CIV. 2

LM

COUR DE CASSATION

Audience publique du 17 février 2022

Rejet

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 224 F-B

Pourvoi n° R 20-15.251

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 17 FÉVRIER 2022

La caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, dont le siège est [Adresse 1], a formé le pourvoi n° R 20-15.251 contre l'arrêt rendu le 18 février 2020 par la cour d'appel de Nancy (chambre sociale, section 1), dans le litige l'opposant :

1°/ à M. [W] [T], domicilié [Adresse 2],

2°/ à la société [4], société par actions simplifiée, dont le siège est [Adresse 3],

défendeurs à la cassation.

La demanderesse invoque, à l'appui de son pourvoi, les deux moyens de cassation annexés au présent arrêt.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de Mme Dudit, conseiller référendaire, les observations de la SCP Foussard et Froger, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, de Me Balat, avocat de M. [T], et l'avis de M. Halem, avocat général référendaire, après débats en l'audience publique du 11 janvier 2022 où étaient présents M. Pireyre, président, Mme Dudit, conseiller référendaire rapporteur, Mme Taillandier-Thomas, conseiller doyen, et Mme Aubagna, greffier de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée des président et conseillers précités, après en avoir délibéré conformément à la loi, a rendu le présent arrêt.

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Nancy, 18 février 2020), par décision du 23 avril 2015, la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne (la caisse) a refusé de prendre en charge, au titre de la législation professionnelle, la maladie déclarée le 21 novembre 2014 par M. [T] (la victime), salarié de la société [5], aux droits de laquelle vient la société [4], aux motifs que la maladie n'était pas inscrite dans l'un des tableaux des maladies professionnelles et que la victime ne présentait pas un taux d'incapacité permanente au moins égal à 25 %.

2. A la suite de la décision de la commission de recours amiable du 2 juillet 2015, la victime a saisi, le 21 octobre 2015, une juridiction de sécurité sociale.

3. Par décision du 4 octobre 2017, après avis d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, la caisse a pris une seconde décision de refus de prise en charge de la maladie déclarée par la victime.

Examen des moyens

Sur le premier moyen

Enoncé du moyen

4. La caisse fait grief à l'arrêt de déclarer recevable le recours de la victime à l'encontre de la décision de la caisse notifiée le 4 octobre 2017, alors :

« 1°/ qu'en l'absence de contestation dans les conditions posées par les articles R. 142-1 et R. 142-18 du code de la sécurité sociale, la décision par laquelle une caisse primaire d'assurance maladie refuse la prise en charge d'une affection au titre de la législation professionnelle s'impose à l'assuré et rend irrecevable la demande, formée devant le juge, et visant à la prise en charge de la même affection au titre de la législation professionnelle ; qu'en retenant au cas d'espèce, pour déclarer la demande de l'assuré recevable, que la reconnaissance implicite de l'affection déclarée rendait sans objet la décision explicite de refus, la cour d'appel a violé les articles R. 142-1 et R. 142-18 du code de la sécurité sociale, ensemble les règles gouvernant l'autorité de la chose décidée ;

2°/ que le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut être saisi d'une réclamation contre une décision d'un organisme de sécurité sociale qu'après que celle-ci a été soumise à la commission de recours amiable de cet organisme ; que l'assuré qui sollicite devant le juge la reconnaissance implicite d'une affection au titre de la législation professionnelle doit, au préalable, contester la décision explicite de refus qui lui a été opposée devant la commission de recours amiable ; qu'en retenant au cas d'espèce, pour déclarer la demande recevable, que la reconnaissance implicite de l'affection déclarée rendait sans objet la décision explicite de refus, la cour d'appel a violé les articles R. 142-1 et R. 142-18 du code de la sécurité sociale ;

3°/ que le juge ne peut se prononcer sur le bien-fondé d'une demande qu'après avoir établi, au préalable, sa recevabilité

; qu'au cas d'espèce, les juges du fond ont considéré que la demande de prise en charge de l'affection était fondée, puis en ont déduit qu'elle était recevable ; que dès lors, la cour d'appel a violé l'article 31 du code de procédure civile, ensemble les articles R. 142-1 et R. 142-18 du code de la sécurité sociale ;

4°/ que le juge ne peut déclarer une demande recevable en se basant sur des considérations liées à son bien-fondé ; qu'au cas d'espèce, les juges du fond ont considéré que la demande de prise en charge de l'affection était fondée, puis en ont déduit qu'elle était recevable ; que dès lors, la cour d'appel a violé l'article 31 du code de procédure civile, ensemble les articles R. 142-1 et R. 142-18 du code de la sécurité sociale. »

Réponse de la Cour

5. Il résulte des articles R. 142-1, alinéas 1^{er} et 2, et R. 142-18, alinéa 1^{er}, du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable au litige, que le juge du contentieux de la sécurité sociale ne peut être saisi d'un recours qu'après que le litige a fait l'objet d'une réclamation soumise à la commission de recours amiable de l'organisme de sécurité sociale compétent.

