

par tout moyen au plus tard 15 jours avant la consultation (*C. trav., art. D. 2232-6, III*).

Les parties prenantes devront veiller au respect de l'articulation des différents délais :

- le délai d'un mois laissé à un ou plusieurs syndicats signataires pour indiquer s'ils souhaitent une consultation. Rappelons que lorsqu'un délai est exprimé en mois, ce délai expire le jour du dernier mois qui porte le même quantième que le jour de l'acte, de l'événement, de la décision ou de la notification qui fait courir le délai. À défaut d'un quantième identique, le délai expire le dernier jour du mois (*CPC, art. 641*) ;

- le délai de huit jours pour recueillir d'éventuelles signatures d'autres organisations syndicales représentatives calculé selon les règles que nous avons énoncées plus haut ;

- la conclusion du protocole électoral (qui n'est enfermée dans aucune condition de délai) mais qui doit être portée à la connaissance

des salariés au plus tard 15 jours avant la consultation laquelle doit être organisée au plus tard dans un délai de deux mois qui suit le délai de huit jours.

La multiplication des significations et des différents délais dans lesquels elles sont enfermées peut conduire, s'ils ne sont pas rigoureusement respectés, à l'irrégularité de la consultation si elle est organisée.

Jean-Yves KERBOURC'H,  
professeur à l'université de Nantes

**MOTS-CLÉS :** Conventions et accords collectifs - Application - Droit d'opposition - Conditions d'exercice - Délai

**TEXTES :** *C. trav., art. L. 2231-8 et L. 2232-12*

**JURISCLASSEUR :** *Travail Traité, fasc. 1-32, par Gérard Vachet*

## PROTECTION SOCIALE

# Accidents du travail et maladies professionnelles

## 1062 Prise en charge en tant que maladie professionnelle d'une maladie « hors tableau »

Peut être reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau des maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale et au moins égal à un pourcentage fixé à 25 %.

Le taux d'incapacité permanente à retenir pour l'instruction d'une demande de prise en charge d'une maladie non désignée dans un tableau des maladies professionnelles est celui évalué par le service du contrôle médical dans le dossier constitué pour la saisine du CRRMP, et non le taux d'incapacité permanente partielle fixé après consolidation de l'état de la victime pour l'indemnisation des conséquences de la maladie.

Cass. 2<sup>e</sup> civ., 19 janv. 2017, n° 15-26.655, FS-P+B, CPAM de Meurthe-et-Moselle c/ Sté Lorraine tubes : JurisData n° 2017-000563

### LA COUR - (...)

#### Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 461-1, alinéa 4, R. 461-8, D. 461-29 et D. 461-30 du Code de la sécurité sociale ;

- Attendu, selon le premier de ces textes, que peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau des maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle

entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage fixé à 25 % par le deuxième ; que, selon le dernier, la caisse primaire d'assurance maladie saisit le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles après avoir recueilli, notamment, le rapport du service du contrôle médical qui, aux termes du troisième, comprend, le cas échéant, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente partielle de la victime ; que pour l'application de ces dispositions, le taux d'incapacité permanente à retenir pour l'instruction d'une demande de prise en charge d'une maladie non désignée dans un tableau des maladies professionnelles est celui évalué par le service du contrôle médical dans le dossier constitué pour la saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, et non le taux d'incapacité permanente partielle fixé après consolidation de l'état de la victime pour l'indemnisation des conséquences de la maladie ;

- Attendu, selon l'arrêt attaqué, que M. X..., salarié de la société Lorraine tubes (la société), a déclaré, le 19 novembre 2009, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de Meurthe-et-Moselle (la caisse), une pathologie non désignée dans un tableau de maladies professionnelles et prise en charge, au titre de la législation professionnelle, par une décision du 9 décembre 2010, après avis favorable d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (le comité) ; qu'après consolidation de l'état de M. X..., le 5 janvier 2011, la caisse a fixé le taux d'incapacité permanente de la victime à 20 %, taux ramené à 10 % par un tribunal du contentieux technique ; que la société a alors saisi une juridiction de sécurité sociale aux fins d'inopposabilité de la décision de prise en charge ;

- Attendu que pour accueillir ce recours, l'arrêt relève que la caisse a saisi le comité, le 13 août 2010, sur la base d'un avis de son médecin-conseil du 21 juillet 2010 mentionnant que l'état de l'intéressé était stabilisé à cette date et que l'incapacité permanente estimée était égale ou supérieure à

