

Circulaire DSS/2 A/DGAS/1 C n° 2002-147 du 12 mars 2002 relative au contentieux des décisions concernant le droit à la protection complémentaire en matière de santé

12/03/2002

Date d'application : immédiate.

Références :

Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale ;

Articles L. 128, 129 et 131 du code de la famille et de l'aide sociale (art. 4-I et 5-1-5° à 7° de l'ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000) ;

Articles L. 134-2 et L. 134-4 à L. 134-10 du code de l'action sociale et des familles ;

Article L. 122-1 du code de la consommation ;

Articles R. 432-4, R. 771-1, R. 821-3 et R. 821-6 du code de justice administrative (entrée en vigueur le 1er janvier 2001 ; Journal officiel du 7 mai 2000) ;

Article 43 de l'ordonnance n° 45-1708 du 31 juillet 1945 modifiée sur le Conseil d'État (abrogé à compter du 1er janvier 2001) ;

Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 modifiée relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public ;

Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;

Décret du 26 octobre 1849 modifié réglant les formes de procéder du Tribunal des conflits ;

Décret n° 53-934 du 30 septembre 1953 modifié portant réforme du contentieux administratif (abrogé à compter du 1er janvier 2001) ;

Décret n° 65-29 du 11 janvier 1965 modifié relatif aux délais de recours contentieux en matière administrative ;

Décret n° 82-389 du 10 mai 1982 modifié relatif aux pouvoirs du préfet et à l'action des services et organismes publics de l'État dans les départements ;

Décret n° 90-1124 du 17 décembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la commission centrale et des commissions départementales d'aide sociale ;

Circulaire DSS/2 A n° 99-681 du 8 décembre 1999 relative à l'organisation de la délégation de compétence aux caisses d'assurance maladie des décisions relatives aux demandes d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue par le troisième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale issu de la **loi n° 99-641 du 27 juillet 1999** portant création d'une couverture maladie universelle et à l'agrément des organismes ou associations à but non lucratif apportant leur concours aux personnes pour leur affiliation au régime général sur critère de résidence ou pour leur demande d'attribution de protection complémentaire en matière de santé ;

Circulaire DSS/2 A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle ;

Circulaire DSS/2 A/DAS/DPM n° 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire).

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud ; directions de la santé et du développement social de Guadeloupe, de Guyane et de Martinique ; direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution])

La **loi n° 99-641 du 27 juillet 1999** portant création d'une couverture maladie universelle prévoit que les décisions relatives à l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé peuvent faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale (art. L. 861-5 du code de la sécurité sociale créé par l'article 20 de la loi). En l'absence de toute autre disposition particulière d'application, l'ensemble des règles concernant le contentieux de l'aide sociale devant les commissions départementales et la commission centrale d'aide sociale sont applicables. Il en est ainsi notamment du caractère non suspensif de ces recours contentieux. De même, comme l'a indiqué la circulaire n° 104 du 14 septembre 1987, le secrétariat de la commission est assumé par un fonctionnaire en activité ou en retraite de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) désigné par son directeur. C'est sous l'autorité exclusive du président de la commission départementale que le secrétaire exerce ses fonctions au sein de la juridiction ainsi que celles de rapporteur prévues par la loi.

La présente circulaire rappelle des éléments de procédure devant les commissions départementales d'aide sociale qui s'appliquent également à la protection complémentaire en matière de santé et précise les particularités de ce contentieux spécifique. Tout recours devant la commission départementale d'aide sociale doit ainsi faire l'objet d'un examen de sa recevabilité (A), de la compétence de la juridiction saisie (B), des moyens que le juge est susceptible de relever d'office (C) avant de procéder à l'instruction du dossier au fond (D). Quelques règles concernant la procédure d'instruction (E), le déroulement de l'audience et la nature de la décision prise par la commission départementale d'aide sociale (F) ainsi que la notification des décisions (G) sont également rappelées.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dss2-adgas1-c-n-2002-147-du-12-mars-2002-relative-au-contentieux-des-decisions-concernant-le-droit-a-la-protection-complementaire-en-matiere-de-sante/>

A. - Examen de la recevabilité du recours

Lorsque la commission départementale d'aide sociale reçoit un recours contre une décision relative à l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, il convient tout d'abord de vérifier si ce recours est recevable. Ce titre, la recevabilité du recours doit être examinée au regard des délais et de la capacité pour agir du requérant, et il doit être vérifié que le recours comporte un exposé des faits et moyens.

