9ème Ch Sécurité Sociale

ARRÊT N°

N° RG 23/02614 - N° Portalis DBVL-V-B7H-TXCK

SAS [1]

C/

CPAM LOIRE ATLANTIQUE

Copie exécutoire délivrée

le :

à :

Copie certifiée conforme délivrée

le:

à:

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

COUR D'APPEL DE RENNES

ARRÊT DU 29 AVRIL 2026

COMPOSITION DE LA COUR LORS DU DÉLIBÉRÉ :

Président : Madame Clotilde RIBET, Présidente de chambre

Assesseur : Madame Anne-Emmanuelle PRUAL, Conseillère

Assesseur : Monsieur Philippe BELLOIR, Conseiller

GREFFIER :

Monsieur Philippe LE BOUDEC lors des débats et lors du prononcé

DÉBATS :

A l'audience publique du 10 Février 2026

devant Monsieur Philippe BELLOIR, magistrat chargé d'instruire l'affaire, tenant seul l'audience, sans opposition des représentants des parties et qui a rendu compte au délibéré collégial

ARRÊT :

Contradictoire, prononcé publiquement le 29 Avril 2026 par mise à disposition au greffe comme indiqué à l'issue des débats

DÉCISION DÉFÉRÉE A LA COUR:

Date de la décision attaquée : 14 Avril 2023

Décision attaquée : Jugement

Juridiction : Pole social du Tribunal Judiciaire de NANTES

Références : 20/01265

****

APPELANTE :

LA SAS [1]

[Adresse 1]

[Localité 1]

représentée par Me Benoît BOMMELAER de la SELARL CORNET VINCENT SEGUREL, avocat au barreau de RENNES substitué par Me Marie VERRANDO, avocat au barreau de RENNES

INTIMÉE :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE LOIRE ATLANTIQUE

[Adresse 2]

[Localité 2]

représentée par Madame [P] [R] en vertu d'un pouvoir spécial

EXPOSÉ DU LITIGE

Le 27 juin 2019, Mme [M] [U], salariée de la SAS [1] (la société) en tant que directrice générale, a déclaré une maladie professionnelle en raison d'un 'épuisement professionnel'.

Le certificat médical initial, établi le 15 juillet 2019, fait état d'un 'syndrome anxio-dépressif majeur, avec état d'épuisement physique, insomnies, et état d'épuisement psychique et émotionnel (vue pour la première fois en consultation le 02/08/2018, date de début des symptômes difficile à préciser'.

Par décision du 26 juin 2020, après instruction et suivant avis favorable du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles Pays de la Loire (CRRMP), la caisse primaire d'assurance maladie de Loire-Atlantique (la caisse) a pris en charge la maladie hors tableau au titre de la législation sur les risques professionnels.

Le 3 septembre 2020, contestant l'opposabilité de cette décision, la société a saisi la commission de recours amiable,

laquelle a rejeté son recours lors de sa séance du 20 octobre 2020.

La société a alors porté le litige devant le pôle social du tribunal judiciaire de Nantes le 17 décembre 2020.

Par jugement du 14 avril 2023, ce tribunal a :

- déclaré recevable l'instance engagée par la société ;

- débouté la société de sa demande tendant à ce que lui soit déclarée inopposable la décision de la caisse en date du 26 juin 2020 de prendre en charge la maladie déclarée par Mme [U], le 27 juin 2019, au titre de la législation sur les risques professionnels ;

- sursis à statuer sur la demande de la société tendant à la confirmation de la décision du 26 juin 2020 relative à la prise en charge de la pathologie de Mme [U] au titre de la législation sur les risques professionnels ;

- désigné le CRRMP Bretagne pour donner un avis motivé sur le point de savoir si la maladie déclarée par Mme [U] a été essentiellement et directement causée par le travail habituel de cette dernière ;

- dit que ce CRRMP prendra connaissance du dossier de la caisse laquelle devra joindre au dossier transmis audit comité copie du jugement ;

- dit que ce même CRRMP devra transmettre son avis écrit au greffe du tribunal au plus tard le 30 septembre 2023 ;

- dit qu'à réception de cet avis, le greffe en adressera immédiatement copie aux parties ;

- sursis à statuer sur le surplus des demandes ;

- réservé les dépens.

Par déclaration adressée le 2 mai 2023 par communication électronique, la société a interjeté appel de ce jugement adressé par le greffe le 19 avril 2023 (AR non daté).

Par ses écritures parvenues au greffe par le RPVA le 26 octobre 2023 auxquelles s'est référé et qu'a développées son conseil à l'audience, la société demande à la cour :

- d'infirmer le jugement entrepris en ce qu'il l'a déboutée de sa demande tendant à l'inopposabilité de la décision de prise en charge de la pathologie de Mme [U] au titre des risques professionnels, datée du 26 juin 2020 ;

- de lui déclarer la décision de prise en charge de la pathologie de Mme [U] au titre des risques professionnels, datée du 26 juin 2020 inopposable ;

- de condamner la caisse à lui verser 2 500 euros.

