

23 novembre 2023
Cour d'appel de Versailles
RG n° 22/02602

5e Chambre

Texte de la décision

Entête

COUR D'APPEL

DE

VERSAILLES

Code nac : 89E

5e Chambre

ARRET N°

CONTRADICTOIRE

DU 23 NOVEMBRE 2023

N° RG 22/02602 - N° Portalis DBV3-V-B7G-VMEY

AFFAIRE :

S.A.S. [4] (ayant pour enseigne [5])

C/

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES HAUTS DE SEINE

Décision déferée à la cour : Jugement rendu le 20 Juin 2022 par le Pole social du TJ de NANTERRE

N° RG : 16/02214

Copies exécutoires délivrées à :

la SELARL TESSARES AVOCATS

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES HAUTS DE SEINE

Copies certifiées conformes délivrées à :

S.A.S. [4]

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES HAUTS DE SEINE

le :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

LE VINGT TROIS NOVEMBRE DEUX MILLE VINGT TROIS,

La cour d'appel de VERSAILLES, a rendu l'arrêt suivant dans l'affaire entre :

S.A.S. [4] (ayant pour enseigne [5])

[Adresse 1]

[Localité 3]

représentée par Me Michaël GUILLE de la SELARL TESSARES AVOCATS, avocat au barreau de LYON, substitué par Me Laurent SAUTEREL, avocat au barreau de LYON

APPELANTE

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES HAUTS DE SEINE

Division du Contentieux

[Localité 2]

représentée par Mme. [W] [T], en vertu d'un pouvoir spécial

INTIMÉE

Composition de la cour :

En application des dispositions de l'article 945-1 du code de procédure civile, l'affaire a été débattue le 26 Septembre 2023, en audience publique, les parties ne s'y étant pas opposées, devant Madame Marie-Bénédicte JACQUET, Conseillère chargée d'instruire l'affaire.

Ce magistrat a rendu compte des plaidoiries dans le délibéré de la cour, composée de :

Madame Sylvia LE FISCHER, Présidente,

Madame Marie-Bénédicte JACQUET, Conseillère,

Madame Laëtitia DARDELET, Conseillère,

Greffière, lors des débats : Madame Juliette DUPONT

Exposé du litige

EXPOSÉ DU LITIGE

Le 21 septembre 2015, M. [F] [K] (le salarié), exerçant en qualité d'opérateur au sein de la société [4] (la société), a déclaré à la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine (la caisse) une maladie professionnelle au titre d'une 'algodystrophie compliquant une tendinite du supra-épineux épaule gauche' sur la base d'un certificat médical initial établi le 1er juin 2015 faisant état d'une 'tendinite de la coiffe des rotateurs non rompue non calcifiante de l'épaule gauche (écho du 23/10/14 et IRM le 04/05/15) compliquée d'algodystrophie'.

Le 21 mars 2016, la caisse a pris en charge la maladie déclarée par le salarié sur le fondement du tableau n° 57 des maladies professionnelles.

Par courrier du 2 mai 2016, contestant la décision de prise en charge de la caisse, la société a saisi la commission de recours amiable de la caisse qui a rejeté son recours dans sa séance du 2 novembre 2016.

La société a alors saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre, devenu le pôle social du tribunal judiciaire de Nanterre qui, par jugement contradictoire en date du 20 juin 2022, a :

- dit opposable à la société la décision de la caisse de prendre en charge l'affection déclarée par le salarié du 1er juin 2015 au titre de la législation sur les risques professionnels ;
- dit le tribunal compétent pour statuer sur la demande d'imputation au compte spécial ;
- rejeté la demande d'imputation au compte spécial de la pathologie ;
- condamné la société aux dépens.

Par déclaration du 18 juillet 2022, la société a interjeté appel et les parties ont été convoquées à l'audience du 26 septembre 2023.

Par conclusions écrites, déposées et soutenues à l'audience, auxquelles il est renvoyé pour l'exposé des moyens, conformément à l'article 455 du code de procédure civile, la société demande à la cour :