I. - RECEVABILITÉ AU REGARD DES DÉLAIS

L'article 128 du code de la famille et de l'aide sociale fixe le délai de recours devant la commission départementale d'aide sociale à deux mois à compter de la notification de la décision initiale. Pour être recevable, le recours doit avoir été formé dans les délais prescrits. Il convient dès lors de vérifier la date figurant sur l'accusé de réception de la notification de la décision de la caisse d'assurance maladie. Toutefois, en l'absence de preuve formelle, l'irrecevabilité au regard des délais n'est pas établie, notamment dans le cas où la décision aura été notifiée par lettre simple ou même par lettre recommandée sans demande d'avis de réception, une telle procédure ne permettant pas de connaître de manière certaine la date à laquelle la décision a été notifiée à l'intéressé.

Le délai est compté comme un délai franc : ainsi, pour une décision notifiée le 15 juin, le recours doit avoir été enregistré au secrétariat de la commission départementale d'aide sociale au plus tard le 16 août avant sa fermeture, sauf si la date d'expiration du recours (le 16 août) tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié. Dans ce dernier cas, le recours est recevable jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

En outre, en application du dernier alinéa de l'article 1er du [Décret n° 65-29 du 11 janvier 1965](#) modifié, la forclusion ne peut être opposée à l'intéressé que si les voies et délais de recours ont été mentionnés dans la notification de la décision de la caisse. Toute erreur dans cette mention (délai ou circonscription territoriale de la commission départementale erronés) empêche d'opposer la forclusion au recours.

II. - RECEVABILITÉ AU REGARD DE LA CAPACITÉ POUR AGIR

L'article L. 134-4 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les recours devant la commission départementale et devant la commission centrale d'aide sociale peuvent être exercés par le demandeur, ses débiteurs d'aliments, l'établissement ou le service qui fournit les prestations (à ce titre, le directeur de l'établissement de santé ayant dispensé les soins et, sous réserve de l'interprétation qui en sera faite par la commission centrale d'aide sociale et le Conseil d'État, l'organisme de protection sociale complémentaire visé au b de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale, choisi par le demandeur de la protection complémentaire en matière de santé peuvent former un recours), le maire, le président du conseil général, le préfet, les organismes de sécurité sociale ainsi que tout habitant ou contribuable de la commune ou du département ayant un intérêt à la réformation de la décision. Pour que son recours soit recevable, le requérant doit appartenir à l'une de ces catégories.

III. - RECEVABILITÉ AU REGARD DE L'EXPOSÉ DES FAITS ET MOYENS

Pour être recevable, le recours doit contenir un exposé des faits et moyens. Lorsqu'aucun moyen n'est soulevé (tel que la contestation de l'appréciation de la condition de résidence, de l'appréciation des ressources ou du foyer), il est souhaitable que la commission départementale d'aide sociale invite l'intéressé à régulariser son dossier de recours dans un délai fixé par le président de la commission. Il convient de faire preuve de bienveillance quant à l'expiration de ce délai, dès lors que la production des pièces complémentaires même légèrement tardive n'entrave pas le bon fonctionnement de la procédure. De même, il est souhaitable que la demande de précisions supplémentaires nécessaires à l'instruction soit formulée de façon détaillée pour aider le requérant à compléter sa requête dans le sens souhaité, et qu'un rappel soit systématiquement prévu en cas de non réponse dans le délai imparti.