25 % ; qu'après examen des éléments médico-administratifs et des conclusions du service médical, le taux d'incapacité permanente de M. X... a été évalué à 20 % et la consolidation de son état en rapport avec la maladie professionnelle a été fixée au 5 janvier 2011 ; que sur contestation de la société, le tribunal du contentieux de l'incapacité de Nancy a fixé à 10 %, à la date de consolidation, le taux d'incapacité permanente partielle de M. X... ; que l'état de santé de l'intéressé n'était donc pas stabilisé au moment où le médecin-conseil s'est prononcé le 21 juillet 2010 ; qu'il en résulte que, dans les rapports entre la caisse et la société, la maladie de M. X... ne peut être considérée comme une maladie professionnelle dans la mesure où, s'agissant d'une maladie non prévue par un tableau, elle n'est pas à l'origine d'une incapacité permanente au moins égale à 25 % ;

Qu'en statuant ainsi, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

#### Par ces motifs :

- Casse et annule, sauf en ce qu'il a déclaré recevable le recours formé par la société

## NOTE

Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle. Quatre-vingt-dix-huit tableaux figurent ainsi dans le Code de la sécurité sociale. Par exemple le tableau n° 57 vise les « affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail », connues comme étant une catégorie de troubles musculo-squelettiques.

Le Code de la sécurité sociale organise aussi la prise en charge de pathologies qui ne sont pas désignées dans l'un de ces 98 tableaux. Les règles ont été récemment aménagées pour faciliter la reconnaissance des pathologies liées aux risques psycho-sociaux (V. *Les mesures de la loi du 17 août 2015 relatives à la santé au travail* : JCP S 2015, 1356, étude par C.-F. Pradel, P. Pradel-Boureaux et V. Pradel. – D. n° 2016-756, 7 juin 2016). C'est dans ce contexte que s'inscrit l'arrêt commenté.

La prise en charge d'une pathologie « hors tableau » est contrôlée par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Toutefois, seules les pathologies les plus graves peuvent être instruites par un CRRMP. Les articles L. 461-1 et R. 461-8 du Code de la sécurité sociale disposent qu'il s'agit des pathologies qui entraînent le décès de la victime ou une incapacité permanente d'au moins 25 %. Les pathologies « hors tableaux » qui ne répondent pas à ce critère de gravité (taux d'incapacité de 25 %) donnent lieu à un refus de prise en charge. C'est sur cette condition liée à la gravité de la lésion que porte le litige soumis à la Cour de cassation.

La prise en charge d'une pathologie est-elle régulière s'il apparaît – *a posteriori* – que la condition de gravité n'est pas remplie ? Le lecteur pourrait être étonné de la question. Dans quelles circonstances constate-t-on qu'un dossier aurait été présenté à tort à un CRRMP ? La difficulté est née d'une pratique des organismes. Lorsque la victime adresse à la caisse une déclaration de maladie professionnelle portant sur une pathologie « hors tableau », le dossier peut être présenté au CRRMP sans attendre la consolidation de la victime (entendue comme « l'état qui ressort après arrêt des soins de la blessure stabilisée et qui permet de déterminer l'étendue de l'incapacité définitive résultant de cette blessure » (V° *Consolidation*, G. Cornu, *Vocabulaire Juridique* : PUF). L'organisme se fonde sur l'estimation **prévisionnelle** du taux d'incapacité réalisée par le médecin-conseil et prenant en compte la gravité supposée des séquelles qu'engendrera la pathologie.

Une telle pratique présente une limite s'il s'avère – dans un second temps – que les séquelles sont moins importantes que prévues. C'est ce qui a donné lieu au contentieux commenté. La solution donnée par

la deuxième chambre civile vise, dans une telle situation, à préserver la régularité de la décision de la caisse.

Par une solution novatrice, la Cour de cassation juge que « le taux d'incapacité permanente à retenir pour l'instruction d'une demande de prise en charge d'une maladie non désignée dans un tableau des maladies professionnelles est celui évalué par le service du contrôle médical dans le dossier constitué pour la saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, et non le taux d'incapacité permanente partielle fixé après consolidation de l'état de la victime pour l'indemnisation des conséquences de la maladie ». En d'autres termes, la deuxième chambre civile autorise officiellement le service public de sécurité sociale à soumettre un dossier au CRRMP sans que le taux d'incapacité permanente partielle de la victime ne soit encore fixé. Exiger du salarié qu'il établisse un taux d'incapacité permanente partielle de 25 %, comme la loi le requiert formellement, aurait impliqué, dans l'attente d'une consolidation, de rejeter sa demande afin d'éviter une prise en charge implicite acquise dans le silence de la caisse six mois après le dépôt du dossier complet. La deuxième chambre civile veut éviter un tel rejet, dans un souci d'humanité. Elle valide ainsi *a posteriori* la solution proposée par la CNAMTS dans le « Guide pour les CRRMP » : « Lorsqu'un dossier est orienté vers le CRRMP dans le cadre de l'alinéa 4 : Dans le cas où la pathologie n'est pas encore stabilisée, le médecin-conseil doit estimer un taux d'incapacité permanente prévisible à la date de la demande » (CIR-1/2014 CNAMTS, 27 janv. 2014, *Diffusion du Guide pour les CRRMP*).