- de déclarer l'appel interjeté par la société recevable ;
- d'infirmer le jugement entrepris ;

en conséquence, statuant à nouveau,

à titre principal,

- de constater que le salarié a cessé d'être exposé aux travaux susceptibles de provoquer la maladie déclarée à compter du 14 octobre 2014 ;
- de constater que le délai de prise en charge visé au tableau n° 57 A des maladies professionnelles est de 30 jours ;
- de constater que le certificat médical initial daté du 1er juin 2015, tenant lieu de premier constat de la pathologie, est largement postérieur au délai de prise en charge, puisque celui-ci expirait le 13 novembre 2014 ;
- de constater en conséquence que le délai de prise en charge était donc manifestement dépassé au jour de la constatation médicale de la maladie du salarié ;
- de constater que le questionnaire transmis à la société par la caisse a été rempli, précisant notamment que la durée d'exposition journalière cumulée du salarié des mouvements ou du maintien de l'épaule sans soutien en abduction, avec un angle supérieur ou égal à 60 degrés était 'de 0 à 2' en temps cumulé sur un poste de 8h ;
- de constater que la condition relative à la liste des travaux n'est pas remplie ;
- de constater que la caisse n'a d'ailleurs pas jugé opportun de se déplacer pour venir opérer les vérifications nécessaires

;

- de constater que la caisse s'est donc nécessairement fondée sur l'avis de son médecin- conseil, qui ne saurait constituer une quelconque preuve d'une exposition de l'assuré aux risques ;

- de déclarer en conséquence au constat de la violation des articles L. 4614 et L. 461-2 du code de la sécurité sociale par la caisse, inopposable à la société, la décision de prise en charge, au titre de la législation professionnelle, de l'affection du 1er juin 2015 déclarée par le salarié ;

à titre subsidiaire

- de constater que le salarié a précédemment occupé des postes de régleur, tourneur fraiseur, monteur, etc., de 1990 à 2006, soit pendant plus de 20 ans ;

- de constater qu'il a donc été exposé similairement au risque au service de ses employeurs successifs ;

- de déclarer en conséquence que la maladie constatée le 1er juin 2015 n'est dès lors que l'aboutissement d'une exposition successive au risque, sans qu'il soit possible d'identifier l'employeur au service duquel l'exposition au risque a provoqué l'affection du salarié ;

- d'ordonner que les prestations afférentes au sinistre en cause doivent être inscrites au compte spécial, conformément aux dispositions de l'article D. 242-6-5 3° alinéa 3 du code de la sécurité sociale ;

en toute hypothèse,

- de débouter la caisse de toutes ses demandes, fins et conclusions ;

- de condamner la caisse en tous les dépens de première instance et d'appel.

Par conclusions écrites, déposées et soutenues à l'audience, auxquelles il est renvoyé pour l'exposé des moyens, conformément à l'article 455 du code de procédure civile, la caisse demande à la cour :

- de confirmer le jugement rendu le 20 juin 2022 par le tribunal judiciaire de Nanterre en ce qu'il a dit opposable à la société la décision du 21 mars 2016 de prendre en charge l'affection déclarée par le salarié du 1er juin 2015 au titre de la législation sur les risques professionnels ;

- d'infirmier le jugement en ce qu'il s'est déclaré compétent pour statuer sur la demande d'imputation au compte spécial ;

et statuant à nouveau,

- de déclarer compétente la cour d'appel spécialement désignée par l'article L. 311-16 du code de la sécurité sociale selon les modalités fixées aux dispositions des articles R. 142-13 et suivants du même code ;

- de condamner la société aux entiers dépens.

Les parties ne présentent aucune demande sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

Motivation

MOTIFS DE LA DÉCISION

Sur le délai de prise en charge

La société souligne que le certificat médical initial est rectificatif, ce qui laisse supposer qu'un précédent certificat médical initial a été rédigé ; que la commission de recours amiable a relevé qu'il s'agissait d'une tendinite non chronique, et donc aiguë.

Elle précise que le salarié a cessé d'être exposé au risque le 14 octobre 2014 alors que le certificat médical initial est du 1er juin 2015, soit plus de trente jours prévus par le tableau n° 57 ; que seul le certificat médical initial a été communiqué et que les dates de première constatation médicale de l'affection varient selon les documents, sans que ces dates ne correspondent à une pièce ; que le tribunal s'est référé au colloque médico-administratif sans prendre en compte les contradictions sur les différentes dates évoquées.

En réponse, la caisse indique que le médecin conseil a fixé au 16 octobre 2014 la date de première constatation médicale de l'affection déclarée par le salarié en se fondant sur une radiographie de l'épaule gauche réalisée à cette date ; que la fin d'exposition au risque date du 14 octobre 2014 et que le délai de prise en charge de six mois est bien respecté.

Sur ce,

Aux termes de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015, est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Le délai de prise en charge détermine la période au cours de laquelle, après la cessation de l'exposition au risque, la maladie doit se révéler et être médicalement constatée pour être indemnisée au titre des maladies professionnelles.

Il est de jurisprudence constante que la première constatation médicale de la maladie professionnelle concerne toute manifestation de nature à révéler l'existence de cette maladie et n'est pas soumise aux mêmes exigences de forme que le certificat médical initial (2e Civ., 28 mai 2020, n° 18-26.490, D).