B. - Examen de la compétence de la commission départementale d'aide sociale

I. - COMPÉTENCE TERRITORIALE

La commission départementale d'aide sociale compétente est celle qui est située dans le département dans lequel l'autorité a pris sa décision, c'est-à-dire la commission départementale du lieu du siège de la caisse d'assurance maladie.

Lorsque la commission départementale d'aide sociale saisie n'est pas celle qui est territorialement compétente, il lui revient d'en tirer les conclusions en prenant une décision par laquelle elle se déclare incompétente. Afin de ne pas nuire à <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dss2-adgas1-c-n-2002-147-du-12-mars-2002-relative-au-contentieux-des-decisions-concernant-le-droit-a-la-protection-complementaire-en-matiere-de-sante/>

l'intérêt du requérant, il serait opportun qu'une telle décision fasse apparaître clairement la circonscription de la commission départementale compétente de sorte qu'il puisse facilement la saisir s'il le souhaite. La forclusion ne pourra être opposée à ce second recours dès lors que la notification de la décision de la caisse mentionnait une voie de recours erronée.

Afin d'éviter un délai de jugement trop important, le secrétariat de la commission départementale d'aide sociale incompétente peut, en accord avec le président de cette commission, inviter l'intéressé à se désister de son recours devant celle-ci en lui faisant connaître le lieu de la commission départementale compétente.

II. - COMPÉTENCE D'ATTRIBUTION

La commission départementale d'aide sociale est compétente pour statuer sur les litiges portant sur la décision relative au droit à la protection complémentaire en matière de santé, y compris sur :

- les décisions d'attribution ou de refus d'attribution dès le dépôt de la demande (quatrième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale) ;
- les décisions d'interruption du bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé (quatrième alinéa de l'article L. 861-5) ;
- les décisions de retrait d'une décision d'attribution en cas de réticence du bénéficiaire à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle (I de l'article L. 861-10) ;
- les décisions d'attribution ou de refus d'attribution à titre personnel aux mineurs d'au moins seize ans dont les liens avec la vie familiale sont rompus (article L. 861-1).

La commission départementale d'aide sociale n'est pas compétente pour les autres litiges, notamment ceux afférents au service des prestations de la protection complémentaire en matière de santé qui relèvent des juridictions de l'ordre judiciaire de droit commun (que les prestations soient servies par la caisse d'assurance maladie ou par un organisme de protection sociale complémentaire). Ainsi, les juridictions civiles (tribunal d'instance ou tribunal de grande instance) sont compétentes en ce qui concerne le contentieux portant sur le champ de la prestation et sur l'application des plafonds prévus pour la prise en charge des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité.

Sur ce dernier point, il convient de préciser en outre, en ce qui concerne les dispositifs médicaux, que le fait pour un distributeur de ne pas proposer lesdits dispositifs au bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé constitue un refus de vente au sens de l'article L. 122-1 du code de la consommation. En conséquence, les services de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sont habilités à recevoir les plaintes et à procéder à des enquêtes pouvant conduire à des peines d'amende. Ces mêmes services peuvent également procéder à des enquêtes en cas de non respect par les distributeurs des prix limites fixés par l'arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale concernant les dispositifs médicaux à usage individuel.

Ne relèvent pas non plus de la commission départementale d'aide sociale les litiges afférents aux refus de soins opposés aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé par les professionnels de santé. Ces refus de prestation de service peuvent être poursuivis par les services de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sur la base de l'article L. 122-1 du code de la consommation au même titre que les refus de vente de dispositifs médicaux et être traités dans un cadre disciplinaire par les ordres professionnels concernés.