L'affaire commentée présente l'intérêt de soumettre aux juges une question sans équivoque. La condition du taux de 25 % (liée à la gravité) n'était pas remplie, si l'on se réfère au taux d'incapacité permanente partielle fixé après consolidation. Non seulement l'organisme a *in fine* évalué ce taux à 20 % (donc inférieur aux 25 % exigés), mais surtout l'employeur avait pris la précaution, dans le cadre d'un contentieux devant le tribunal de contentieux de l'incapacité, de faire juger que seul un taux de 10 % aurait dû être retenu.

La Cour de cassation ne souhaite pas qu'un jugement ultérieur affecte la décision de l'organisme : dans l'affaire commentée, le taux d'incapacité est ramené à 10 % par un tribunal du contentieux technique. Le jugement du tribunal a autorité de la chose jugée, comprise comme « la force de vérité légale, ce qui permet de considérer que ce qui a été jugé est conforme à la vérité » (G. Couchez, *Procédure Civile* : SIREY université, 15<sup>e</sup> éd., 2008, n° 213, p. 215).

Pour échapper à cette autorité de la chose jugée qui « ramène à 10 % » le taux d'incapacité, la deuxième chambre civile identifie un second type de taux d'incapacité : le taux « évalué par le service du contrôle médical dans le dossier constitué pour la saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles ». L'existence de ce second type de taux d'incapacité est affirmée par opposition au « taux d'incapacité permanente partielle fixé après consolidation », qui avait donné lieu dans l'affaire commentée au contentieux de l'incapacité.

Le lecteur cherchera en vain dans les textes la possibilité pour l'organisme de se référer à un tel second type de taux d'incapacité permanente prévisible à la date de la demande. Pour cause, il s'agit d'une construction prétorienne. La cour casse pour « violation de la loi » un arrêt de la cour d'appel de Nancy qui n'avait fait qu'appliquer celle-ci. La prise en charge des pathologies « hors tableaux » (CSS, art. L. 461-1, al. 4) se réfère à un taux évalué en fonction d'une incapacité « permanente » (CSS, art. L. 434-2), fixé après consolidation, et non prévisionnel.

Le législateur comme le pouvoir réglementaire n'ont probablement pas anticipé une telle prise en mains par le juge de l'élaboration de la règle de droit. La publication au Bulletin de l'arrêt commenté

renforce le sentiment que la jurisprudence est une source majeure de ce droit très technique de la législation professionnelle.

Certaines questions ne sont toutefois pas encore tranchées. La contestation de ce second type de taux d'incapacité relève-t-elle du contentieux technique ? Le 2<sup>e</sup> de l'article L. 143-1 du Code de la sécurité sociale semble l'interdire. Le contentieux technique porte, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, sur les contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail, non prévisionnelle. Ainsi, les tribunaux des affaires de sécurité sociale seront vraisemblablement investis de ces difficultés. Le juge se fondera sur le dossier constitué par le médecin-conseil au moment de son évaluation. La circonstance que le service public de sécurité sociale soit lié par l'appréciation de son service médical renforce la nécessité d'un tel contrôle judiciaire, tant du point de vue du salarié que du point de vue de l'employeur.

La solution dégagée par la Cour de cassation devrait faciliter la reconnaissance comme maladies professionnelles des pathologies

« hors tableau ». La règle nouvelle, motivée par un souci de compassion, n'a donné lieu à aucune étude d'impact. Nous savons toutefois que cette solution, qui écarte la loi pour en pallier la carence, sera intégralement financée par les entreprises. Conscient de la difficulté, on ne peut exclure que le Législateur se saisisse de la question.