6. Lorsque le recours exercé à l'encontre d'une décision de rejet de la demande de prise en charge d'une maladie au titre de la législation professionnelle est recevable, la juridiction, régulièrement saisie d'une demande de reconnaissance du caractère professionnel de cette maladie, doit statuer sur la demande, et la victime n'est pas tenue de former un nouveau recours à l'encontre d'une seconde décision de rejet notifiée par l'organisme de sécurité sociale en cours de procédure judiciaire.

7. Pour déclarer recevable le recours de la victime dirigé contre la décision de rejet du 23 avril 2015, l'arrêt retient, par motifs adoptés, que la caisse ne justifie pas que la décision de la commission de recours amiable du 2 juillet 2015 avait été notifiée à la victime, de sorte que celle-ci devait être considérée comme n'ayant pas été informée des délais de recours, et en déduit que le délai de forclusion n'avait pas commencé à courir.

8. Il s'ensuit que régulièrement saisie d'une contestation contre la décision de rejet du 23 avril 2015, il appartenait à la cour d'appel de se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie, de sorte que la victime n'était pas tenue de former un nouveau recours à l'encontre de la seconde décision de rejet du 4 octobre 2017, notifiée en cours de procédure.

9. Par ce motif de pur droit, substitué à ceux critiqués, dans les conditions prévues par les articles 620, alinéa 1^{er}, et 1015 du code de procédure civile, la décision attaquée se trouve légalement justifiée.

Sur le second moyen

Enoncé du moyen

10. La caisse fait grief à l'arrêt de dire que la pathologie déclarée par la victime devait être prise en charge au titre de la législation professionnelle, alors « que la prise en charge, par la caisse, d'une maladie hors tableau, ne peut faire l'objet d'une reconnaissance implicite ; qu'en retenant au cas d'espèce que l'assuré pouvait se prévaloir d'une décision implicite de prise en charge quand elle constatait que l'affection déclarée n'était pas inscrite dans un tableau des maladies professionnelles, la cour d'appel a violé les articles L. 461-1, R. 441-10, R. 441-14, dans leur rédaction applicable au litige, et R. 461-9, alors applicable, du code de la sécurité sociale. »

Réponse de la Cour

Recevabilité du moyen

11. La victime soulève l'irrecevabilité du moyen, comme étant nouveau, mélangé de fait et de droit.

12. Cependant, le moyen, qui est de pur droit en tant qu'il ne se réfère à aucune considération de fait qui ne résulterait pas des énonciations des juges du fond, est recevable.

Bien-fondé du moyen

13. Il résulte des articles R. 441-10 et R. 441-14 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable à la date de déclaration de la maladie professionnelle, que la caisse dispose d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration de la maladie professionnelle et le certificat médical initial pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie. La victime, qui n'a pas été informée avant l'expiration de ce délai de la nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, peut invoquer une décision de prise en charge implicite.

14. Ayant souverainement apprécié que la caisse n'apporte pas la preuve que le courrier du 19 février 2015, par lequel la caisse informait la victime du recours à un délai complémentaire, avait été envoyé à celle-ci, de sorte que le délai d'instruction de la demande avait été dépassé, la caisse ayant statué par décision du 23 avril 2015, l'arrêt en a exactement déduit la reconnaissance implicite du caractère professionnel de la maladie non inscrite dans un tableau des maladies professionnelles.

15. Le moyen, qui se fonde sur un texte abrogé au jour de la déclaration de la maladie par la victime, n'est, dès lors, pas fondé.