Lorsqu'un recours formé devant la commission départementale d'aide sociale est en dehors du champ d'attribution de celle-ci (notamment les cas évoqués aux trois paragraphes précédents ou par exemple le cas d'une décision d'incompétence de la caisse), il lui revient de prendre une décision par laquelle elle se déclare incompétente :

- soit parce qu'elle estime que le dossier est de la compétence d'une autre juridiction administrative ;
- soit parce qu'elle estime que le dossier est de la compétence d'une juridiction de l'ordre judiciaire ; toutefois, si une juridiction de l'ordre judiciaire a déjà décliné sa compétence par une décision devenue définitive, il revient à la commission départementale d'aide sociale, en application de l'article 34 du décret du 26 octobre 1849 modifié (article R. 771-1 du code de justice administrative à compter du 1er janvier 2001), de renvoyer au tribunal des conflits le soin de décider sur la question de compétence.

En l'absence de disposition spécifique, les décisions d'incompétence précitées ne peuvent être prises que lors de la séance de la commission départementale.

C. - MOYENS D'ORDRE PUBLIC

Outre les cas d'irrecevabilité et de compétence mentionnés aux A et B ci-dessus, la commission départementale d'aide sociale peut exciper d'office (sans qu'il soit besoin qu'il figure dans le mémoire de l'une des parties) le moyen tiré de l'incompétence de l'auteur de la décision. Il apparaît donc nécessaire de procéder systématiquement à une vérification de compétence : l'auteur de la décision relative à l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé doit être

le directeur de la caisse d'assurance maladie, à condition qu'il soit titulaire d'une délégation de pouvoir du préfet du département du siège de la caisse. Ainsi, toute décision prise par un directeur de caisse en vertu d'une délégation de signature du préfet est illégale car en dehors du champ de l'article 17 du décret n° 82-389 du 10 mai 1982, aucun lien de subordination hiérarchique n'existant entre un préfet et un directeur de caisse.

Dès lors que le directeur de caisse est titulaire d'une délégation de pouvoir prise en application de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale (et dont le contenu est détaillé dans ma circulaire n° 99-681 du 8 décembre 1999), cette compétence s'étend à la circonscription géographique de la caisse, que celle-ci soit locale (notamment les caisses primaires d'assurance maladie et la plupart des caisses de mutualité sociale agricole), interdépartementale (notamment certaines caisses de mutualité sociale agricole), régionale ou interrégionale (notamment les caisses mutuelles régionales) ou nationale (notamment certaines caisses des régimes spéciaux). En conséquence, le directeur de la caisse a compétence pour prendre les décisions relatives au droit à la protection complémentaire en matière de santé pour l'ensemble des ressortissants de son régime et de sa circonscription géographique, que ceux-ci aient leur résidence à l'intérieur ou à l'extérieur du département du préfet qui a accordé la délégation de pouvoir.

En outre, lorsque la décision est prise par un agent de la caisse d'assurance maladie au nom du directeur, il convient de vérifier que cet agent est titulaire d'une délégation prévue à cet effet (article R. 122-3 du code de la sécurité sociale notamment).

Lorsqu'un moyen est susceptible d'être relevé d'office par la commission départementale d'aide sociale, celle-ci doit en informer les parties en leur demandant de présenter des observations dans un délai fixé par le président de la commission.

D. - AUTRES MOYENS

L'examen des dossiers de recours par la commission départementale d'aide sociale concernant l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé doit consister à apprécier strictement la légalité de la décision au regard des éléments suivants.

I. - OBLIGATION DE MOTIVATION DES DÉCISIONS DE REFUS

Les décisions de refus d'attribution des caisses doivent être motivées par des considérations de droit et de fait, en application de la [loi n° 79-587 du 11 juillet 1979](#) modifiée relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public. Le défaut de motivation entache d'illégalité la décision sauf en cas d'urgence absolue et même dans ce cas, si l'intéressé en fait la demande, dans le délai du recours contentieux, la motivation doit être fournie dans un délai d'un mois.

II. - CONDITION DE RÉGULARITÉ DE LA RÉSIDENCE

Lorsque les décisions de refus des caisses sont motivées par le fait que l'intéressé ne remplit pas la condition de résidence régulière prévue aux articles L. 380-1 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale, il convient de procéder à une vérification approfondie des éléments afférents à cette condition.