Camille-Frédéric PRADEL,  
docteur en droit, avocat au barreau de Paris  
Perle PRADEL-BOUREUX,  
docteur en droit, avocat au barreau de Paris  
Virgile PRADEL,  
docteur en droit, avocat au barreau de Paris

**MOTS-CLÉS :** Accidents du travail et maladies professionnelles - Maladie professionnelle - Pathologie non désignée dans un tableau de maladies professionnelles - Opposabilité à l'employeur de la décision de prise en charge - Taux d'incapacité permanente à retenir

**TEXTES :** CSS, art. L. 461-1, al. 4, R. 461-8, D. 461-29 et D. 461-30

**JURISCLASSEUR :** Protection sociale Traité, fasc. 311, par Gérard Vachet

## Cotisations et contributions sociales

### 1063 Conditions de régularité des opérations de contrôle

Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale par le cotisant ne peut être régulièrement effectué que par l'organisme de recouvrement compétent.

La régularité des opérations de contrôle et de redressement n'est pas subordonnée à la production, au début ou au cours de celles-ci, du titre attestant de la compétence de l'organisme.

Cass. 2<sup>e</sup> civ., 19 janv. 2017, n° 16-10.759, F-P+B, URSSAF Rhône-Alpes, anciennement URSSAF de l'Isère c/ SA Banque Rhône-Alpes : JurisData n° 2017-000562

#### LA COUR - (...)

##### Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 243-7 et R. 243-59 du Code de la sécurité sociale ;

● Attendu qu'il résulte de ces textes que, si le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale par le cotisant ne peut être régulièrement effectué que par l'organisme de recouvrement compétent, la régularité des opérations de contrôle et de redressement n'est pas subordonnée à la production, au début ou au cours de celles-ci, du titre attestant de la compétence de l'organisme ;

● Attendu, selon l'arrêt attaqué (Grenoble, 19 novembre 2015), que l'URSSAF de l'Isère, aux droits de laquelle vient l'URSSAF Rhône-Alpes (l'URSSAF), a procédé courant 2009 au contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale dans les établissements de la Banque Rhône-Alpes (la société) pour la période 2006 à 2008 puis a notifié à celle-ci une lettre d'observations comportant différents chefs de redressement de cotisations, suivie d'une mise en demeure ; que la société a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale ;

● Attendu que pour annuler la procédure de contrôle et la mise en demeure, l'arrêt relève que, suivant protocole intervenu entre la Banque Rhône-Alpes et l'ACOSS, la banque a été autorisée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 à verser la totalité des cotisations dont elle est redevable à l'égard de l'ensemble des organismes de recouvrement dont relèvent les établissements pour lesquels la paie est centralisée auprès de l'URSSAF de l'Isère ; que diligentant sa procédure de contrôle, l'URSSAF de l'Isère ne s'est pas prévalu de sa qualité d'URSSAF de liaison mais de sa qualité de délégataire de l'URSSAF de Mâcon

en vertu de la convention générale de réciprocité portant délégation de compétence en matière de contrôle entre les URSSAF y ayant adhéré ; que l'URSSAF de Mâcon qui n'avait plus compétence pour contrôler les établissements de la Banque Rhône-Alpes ne pouvait la déléguer ;

Qu'en statuant ainsi, alors qu'elle constatait que l'URSSAF était compétente, en application du protocole de versement en un lieu unique conclu entre l'ACOSS et la société, pour procéder au contrôle litigieux, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

#### Par ces motifs :

- Casse et annule (...)

## NOTE

Les règles de compétence territoriale des URSSAF sont complexes ; elles sont à l'origine d'un contentieux abondant. Trois arrêts rendus par la deuxième chambre civile le 19 janvier 2017 en offrent une illustration. Le premier concernait la portée de la fusion de deux URSSAF sur la compétence de l'organisme pour le contrôle et le recouvrement des cotisations et contributions sociales (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 19 janv. 2017, n° 16-10.630 : JurisData n° 2017-000561) ; le deuxième portait sur les conditions de validité d'une convention de réciprocité spécifique (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 19 janv. 2017, n° 15-28.023 : JurisData n° 2017-000560) ; l'arrêt commenté apporte des précisions sur la production par l'URSSAF du titre attestant de sa compétence. Ces trois arrêts ont été publiés au bulletin ; deux ont censuré le raisonnement des juges du fond pour violation de la loi. Tel est le cas de la présente espèce.

En application d'un protocole de versement en un lieu unique (VLU), l'URSSAF de l'Isère avait procédé au contrôle de l'application des législations de sécurité sociale de plusieurs établissements d'une même société ; ce contrôle portait sur la période 2006 à 2008. À l'issue des opérations de vérification, l'URSSAF avait adressé à la société une lettre d'observations, suivie d'une mise en demeure. La société avait contesté ce redressement. Elle arguait de l'incompétence de l'URSSAF de l'Isère pour procéder aux opérations de contrôle. Le demandeur fondait son argumentaire sur une erreur commise par