Par ses écritures parvenues au greffe le 20 février 2024 auxquelles s'est référée et qu'a développées sa représentante à l'audience, la caisse demande à la cour de :

- lui décerner acte de ce qu'elle a fait une exacte application des textes en vigueur ;

- confirmer purement et simplement le jugement entrepris ;

- débouter la société de toutes conclusions, fins et prétentions plus amples ou contraires ;

- condamner la partie adverse aux entiers dépens.

Pour un plus ample exposé des moyens et prétentions des parties, la cour, conformément à l'article 455 du code de procédure civile, renvoie aux conclusions susvisées.

MOTIFS DE LA DÉCISION

Sur l'absence d'avis du médecin du travail et d'avis du service médical :

L'article D. 461-29 du code de la sécurité sociale dispose que :

« Le dossier examiné par le comité régional comprend les éléments mentionnés à l'article R. 441-14 auxquels s'ajoutent :

1° Les éléments d'investigation éventuellement recueillis par la caisse après la saisine du comité en application de l'article R. 461-10 ;

2° Les observations et éléments éventuellement produits par la victime ou ses représentants et l'employeur en application de l'article R. 461-10 ;

3° Un avis motivé du médecin du travail de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises éventuellement demandé par la caisse en application du II de l'article R. 461-9 et qui lui est alors fourni dans un délai d'un mois;

4° Un rapport circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un

risque professionnel éventuellement demandé par la caisse en application du II de l'article R. 461-9 et qui lui est alors fourni dans un délai d'un mois ;

5° Le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie indiquant, le cas échéant, le taux d'incapacité permanente de la victime.

La communication du dossier s'effectue dans les conditions définies à l'article R. 441-14 en ce qui concerne les pièces mentionnées aux 1°, 2° et 4° du présent article.

L'avis motivé du médecin du travail et le rapport établi par les services du contrôle médical mentionnés aux 3° et 5° du présent article sont communicables de plein droit à la victime et ses ayants droit. Ils ne sont communicables à l'employeur que par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime ou, à défaut, par ses ayants droit. Ce praticien prend connaissance du contenu de ces documents et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime ou, à défaut, de ses ayants droit, que dans le respect des règles de déontologie.

Seules les conclusions administratives auxquelles ces documents ont pu aboutir sont communicables de plein droit à son employeur. »

Il en résulte qu'en cas de saisine par la caisse d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles en application de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur demande l'avis motivé du médecin du travail et la communication du rapport établi par le service du contrôle médical visés aux 2° et 5° de l'article D.461-29, il appartient à la caisse d'effectuer les démarches nécessaires en vue de la désignation d'un praticien par la victime ou ses ayants droit (2e Civ., 20 septembre 2018, pourvoi n° 17-22.512).

En l'espèce, la société reproche à la caisse de ne pas lui avoir transmis l'avis du médecin du travail et le rapport établi par les services de contrôle de la caisse.

Cependant, aucune disposition n'impose à la caisse de transmettre ces éléments pas plus que d'informer expressément l'employeur de la possibilité d'avoir connaissance, par l'intermédiaire d'un praticien, de l'avis motivé du médecin du travail et du rapport établi par les services du contrôle médical mentionnés aux 3° et 5° de l'article D. 461-29.

Il appartenait à la société de solliciter la mise en oeuvre de cette possibilité prévue par le texte.

Il ne peut être fait grief à la caisse de ne pas avoir ni transmis ni informé la société de cette possibilité dès lors qu'une telle obligation ne résulte pas d'un texte spécial.

En outre l'obligation générale d'information dont les organismes de sécurité sociale sont débiteurs envers leurs allocataires leur impose seulement de répondre aux demandes qui leur sont soumises.

En conséquence, par confirmation du jugement entrepris, il y a lieu de rejeter ce moyen.

Sur la réunion des conditions de transmission au CRRMP

L'article L. 461-1 dispose :

«[...] Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1».

L'article R. 461-8 du code de sécurité sociale fixe le taux d'incapacité à 25%.

En l'occurrence, il ressort du certificat médical initial établi le 15 juillet 2019 que Mme [U] souffrait d'un 'syndrome anxio-dépressif majeur avec état d'épuisement physique, insomnies et état d'épuisement psychique et émotionnel', pathologie non désignée par l'un des tableaux des maladies professionnelles.

L'avis médical du 24 octobre 2019 indique que le taux d'incapacité permanente prévisible estimée a été dûment évalué par le docteur [Z], médecin conseil, à un taux égal ou supérieur à 25%.

Cet avis s'imposant à la caisse, c'est à bon droit que le CRRMP a été saisi en application de l'article L. 461-1 précité.

Contrairement à ce que prétend l'employeur, s'agissant d'une maladie hors tableau, il n'entre pas dans la compétence du médecin conseil de trancher la question de la preuve à l'exposition au risque, la compétence revenant au CRRMP, chargé de se prononcer sur un éventuel lien entre l'activité professionnelle de l'assurée et la pathologie déclarée.