PAR CES MOTIFS, la Cour :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande formée par la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne et la condamne à payer à M. [T] la somme de 3 000 euros ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du dix-sept février deux mille vingt-deux.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par la SCP Foussard et Froger, avocat aux Conseils, pour la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne

PREMIER MOYEN DE CASSATION

L'arrêt attaqué encourt la censure ;

EN CE QU'IL a déclaré Monsieur [T] recevable en son recours à l'encontre de la décision de la CPAM de la Marne notifiée le 4 octobre 2017 ;

AUX MOTIFS PROPRES QUE « Dans sa requête auprès du TASS de la Marne du 21 octobre 2015, M. [T] a indiqué qu'il contestait la décision de la CRA du 2 juillet 2015 confirmant la décision de la CPAM. Tant la société [4] que la CPAM font valoir que M.[T] n'ayant pas saisi le TASS en contestation de la décision de la CPAM du 4 octobre 2017, celle-ci est devenue définitive et donc incontestable par l'assuré. Considération prise de ce que la reconnaissance implicite de la maladie professionnelle a été retenue, il est évident que la décision de refus rendue par la CPAM le 4 octobre 2017 est sans objet, au même titre que celle du 23 avril 2015 étant, en outre, souligné que la CPAM a rendu sa décision de 4 octobre 2017 sans avoir fait l'objet d'une nouvelle demande par l'assuré. Le jugement entrepris est donc infirmé. » ;

ET AUX MOTIFS PROPRES QUE « L'article R. 441-14 du code de la sécurité sociale, dans sa version applicable aux faits de l'espèce, expose que lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime avant l'expiration du délai prévu au premier alinéa de l'article R. 441-10 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La charge de la preuve de cet envoi s'analysant comme un fait juridique pèse sur l'organisme social, cette preuve pouvant être rapportée par tous moyens, y compris par présomptions, l'adage suivant lequel "nul ne peut se constituer une preuve à lui-même" ne s'appliquant pas. La CPAM indique que les envois de courriers se font sous forme dématérialisée. Aux termes des dispositions de l'article 1316-1 du code civil, dans sa version applicable aux faits de l'espèce, l'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité. M.[T] ne remet pas en question que l'émetteur du courrier en cause soit la CPAM mais émet des critiques quant à la capture d'écran produite par cette dernière qui a recours à la dématérialisation pour stocker des données ainsi que des doutes quant à l'intégrité de l'envoi par lettre recommandée avec avis de réception du courrier en cause. La capture d'écran produite par la CPAM permet de vérifier que le n° du recommandé est semblable à celui porté sur le courrier du 19 février 2019 et que ce courrier a été émis sous forme de lettre recommandée avec avis de réception le 19 février 2015 à 22h37mins et 19 s. Cependant, une mention apparaît litigieuse à savoir celle afférente à la date à laquelle M. [T] a été avisé du pli lequel est resté non réclamé puisqu'elle est indiquée comme étant le 19 février 2015 à 22h37mins et 19s soit au même moment que son émission, ce qui est impossible. Il y a donc lieu de considérer que la CPAM ne rapporte pas la preuve de ce que le courrier daté du 19 février 2015 a réellement été envoyé à M. [T], de sorte que le délai d'instruction de sa demande a été dépassé puisque la caisse a statué le 23 avril 2015 soit au-delà du délai de trois mois qui lui était imparti prévu par l'article R. 441-10 du code de la sécurité sociale, ce qui implique que le caractère professionnel de la maladie de M. [T] est reconnu et que la décision du 23 avril 2015 de la CPAM tendant au refus de la prise en charge était sans objet et n'est pas de nature à constituer le point de départ du délai de forclusion invoquée par la société [4] et la CPAM » ;

ALORS QUE, PREMIEREMENT, en l'absence de contestation dans les conditions posées par les articles R. 142-1 et R. 142-18 du Code de la sécurité sociale, la décision par laquelle une Caisse primaire d'assurance maladie refuse la prise en charge d'une affection au titre de la législation professionnelle s'impose à l'assuré et rend irrecevable la demande, formée devant le juge, et visant à la prise en charge de la même affection au titre de la législation professionnelle ; qu'en retenant au cas d'espèce, pour déclarer la demande de l'assuré recevable, que la reconnaissance implicite de l'affection déclarée rendait sans objet la décision explicite de refus, la Cour d'appel a violé les articles R. 142-1 et R. 142-18 du Code de la sécurité sociale, ensemble les règles gouvernant l'autorité de la chose décidée ;