A cet égard, je rappelle que c'est par tout moyen que l'intéressé peut établir qu'il a déposé une demande de titre de séjour sur laquelle il n'a pas encore été statué à la date de la décision ou qu'il est en possession d'un document attestant qu'il réside en France dans des conditions régulières au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. En conséquence, si la décision attaquée fait référence à une liste de titres de séjour ou de documents en tenant lieu établie par la caisse ou tirée du code de la sécurité sociale, il convient de proposer à la commission départementale d'aide sociale que cette décision soit réformée, la condition de régularité de la résidence étant définie spécifiquement au II de l'article R. 380-1 auquel renvoie l'article R. 861-1, à l'exclusion de tout autre article de ce code.

III. - CONDITION DE STABILITÉ DE LA RÉSIDENCE

Lorsque le délai de résidence ininterrompue en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer est applicable, il est nécessaire, en cas de doute, de vérifier la pertinence des documents figurant au dossier, notamment au regard des critères figurant dans la [circulaire n° 2000-239 du 3 mai 2000](#).

IV. - COMPOSITION DU FOYER

La vérification de la composition du foyer tel qu'il est défini à l'article R. 861-2 du code de la sécurité sociale doit être effectuée compte tenu des exceptions prévues au dernier alinéa de l'article L. 861-1 (personnes mineures d'au moins seize ans dont les liens avec la vie familiale sont rompus pour lesquelles il convient de vérifier la pertinence de la décision prise <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dss2-adgas1-c-n-2002-147-du-12-mars-2002-relative-au-contentieux-des-decisions-concernant-le-droit-a-la-protection-complementaire-en-matiere-de-sante/>

à ce sujet par la caisse) et au dernier alinéa du I de l'article R. 861-16 (personnes normalement rattachées au foyer mais dont la situation ayant justifié ce rattachement a pris fin).

V. - CONDITION DE RESSOURCES

La loi et ses décrets d'application définissent précisément les ressources que les caisses doivent prendre en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Pour contrôler la condition de ressources, la commission départementale d'aide sociale doit s'assurer des points suivants.

1. L'ensemble des ressources doit être analysé sur une période annuelle :
 - au cours des douze mois civils précédant la demande ;
 - pour les personnes ayant la qualité de travailleur non salarié, et pour les seuls revenus d'activité non salariée ;
 - au cours de l'année civile précédente s'ils sont non salariés des professions non agricoles ;
 - au cours de la période de référence prévue aux articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-19 du code rural s'ils sont non salariés des professions agricoles.
2. Il convient de déterminer les ressources effectivement perçues, ce qui suppose en particulier que les prestations familiales incluses dans l'assiette des ressources soient prises en compte pour leur montant réellement perçu, même si, dans un souci de simplification, et conformément aux dispositions du III du B de la circulaire n° 99-701 du 17 décembre 1999 modifiée, la caisse les a appréciées lors de l'instruction du dossier de manière forfaitisée.
3. Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article R. 861-8 du code de la sécurité sociale (rémunérations de stages interrompues sans avoir été suivies d'un revenu de substitution) et de l'article R. 861-10 du code de la sécurité sociale (liste des prestations exclues de l'assiette), toutes les ressources doivent être prises en compte pour l'appréciation du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

E. - PROCÉDURE D'INSTRUCTION

I. - DÉROULEMENT DE L'INSTRUCTION

Le secrétariat de la commission départementale doit, dès qu'il a reçu un recours, enregistrer sa date de dépôt puis saisir la caisse qui a pris la décision en lui transmettant l'intégralité des pièces composant le recours et en lui demandant de lui faire parvenir ses observations écrites accompagnées de l'ensemble du dossier de demande (si le requérant n'est pas le demandeur de la protection complémentaire, ce dernier doit également être invité à présenter ses observations écrites et se voir communiquer les pièces des parties à tous les stades de l'instruction). Tout contact utile avec la caisse pourra être pris en vue d'obtenir des éclaircissements sur la requête. Les observations écrites de la caisse doivent être communiquées au requérant qui peut transmettre un mémoire en réplique, lequel, s'il contient des éléments nouveaux, est à nouveau transmis à la caisse qui peut également à nouveau faire parvenir ses observations écrites.

