

21 juillet 2022

Cour d'appel de Bordeaux

RG n° 20/03194

CHAMBRE SOCIALE SECTION B

Texte de la **décision**

COUR D'APPEL DE BORDEAUX

CHAMBRE SOCIALE - SECTION B

ARRÊT DU : 21 JUILLET 2022

SÉCURITÉ SOCIALE

N° RG 20/03194 - N° Portalis DBVJ-V-B7E-LVNJ

Madame [D] [Y]

c/

CPAM DE LA GIRONDE

Nature de la décision : AU FOND

Notifié par LRAR le :

LRAR non parvenue pour adresse actuelle inconnue à :

La possibilité reste ouverte à la partie intéressée de procéder par voie de signification (acte d'huissier).

Certifié par le Directeur des services de greffe judiciaires,

Grosse délivrée le :

à :

Décision déferée à la Cour : jugement rendu le 17 juillet 2020 (R.G. n°18/02614) par le Pôle social du TJ de BORDEAUX, suivant déclaration d'appel du 09 août 2020,

APPELANTE :

Madame [D] [Y]

née le 26 Décembre 1960 à [Localité 3]

de nationalité Française

demeurant [Adresse 1]

représentée par Me Didier LE MARREC de la SELARL AVITY, avocat au barreau de BORDEAUX

INTIMÉE :

CPAM DE LA GIRONDE prise en la personne de son directeur domicilié en cette qualité audit siège social. [Adresse 6]

représentée par Me Jessica GARAUD substituant Me Françoise PILLET de la SELARL COULAUD-PILLET, avocat au barreau de BORDEAUX

COMPOSITION DE LA COUR :

En application des dispositions de l'article 945-1 du code de procédure civile, l'affaire a été débattue le 12 mai 2022, en audience publique, devant Monsieur Eric VEYSSIERE, Président chargé d'instruire l'affaire, qui a retenu l'affaire

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

Monsieur Eric Veysière, président

Madame Elisabeth Vercruysse, vice-présidente placée

Monsieur Hervé Ballereau, conseiller

qui en ont délibéré.

Greffière lors des débats : Evelyne GOMBAUD,

ARRÊT :

- contradictoire

- prononcé publiquement par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues à l'article 450 alinéa 2 du Code de Procédure Civile.

Exposé du litige

Mme [Y] a été assistante maternelle pour le compte de divers particuliers.

Le 29 novembre 2017, elle a complété une déclaration de maladie professionnelle faisant état d'une 'tendinopathie de l'épaule droite'.

Le certificat médical initial établi le 17 octobre 2017 fait état d'une 'tendinopathie de l'épaule droite - douleurs invalidantes de l'épaule droite récurrentes'.

Par décision du 13 juillet 2018, après un avis défavorable du [5] ([5]) de [Localité 2] en date du 11 juillet 2018, la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde (la caisse) a refusé de prendre en charge cette maladie au titre de la législation professionnelle.

Par courrier du 11 septembre 2018, réceptionné le 13 septembre 2018, Mme [Y] a saisi la commission de recours amiable de la caisse aux fins de contester cette décision.

Par décision du 2 octobre 2018, la commission de recours amiable de la caisse a rejeté le recours.

Le 27 novembre 2018, Mme [Y] a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Gironde aux fins de contester cette décision.

Par jugement avant dire droit du 29 mars 2019, le tribunal de grande instance de Bordeaux a ordonné la saisine du [5] de [Localité 4] aux fins qu'il donne son avis sur l'existence d'un lien entre la pathologie de Mme [Y] et son exposition professionnelle.

Le 1er octobre 2019, le [5] de [Localité 4] a rendu un avis défavorable.

Par jugement du 17 juillet 2020, le tribunal judiciaire de Bordeaux a :

- dit que la pathologie présentée par Mme [Y] le 29 novembre 2017 ne pouvait être prise en charge au titre de la législation sur les maladies professionnelles,
- débouté Mme [Y] de son recours,
- dit que chaque partie conserverait la charge de ses dépens.

Par déclaration du 9 août 2020, Mme [Y] a relevé appel de ce jugement.

Par ses dernières conclusions du 3 novembre 2020, Mme [Y] demande à la cour d'infirmier le jugement déféré et, statuant à nouveau :

- à titre principal, juger que sa pathologie (rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche objectivée par IRM) doit être prise en charge au titre de la législation sur les maladies professionnelles, et ce conformément aux dispositions de l'article R.441-10 du code de la sécurité sociale,
- à titre subsidiaire, juger que sa pathologie doit être prise en charge au titre de la législation sur les maladies professionnelles, et ce conformément aux dispositions de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale,
- à titre infiniment subsidiaire, désigner un expert aux fins de fixer les soins et arrêts imputables à la rechute, dire si son état est susceptible d'aggravation ou d'amélioration et dire que les honoraires et frais de déplacement dus pour cette expertise sont pris en charge par la caisse,
- en tout état de cause, condamner la caisse au paiement de la somme de 2 500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'aux entiers dépens.

Mme [Y] soutient qu'elle effectue des tâches qui sont répétitives et entraînent une sur-sollicitation de ses épaules, à raison de quatre heures par jour. Elle se prévaut de la présomption d'imputabilité de sa pathologie à son activité professionnelle et rappelle que plusieurs spécialistes ont retenu un lien de causalité entre son emploi et son atteinte de l'épaule droite.

Aux termes de ses dernières conclusions du 21 mars 2022, la caisse sollicite de la cour qu'elle:

- confirme le jugement déféré,

- déboute Mme [Y] de ses demandes,
- condamne Mme [Y] à lui verser la somme de 500 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile, outre les entiers dépens.