Le tableau n° 57 des maladies professionnelles désigne la maladie : Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM et prévoit un délai de prise en charge de six mois sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois.

En l'espèce, la maladie déclarée par le salarié a été instruite par la caisse pour une tendinopathie chronique, selon les mentions portées sur les courriers de la caisse, au cours de l'enquête administrative et sur le colloque médico-administratif qui indique 'tendinopathie chronique non rompue non calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche'.

Le délai de prise en charge était bien de six mois selon le tableau n° 57.

Il ressort des déclarations de l'employeur que le salarié a cessé d'être exposé au risque le 14 octobre 2014, date à laquelle il a fait l'objet d'un arrêt de travail.

Le certificat médical initial est daté du 1er juin 2015 avec la précision qu'il s'agit d'un duplicata n° 2 rectificatif rédigé le 4 juillet 2015.

Aux termes du colloque médico-administratif, le médecin conseil a fixé au 16 octobre 2014 la date de première constatation médicale correspondant à une radio de l'épaule gauche.

Ainsi, au vu de l'avis du médecin conseil, qui se fonde sur un élément extérieur objectif, document médical que la caisse n'a pas à produire, la date de première constatation médicale de la pathologie doit être fixée au 16 octobre 2014.

Contrairement aux allégations de la société, la preuve est donc rapportée par la caisse du respect du délai de prise en charge et le jugement sera confirmé de ce chef.

Sur l'exposition au risque

La société expose que la condition relative à l'exposition au risque n'est pas remplie ; que la caisse n'a pas jugé opportun de se déplacer pour venir opérer les vérifications nécessaires et s'est fondée, comme le tribunal, sur les déclarations du salarié ; que le tribunal du contentieux de l'incapacité, par jugement du 7 avril 2017, a confirmé l'existence d'un état antérieur qui permet de s'interroger sur l'exposition au risque.

La caisse prétend que le salarié travaillait au sein de la société depuis 2006 et que la description de son poste de travail impliquant une activité de travail au-delà de 60° était supérieure à 3h30 et la durée d'activité les bras au-dessus des

épaules était supérieure à une heure par jour ; que le représentant de la société a souhaité avoir du temps pour faire une étude de poste concernant les angles des bras par rapport au corps pendant le temps de travail mais n'a ultérieurement communiqué aucun élément complémentaire.

Sur ce,

Dans le tableau n° 57, la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie correspond aux travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction :

- avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé,

ou

- avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.

Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.

En l'espèce, l'enquêteur de la caisse s'est entretenu avec Mme [Z], responsable de service de prévention et de sécurité de la société, qui a décrit le poste du salarié :

- 'pas de transfert de pièces,
- dix pièces travaillées au maximum par jour,
- les pièces sont guidées automatiquement par une lance,
- sablage et grenailage les gestes répétitifs dépendent du nombre des pièces traitées,
- les taches diffèrent suivant la taille de la pièce et le type d'activité.'

Le salarié a ainsi décrit son travail en 3x8 :

- 'Sablage manuel et automatique sous pression impliquant (gestes répétitifs) ;
- Grenailage manuel (gestes répétitifs) ;
- Arrosage manuel (travail à la volée) ;
- Marquage avec un marteau automatique et manuel (gestes répétitifs) ;
- Coupe sur machine automatique ; le serrage manuel (gestes répétitifs) ;
- Chargement des pièces sur un chariot (gestes répétitifs) ;

- Coupe au plasma et au chalumeau. (gestes répétitifs)

L'assuré estime que la durée cumulée journalière d'activité au-delà de 60° à plus de 3 heures 30 par jour.

L'assuré estime la durée cumulée journalière d'activité les bras au-dessus des épaules à plus que 01h00 par jour.'

Les descriptions par les deux parties des activités du salarié ne sont pas contradictoires entre elles.

La caisse produit des fiches pratiques éditées par l'Institut national de recherche et de sécurité relatives aux activités de sablage et de grenailage, permettant de comprendre les gestes réalisés par le salarié.

Il se déduit des pièces produites que les gestes réalisés par le salarié correspondent aux mouvements ou au maintien de l'épaule sans soutien en abduction avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé, ou avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé, c'est-à-dire à ceux décrits dans la liste limitative des travaux du tableau n° 57.

La société n'a apporté aucun élément venant contredire ces gestes en abduction des bras et leur durée.

En conséquence, le jugement qui a déclaré opposable à la société la décision de prise en charge par la caisse de la pathologie du salarié au titre du tableau n° 57 sera confirmé.