Lorsque le dossier est en état d'être présenté à la commission départementale, il est inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission. Le requérant doit être informé qu'il a la faculté de présenter ses observations orales devant la commission départementale d'aide sociale, accompagné s'il le souhaite de la personne ou de l'organisme de son choix. Afin de respecter les principes de la procédure contradictoire, la partie défenderesse (la caisse) doit également être informée de sa faculté de présenter des observations orales devant la commission départementale.

Dès lors qu'un recours est recevable et que la commission départementale d'aide sociale est compétente, l'instruction du recours doit porter sur l'examen de la condition de résidence et de la condition de ressources compte tenu du foyer du demandeur.

II. - LE CAS PARTICULIER DE LA PROCÉDURE D'OUVERTURE DES DROITS APPLICABLE AUX NON-SALARIÉS : INCIDENCE SUR LE CONTENTIEUX

Une procédure particulière inspirée de celle applicable aux demandes de revenu minimum d'insertion a été aménagée pour les revenus non salariaux.

1. Les articles R. 861-11 et R. 861-12 du code de la sécurité sociale disposent que, sous certaines conditions de revenus, les travailleurs non salariés sont admis d'office à l'examen de leurs droits à la protection complémentaire en matière de santé. Sous réserve de l'interprétation qui sera donnée de l'article R. 861-13 par la commission centrale d'aide sociale et le Conseil d'Etat, la notification de refus par les caisses d'assurance maladie compétentes ouvre un délai de deux mois à l'intéressé pour :

- soit saisir directement la commission départementale d'aide sociale ; celle-ci doit alors se prononcer sur l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé ;
- soit saisir le préfet (DDASS) en produisant à l'appui de sa saisine des éléments de nature à établir que les ressources de son foyer n'excèdent pas le plafond prévu pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (art. R. 861-13).

Dans ce dernier cas, je vous rappelle que le silence gardé par l'administration sur une demande pendant plus de quatre mois à compter de sa réception par l'autorité saisie, même si elle n'est pas compétente, valait décision implicite de rejet et que ce délai a été ramené à deux mois à compter du 1er novembre 2000, y compris pour les saisines déjà déposées avant cette date, en application des articles 18, 20, 21 et 43 de la [loi n° 2000-321 du 12 avril 2000](#).

Si la commission départementale d'aide sociale a été parallèlement saisie alors que la réclamation portée auprès du préfet n'a pas encore fait l'objet d'une décision expresse ou implicite, cette réclamation est en conséquence sans influence sur la décision que sera amenée à prendre la commission départementale.

Si la réclamation portée auprès du préfet a fait l'objet d'une décision favorable au requérant, la caisse doit poursuivre l'instruction du dossier et prendre une nouvelle décision. Trois hypothèses sont envisageables.

- a) La décision de la caisse n'est pas encore prise à la date du recours contentieux : il revient à la commission départementale d'aide sociale de se prononcer au fond.
- b) Une décision favorable au requérant est prise par la caisse au cours de l'instruction du dossier par le rapporteur de la commission départementale d'aide sociale : il appartient à ce dernier, dès lors qu'il en a connaissance, d'en tirer les conséquences en proposant à la commission départementale de prononcer un non-lieu à statuer pour cause de disparition de l'objet du litige.
- c) La caisse a pris une nouvelle décision défavorable faisant l'objet du recours contentieux : le dossier doit être présenté à la commission départementale d'aide sociale dans son intégralité (dossier initial avec la décision de refus d'examen de la caisse, dossier de saisine du préfet avec sa décision, deuxième dossier de la caisse avec sa deuxième décision) pour qu'elle puisse se prononcer en connaissance de cause.