Par ailleurs, la caisse n'était nullement tenue d'attendre la stabilisation de l'état de santé de l'assurée avant la transmission du dossier au CRRMP.

Ayant pris connaissance des éléments du dossier et notamment de la fiche colloque, l'employeur a été informé, lors de

sa consultation, de cette estimation d'une incapacité permanente prévisible égale ou supérieure à 25%, permettant la transmission du dossier au CRRMP.

S'agissant du rapport du contrôle médical et de l'avis du médecin du travail, documents couverts par le secret médical, ceux-ci ont bien été transmis au CRRMP des Pays de la Loire comme le souligne l'avis rendu le 15 juin 2020.

L'avis du CRRMP des Pays de la Loire a été rendu après avoir pris connaissance des éléments suivants :

- demande motivée de reconnaissance présentée par la victime ;

- certificat établi par le médecin traitant ;

- avis motivé du médecin du travail ;

- rapport circonstancié de l'employeur ;

- enquêtes réalisées par la caisse ;

- rapport du contrôle médical par la caisse .

Il est mentionné que ce comité a entendu le médecin rapporteur et l'ingénieur conseil chef de service prévention de la CARSAT, CRAMIF ou CGSS ou la personne compétente du régime concerné.

Dans l'encart «motivation», il est énoncé :

«Compte tenu de la pathologie présentée par l'intéressée, un syndrome dépressif,

De sa profession, directrice générale,

Des éléments apportés au CRRMP qui montrent que l'intéressée a été confrontée à des difficultés dans le cadre de son activité professionnelle,

De l'absence, dans le dossier, d'éléments extra-professionnels pouvant expliquer l'apparition du syndrome dépressif,

Après avoir pris connaissance de l'avis du médecin du travail,

Et après avoir entendu le représentant de l'ingénieur conseil chef du service de prévention de la CARSAT,

Le comité établit une relation directe et essentielle entre la pathologie présentée par l'intéressée et son activité professionnelle ».

Il apparaît ainsi que l'avis du comité est suffisamment motivé et répond aux exigences de l'article L.461-1 sus-visé.

Le jugement sera confirmé en ce qu'il a rejeté ce moyen.

Sur la motivation de la décision de prise en charge consécutive à l'avis du CRRMP

Aux termes de l'article R. 441-18 du code de la sécurité sociale, applicable à l'époque des faits, « La décision de la caisse mentionnée aux articles R. 441-7, R. 441-8, R. 441-16, R. 461-9 et R. 461-10 est motivée. Lorsque le caractère professionnel de l'accident, de la maladie, de la rechute ou de la nouvelle lésion n'est pas reconnu, la notification de cette décision, qui comporte la mention des voies et délais de recours, est adressée à la victime ou ses représentants par tout moyen conférant date certaine à sa réception. Dans le cas contraire, la notification, qui comporte la mention des voies et délais de recours, est adressée à l'employeur par tout moyen conférant date certaine à sa réception. Dans l'un comme l'autre cas, la décision est également notifiée à la personne à laquelle la décision ne fait pas grief».

Au cas présent, la notification de la décision de prise en charge de la maladie professionnelle du 26 juin 2020 est rédigée dans les termes suivants:

« Le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) vient de nous transmettre un avis favorable concernant la maladie "hors tableau" de votre salarié(e) Madame [M] [U].

Elle est donc reconnue d'origine professionnelle.

Vous pouvez contester cette décision auprès de la Commission de recours amiable pendant les deux mois qui suivent la réception de ce courrier.

Votre contestation doit parvenir à l'adresse suivante :

Secrétariat de la Commission de Recours Amiable de la Caisse d'Assurance Maladie

[Adresse 2]

[Localité 2]

ou être déposée à l'accueil de votre caisse d'assurance maladie».

Il s'évince de ce courrier que les divers éléments rapportés justifient la motivation exigée par l'article précité.

En effet, le courrier indique que le dossier en cause concerne la maladie professionnelle de Mme [U], que le dossier a fait l'objet d'une prise en charge, que cette reconnaissance du caractère professionnel fait suite à un avis rendu par le CRRMP concernant la « maladie hors tableau » ainsi déclarée par la salariée et rappelle les voies et délai de recours applicables.

Ce moyen est inopérant et c'est à juste titre que les premiers juges l'ont rejeté.

Les premiers juges seront également approuvés en ce qu'ils ont ordonné la saisine d'un second CRRMP de sorte que le jugement sera confirmé en toutes ses dispositions.

Sur les frais irrépétibles et les dépens

Les dépens de la présente procédure d'appel seront laissés à la charge de la société qui succombe à l'instance et qui de ce fait ne peut prétendre à l'application des dispositions l'article 700 du code de procédure civile.

PAR CES MOTIFS :

La COUR, statuant publiquement par arrêt contradictoire mis à disposition au greffe,

CONFIRME le jugement dans toutes ses dispositions ;

Y ajoutant :

DEBOUTE la SAS [1] de sa demande d'indemnité sur le fondement des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile ;

CONDAMNE la SAS [1] aux dépens d'appel.

LE GREFFIER LE PRÉSIDENT