité, Handicap : l'image du manque en droit social, RDSS 2011, p. 862

⁴⁰ M. KEIM-BAGOT, « Le contentieux technique de la Sécurité sociale : un contentieux en péril ? »,

⁴¹ Article 129 du code de sécurité sociale

prestations familiales est dû à la faute d'un tiers, la Caisse doit verser à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par la présente loi.

2- L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément au droit commun, la réparation du préjudice causé.

3- La Caisse est subrogée de plein droit à l'assuré et à ses ayants droit :

- en ce qui concerne les rentes et pensions, pour le montant des capitaux constitutifs correspondants calculés conformément aux barèmes prévus par les dispositions réglementaires prises en exécution de la présente loi ;

- en ce qui concerne les autres prestations, pour le montant des sommes légalement déboursées ou à déboursier au profit des bénéficiaires.

4- Tout bénéficiaire qui intentera une action à charge du tiers responsable en vertu du droit commun, devra obligatoirement en informer la Caisse et préciser dans son assignation sa qualité d'assuré ou l'ayant droit.

5- La Caisse est habilitée à se constituer partie civile devant les tribunaux répressifs, alors même que la victime néglige de faire valoir ses droits.

Outre le recours visé au deuxième alinéa du présent article, la Caisse dispose d'une action personnelle distincte en réparation du préjudice qui est causé en vertu des dispositions du code civil.

6- En cas de désaccord entre la Caisse et la décision judiciaire sur le taux de l'incapacité permanente de la victime, le tiers responsable ne sera tenu à l'égard de la Caisse que dans la limite de l'évaluation judiciaire.

7- Le règlement amiable éventuellement intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants droit ne pourra être opposé à la Caisse que si elle avait été dûment invitée à participer à ce règlement ».

Il convient de préciser que le code définit la notion de tiers responsables. Il s'agit en réalité de toute personne autre que l'employeur ou l'un de ses salariés sauf en cas de faute intentionnelle de leur part, ou de toute personne y compris l'employeur ou ses salariés, en cas d'accident de trajet⁴².

De même, ont été prévues, les règles spécifiques au contentieux de l'inaptitude au travail. Il s'agit en réalité, des contestations relatives à la fixation du taux d'incapacité permanente (IPP) en matière d'accident du travail et des contestations relatives à l'appréciation de l'état d'invalidité des assurés prétendant à une pension.

La règle applicable est celle définie par l'article 127 du code de sécurité sociale :

« En matière des risques professionnels et des pensions d'invalidité, le désaccord entre le médecin de la Caisse et le médecin traitant sur l'état de l'assuré nécessite un nouvel examen par un médecin expert choisi de commun accord par les deux (2) médecins.

Faute d'accord du médecin traitant et du médecin conseil sur le choix du médecin expert, ce dernier est choisi par le tribunal compétent. L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours »⁴³.

La loi prévoit également le recours à l'expertise, : « Le tribunal peut commettre un expert notamment lorsque les contestations portent sur les frais pour le traitement, sur le caractère professionnel de l'accident, sur la date de consolidation de la blessure, sur le taux d'incapacité permanente et sur l'action en révision.

L'expert ainsi désigné ne peut être ni le médecin qui a soigné la victime, ni le médecin attaché à l'entreprise, ni le médecin conseil de la Caisse.

Les médecins experts désignés par les tribunaux en sont immédiatement avisés par le greffier du tribunal ; ils doivent déposer leurs conclusions dans le délai maximum d'un mois, à défaut de quoi il est pourvu à leur remplacement, à moins qu'en raison des

⁴² Art. 130 du code de sécurité sociale

⁴³ Article 127 du code de sécurité sociale

circonstances spéciales de l'expertise, ils n'aient obtenu du tribunal un délai plus long »⁴⁴. Cet expert médical intervient pour analyser la situation médicale, émettre un avis impartial et aider à la résolution des litiges d'ordre médical entre l'assuré et la caisse d'assurance maladie.

Le recours à l'expertise médicale occupe une place à part au sein du contentieux de la Sécurité sociale ; en effet, lorsqu'à l'occasion d'un litige surgit une question d'ordre médical concernant l'état de santé de l'assuré social, pour pouvoir la régler, le tribunal doit recourir à l'avis d'un médecin désigné dans le cadre d'une procédure d'expertise spécifique à la Sécurité sociale.

La cour de cassation censure dès lors régulièrement, les décisions rendues par les juridictions qui, s'agissant de questions relatives à l'état de santé de l'assuré, tranchent la question d'ordre médical elles-mêmes, sans avoir recours à l'expertise médicale⁴⁵.

Il est à noter par ailleurs que les délais de prescription intéressent le contentieux de la sécurité sociale dans la mesure où ils se rapportent à l'objet même de la demande en justice et expose l'action du demandeur à la fin de non-recevoir tirée de la prescription des droits. Les articles 123, 124 et 125 du code de sécurité sociale déterminent les délais de prescription en matière de prestation de sécurité sociale.

Premièrement, suivant les termes de l'article 123, « *le droit aux indemnités journalières et aux prestations en nature prévues par la branche des risques professionnels est prescrit après six (6) mois à compter de la date de consolidation des lésions ou de la guérison de la maladie ou de la reprise de service de la femme en couche* ». De même, « *l'action des praticiens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements pour les prestations qu'ils ont fournies est prescrite après un an à compter, soit de la date de l'exécution de l'acte, soit de la date de la fourniture, ou de la date à laquelle la victime a quitté l'établissement* ».

⁴⁴ Article 135 du code de sécurité sociale

⁴⁵ Cass. soc., 12 mars 1998, n° 96-17.582

En second lieu, l'article 124 du code de sécurité sociale prévoit en son alinéa 1 que « la pension de vieillesse et la pension de survivants, prennent effet le premier jour du mois civil suivant la date à laquelle les conditions requises ont été remplies à la condition que la demande de pension ait été adressée à la Caisse dans le délai de six (6) mois qui suit ladite date ». L'alinéa 2 du même texte dispose que « la pension d'invalidité prend effet, soit à la date de consolidation de la lésion ou de stabilisation de l'état de l'assuré, soit à l'expiration d'une période de six (6) mois consécutifs d'incapacité, si d'après l'avis du médecin désigné ou agréé par la Caisse l'incapacité devrait durer probablement encore six (6) autres mois au moins. » Il faut aussi noter que « Si la demande de pension est introduite après l'expiration du délai de six (6) mois suivant la date à laquelle sont réunies les conditions requises pour son attribution, la pension prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande ».

En dernier lieu, l'article 125 du code de sécurité sociale dispose que « l'action du bénéficiaire de rente ou de pension en paiement n'est recevable que pour les quatre (4) derniers trimestres échus à la date de la réclamation ». Le même texte prescrit « le droit aux pensions et allocations de vieillesse, d'invalidité ou de survivants ainsi que le droit aux rentes » après sept (7) ans à compter de la date de l'ouverture des droits.

CONCLUSION

Le contentieux de la sécurité sociale est encore mal connu. La présente réflexion essaie une analyse descriptive en vue de le mettre en lumière. A la différence classique entre le contentieux général et celui technique, la réflexion a préféré celle entre le contentieux du recouvrement des cotisations et celui des prestations de sécurité sociale.

Le premier a permis de déceler l'existence de démarches amiables préalables au recouvrement forcé, lequel n'intervient qu'en cas de résistance du justiciable.

Le second met en exergue les phases gracieuses et juridictionnelles d'un contentieux exceptionnel. Toujours est-il que l'échevinage entre juridictions administratives et judiciaires pour un même contentieux peut être sujette à réflexion.