Si la réclamation portée auprès du préfet a fait l'objet d'une décision défavorable au requérant, il appartient à la commission départementale de se prononcer uniquement sur la ou les décisions pour lesquelles elle a été saisie (décision initiale et/ou décision prise sur la saisine du préfet).

2. Au deuxième alinéa de l'article R. 861-14, une possibilité de saisine du préfet est ouverte dans les départements d'outre-mer en l'absence d'imposition du demandeur non salarié agricole : la même procédure est applicable.

3. Au dernier alinéa de l'article R. 861-15, lorsque les revenus professionnels de la personne non salariée non agricole sont inférieurs à l'évaluation forfaitaire en l'absence de revenus professionnels connus, le préfet peut également être saisi par l'intéressé : la procédure décrite ci-dessus est également appliquée.

III. - RECOURS GRACIEUX : INCIDENCE SUR LA PROCÉDURE

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

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

F. - DÉROULEMENT DE L'AUDIENCE ET NATURE DE LA DÉCISION RENDUE

Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, la commission départementale d'aide sociale doit obligatoirement siéger en séance publique. En conséquence, il convient d'organiser la publicité de l'audience en laissant entrer dans l'enceinte de la commission toute personne désirant suivre l'audience ; un affichage approprié doit être effectué à cet effet à l'entrée de la salle où se réunit la commission. Le procès-verbal de la séance doit retracer ensuite le fait que la juridiction a siégé en séance publique.

Toutefois, le délibéré de la commission départementale d'aide sociale n'est pas public : seul peuvent y participer les membres de la commission départementale et le commissaire du Gouvernement. En application de l'article 8 du décret n°

90-1124 du 17 décembre 1990, les délibérations doivent se tenir à la majorité absolue des membres de la commission départementale ayant voix délibérative (le président, trois conseillers généraux, trois fonctionnaires de l'Etat en activité ou à la retraite, le secrétaire rapporteur ou, le cas échéant, le rapporteur adjoint). En l'absence de quorum, la commission départementale ne peut délibérer. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante. En conséquence, le fait que le nombre de membres ayant voix délibérative est un nombre pair est sans influence sur l'organisation du déroulement de la séance.

Pour chaque dossier inscrit au rôle, le rapporteur ou, le cas échéant, le rapporteur adjoint expose son rapport qui conclut sur un avis quant à la décision à prendre. Le cas échéant, le commissaire du Gouvernement, pour rendre ses conclusions sur le droit applicable, le requérant puis la partie adverse sont entendus. Les membres de la commission ayant voix délibérative débattent du dossier et rendent leur décision par un vote.

Les commissions départementales d'aide sociale statuent sur des contentieux de pleine juridiction. C'est pourquoi elles peuvent non seulement rejeter le recours ou annuler la décision de la caisse mais également décider d'attribuer le droit à la protection complémentaire en matière de santé. Lorsque la décision rendue est une simple annulation de la décision de la caisse, cette dernière est automatiquement à nouveau saisie de la demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé et doit en conséquence prendre une nouvelle décision prenant en compte le jugement de la commission départementale d'aide sociale.

G. - NOTIFICATION DE LA DÉCISION

La décision de la commission départementale d'aide sociale est notifiée au requérant et à l'organisme dont la décision a été attaquée. Si le requérant n'est pas le demandeur de la protection complémentaire en matière de santé, elle doit également être notifiée à ce dernier. Les voies et délais de recours devant la commission centrale d'aide sociale doivent être mentionnés sur la décision.

Il faut veiller à ce que les décisions à notifier soient motivées avec soin, en détaillant toutes les considérations de droit et de fait constituant le déroulement logique du raisonnement conduisant à la décision prise. Pour ce faire, il est nécessaire d'obtenir en séance les motivations précises des décisions des membres ayant voix délibérative.

Vous voudrez bien me tenir informée sous le timbre de la direction de la sécurité sociale des difficultés d'application de la présente circulaire.

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