Sur l'imputation au compte spécial

La société expose que le salarié a occupé des postes identiques à celui qu'il occupait chez la société [4] pendant plus de vingt ans, qu'il a été exposé similairement au risque chez ses employeurs successifs et demande l'inscription au compte spécial des prestations afférentes à la pathologie en cause.

Elle ajoute que les juridictions du contentieux général sont compétentes avant la notification de son taux de cotisation AT/MALADIE PROFESSIONNELLE par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

De son côté, la caisse affirme que le tribunal judiciaire de Nanterre n'était pas compétent, que cette décision relève de la CARSAT sous le contrôle de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) et maintenant la cour d'appel d'Amiens.

Elle ajoute qu'une telle demande est irrecevable, à défaut de saisine de la commission de recours amiable d'une telle demande.

Par une note en délibéré, la cour a demandé aux parties de s'expliquer sur la demande formée au titre de l'inscription au compte spécial au regard de la jurisprudence récente de la Cour de cassation (2e Civ., 28 septembre 2023, n° 21-25.719).

La caisse a rappelé qu'elle avait invoqué la compétence de la cour d'appel d'Amiens dans ses conclusions et que le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation confirme cette compétence.

La société n'a pas répondu dans le délai imparti.

Sur ce,

Aux termes de l'article 75 du code de procédure civile, s'il est prétendu que la juridiction saisie en première instance ou en appel est incompétente, la partie qui soulève cette exception doit, à peine d'irrecevabilité, la motiver et faire connaître dans tous les cas devant quelle juridiction elle demande que l'affaire soit portée.

En l'espèce, la caisse a régulièrement soulevé, dans ses conclusions déposées à l'audience et au cours des débats, l'incompétence de la cour d'appel de Versailles au profit de la cour d'appel d'Amiens.

Ce moyen est pertinent au regard de la jurisprudence récente de la Cour de cassation sur laquelle les parties ont été invitées à s'expliquer en cours de délibéré.

Si la jurisprudence citée est postérieure à l'audience de plaidoirie, elle a fait l'objet d'une note en délibéré et a pu être discutée par les parties. Il convient donc de l'appliquer aux litiges en cours.

Selon la Cour de cassation (2e Civ., 28 septembre 2023, n° 21-25.719 FS-B), il résulte des dispositions combinées des articles L. 143-1, 4° du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011, devenu L. 142-1, 7°, L. 143-4 du même code dans sa rédaction alors en vigueur, L. 311-16 du code de l'organisation judiciaire, dans sa rédaction issue de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, et les articles D. 242-6-4, D. 242-6-5 et D. 242-6-7 du code de la sécurité sociale, que les demandes d'un employeur de retrait de son compte des dépenses afférentes à une maladie professionnelle ou d'inscription de ces dépenses au compte spécial, même formées avant notification de son taux de cotisation, relèvent de la seule compétence de la juridiction du contentieux de la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En conséquence, la société ayant demandé l'inscription des dépenses afférentes à la maladie professionnelle litigieuse au compte spécial, la présente cour doit décliner sa compétence au profit de la cour d'appel d'Amiens, spécialement désignée par l'article D. 311-12 du code de l'organisation judiciaire.

Sur les dépens

La société, qui succombe à l'instance, est condamnée aux dépens d'appel.

Dispositif

PAR CES MOTIFS

La cour, après en avoir délibéré, statuant publiquement, par arrêt contradictoire et par mise à disposition au greffe,

CONFIRME le jugement entrepris en ce qu'il a dit opposable à la société la décision de la caisse de prendre en charge l'affection déclarée par le salarié du 1er juin 2016 au titre de la législation sur les risques professionnels ;

L'INFIRME en ce qu'il a dit le tribunal compétent pour statuer sur la demande d'imputation au compte spécial et en ce qu'il a rejeté la demande d'imputation au compte spécial de la pathologie déclarée par M. [K] ;

Statuant à nouveau sur ces points,

SE DÉCLARE incompétente pour se prononcer sur la demande aux fins d'inscription au compte spécial des dépenses afférentes à la maladie litigieuse ;

DÉCLARE la cour d'appel d'Amiens, spécialement désignée par l'article D. 311-12 du code de l'organisation judiciaire, compétente pour connaître de ce litige ;

DIT que le dossier sera transmis par le greffe au greffe de la cour d'appel d'Amiens, selon les modalités prévues à l'article 82 du code de procédure civile ;

CONDAMNE la société [4] aux dépens d'appel ;

Prononcé par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile.

Signé par Madame Sylvia Le Fischer, Présidente, et par Madame Juliette Dupont, Greffière, à laquelle la magistrate signataire a rendu la minute.

LA GREFFIÈRE, LA PRÉSIDENTE,