ALORS QUE, DEUXIEMEMENT, le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut être saisi d'une réclamation contre une décision d'un organisme de sécurité sociale qu'après que celle-ci a été soumise à la commission de recours amiable de cet organisme ; que l'assuré qui sollicite devant le juge la reconnaissance implicite d'une affection au titre de la législation professionnelle doit, au préalable, contester la décision explicite de refus qui lui a été opposée devant la Commission de recours amiable ; qu'en retenant au cas d'espèce, pour déclarer la demande recevable, que la reconnaissance implicite de l'affection déclarée rendait sans objet la décision explicite de refus, la Cour d'appel a violé les articles R. 142-1 et R. 142-18 du Code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, TROISIEMEMENT, le juge ne peut se prononcer sur le bien-fondé d'une demande qu'après avoir établi, au préalable, sa recevabilité ; qu'au cas d'espèce, les juges du fond ont considéré que la demande de prise en charge de l'affection était fondée, puis en ont déduit qu'elle était recevable ; que dès lors, la Cour d'appel a violé l'article 31 du Code de procédure civile, ensemble les articles R. 142-1 et R. 142-18 du Code de la sécurité sociale ;

ET ALORS QUE, QUATRIEMEMENT, en toute hypothèse, le juge ne peut déclarer une demande recevable en se basant sur des considérations liées à son bien-fondé ; qu'au cas d'espèce, les juges du fond ont considéré que la demande de prise en charge de l'affection était fondée, puis en ont déduit qu'elle était recevable ; que dès lors, la Cour d'appel a violé l'article 31 du Code de procédure civile, ensemble les articles R. 142-1 et R. 142-18 du Code de la sécurité sociale ;

SECOND MOYEN DE CASSATION

L'arrêt attaqué encourt la censure ;

EN CE QU'il a dit que l'affection déclarée par Monsieur [T] devait être prise en charge ;

AUX MOTIFS PROPRES QUE « L'article R. 441-14 du code de la sécurité sociale, dans sa version applicable aux faits de l'espèce, expose que lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime avant l'expiration du délai prévu au premier alinéa de l'article R. 441-10 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La charge de la preuve de cet envoi s'analysant comme un fait juridique pèse sur l'organisme social, cette preuve pouvant être rapportée par tous moyens, y compris par présomptions, l'adage suivant lequel "nul ne peut se constituer une preuve à lui-même" ne s'appliquant pas. La CPAM indique que les envois de courriers se font sous forme dématérialisée. Aux termes des dispositions de l'article 1316-1 du code civil, dans sa version applicable aux faits de l'espèce, l'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité. M. [T] ne remet pas en question que l'émetteur du courrier en cause soit la CPAM mais émet des critiques quant à la capture d'écran produite par cette dernière qui a recours à la dématérialisation pour stocker des données ainsi que des doutes quant à l'intégrité de l'envoi par lettre recommandée avec avis de réception du courrier en cause. La capture d'écran produite par la CPAM permet de vérifier que le n° du recommandé est semblable à celui porté sur le courrier du 19 février 2019 et que ce courrier a été émis sous forme de lettre recommandée avec avis de réception le 19 février 2015 à 22h37mins et 19 s. Cependant, une mention apparaît litigieuse à savoir celle afférente à la date à laquelle M. [T] a été avisé du pli lequel est resté non réclamé puisqu'elle est indiquée comme étant le 19 février 2015 à 22h37mins et 19s soit au même moment que son émission, ce qui est impossible. Il y a donc lieu de considérer que la CPAM ne rapporte pas la preuve de ce que le courrier daté du 19 février 2015 a réellement été envoyé à M. [T], de sorte que le délai d'instruction de sa demande a été dépassé puisque la caisse a statué le 23 avril 2015 soit au-delà du délai de trois mois qui lui était imparti prévu par l'article R. 441-10 du code de la sécurité sociale, ce qui implique que le caractère professionnel de la maladie de M. [T] est reconnu et que la décision du 23 avril 2015 de la CPAM tendant au refus de la prise en charge était sans objet et n'est pas de nature à constituer le point de départ du délai de forclusion invoquée par la société [4] et la CPAM » ;

ALORS QUE, la prise en charge, par la Caisse, d'une maladie hors tableau, ne peut faire l'objet d'une reconnaissance implicite ; qu'en retenant au cas d'espèce que l'assuré pouvait se prévaloir d'une décision implicite de prise en charge quand elle constatait que l'affection déclarée n'était pas inscrite dans un tableau des maladies professionnelles, la Cour d'appel a violé les articles L. 461-1, R. 441-10, R. 441-14, dans leur rédaction applicable au litige, et R. 461-9, alors applicable, du Code de la sécurité sociale.