La caisse soutient avoir respecté les délais d'instruction du dossier et elle fait valoir que l'avis du [5] s'impose à elle et que l'activité professionnelle de Mme [Y] n'implique pas de mouvements répétés ou de résistance.

Pour un plus ample exposé des faits, des prétentions et des moyens des parties, il y a lieu de se référer au jugement entrepris et aux conclusions déposées et oralement reprises.

Motifs de la décision

Sur le respect des délais d'instruction

L'article R441-10 du code de la sécurité sociale dispose que 'la caisse dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration d'accident ou de trois mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de maladie professionnelle pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Il en est de même lorsque, sans préjudice de l'application des dispositions du chapitre 1er du titre IV du livre 1er et de l'article L. 432-6, il est fait état pour la première fois d'une lésion ou maladie présentée comme se rattachant à un accident du travail ou maladie professionnelle.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 441-14, en l'absence de décision de la caisse dans le délai prévu au premier alinéa, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu'.

Par application de l'article R441-14 du même code dans sa version modifiée par le décret n°2009-938 du 29 juillet 2009, lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur avant l'expiration du délai prévu au premier alinéa de l'article R. 441-10 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut excéder deux mois en matière d'accidents du travail ou trois mois en matière de maladies professionnelles à compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

En l'espèce, il ressort de la notification du 11 décembre 2017 que la caisse n'a reçu l'entier dossier de Mme [Y] que le 7 décembre 2017. En effet, si la déclaration de maladie professionnelle et le certificat médical initial ont été respectivement réceptionnés par la caisse le 30 novembre 2017 et le 23 octobre 2017, il convient également de relever que l'IRM permettant d'objectiver la maladie conformément aux dispositions du tableau n°57A des maladies professionnelles n'a été réalisée que le 4 décembre 2017, de sorte que la caisse n'était pas en mesure de

débuter l'instruction du dossier avant réception de cette pièce.

En application de la législation précitée, la caisse avait donc jusqu'au 7 mars 2018 pour prendre une décision quant au caractère professionnel de la pathologie.

Par lettre recommandée du 5 mars 2018 dont l'assurée ne conteste pas avoir signé l'accusé de réception le 10 mars 2018, la caisse l'informait de la nécessité d'avoir recours à un délai complémentaire d'instruction ne pouvant excéder trois mois.

La caisse qui avait jusqu'au 5 juin 2018 pour notifier sa décision a adressé à Mme [Y] un courrier en date du 28 mai 2018 pour l'informer de son refus de prendre en charge sa pathologie au titre de la législation professionnelle faute d'avoir reçu l'avis du [5] de [Localité 2] dans les temps. Ce courrier ne faisait en aucun cas mention d'un nouveau délai d'instruction et précisait très clairement que l'assurée serait à nouveau contactée dès réception dudit avis.

Il s'ensuit que la caisse a respecté les délais d'instruction, contrairement à ce qu'affirme l'appelante. Ce moyen est donc inopérant.

Sur le caractère professionnel de la maladie

L'article L461-1 du code de la sécurité sociale énonce qu'est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de 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 déterminé.

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.

En l'espèce, Mme [Y] a complété le 29 novembre 2017 une demande de reconnaissance de maladie professionnelle concernant une tendinopathie de l'épaule droite. Lors du colloque médico-administratif du 27 mars 2018, le médecin-conseil de la caisse a déterminé que cette pathologie correspondait au tableau n°57A tout

en estimant que Mme [Y] n'effectuait pas les travaux qui y sont listés, de sorte que la présomption d'imputabilité ne pouvait s'appliquer. Dès lors, il appartenait à Mme [Y] de démontrer autrement que par ses propres allégations que sa maladie de l'épaule droite avait pour origine son activité professionnelle, ce qu'elle ne parvient pas à faire.

En effet, il est constant que le dossier de Mme [Y] a été examiné par deux [5] différents, lesquels ont tous deux conclu qu'il n'existait pas de lien de causalité entre la pathologie déclarée et sa profession. Le [5] de [Localité 4] a retenu que Mme [Y] n'effectuait pas de tâches se caractérisant par une répétitivité, une amplitude ou une résistance justifiant l'apparition de l'atteinte présentée et il ajoute que plusieurs éléments extra-professionnels ont pu causer l'affection. Cet avis rendu sur la base des pièces médicales du dossier et du rapport du contrôle médical de la caisse après audition du médecin-rapporteur et d'un ingénieur conseil, est contesté par Mme [Y] qui produit, au soutien de son recours':

- un descriptif de son poste';
- des articles relatifs aux troubles musculosquelettiques chez les assistant(e)s maternel(le)s';
- des certificats médicaux et comptes-rendus d'examen du 4 décembre 2017 et des 29 juin, 2 et 26 août, 5 septembre, 20 novembre, 16 novembre 2018.

Il est incontestable que le métier d'assistant-maternel est un emploi physique qui peut s'avérer usant pour le corps. Toutefois, la simple existence d'un risque général et éventuel ne suffit pas à démontrer que Mme [Y] en a nécessairement été victime.

De plus, les pièces médicales versées aux débats évoquent des difficultés à effectuer certaines tâches en raison des douleurs causées par la tendinopathie sans pour autant établir un lien certain avec l'activité professionnelle. Le certificat du 16 novembre 2018 fait état d'une tendinite du supra-épineux bilatérale ainsi qu'une usure des membres supérieurs en général. Le certificat du 29 juin 2018 mentionne une arthrose tandis que le certificat du 5 septembre 2018 indique que 'son métier d'assistante maternelle a contribué à entretenir ces douleurs' difficiles à atténuer. Dans les certificats du 2 août et du 20 novembre 2018, le docteur [F] écrit que 'ces lésions peuvent être en rapport avec son activité professionnelle' et que 'la patiente présente une pathologie qui peut se rapporter à une activité manuelle', ce qui ne permet pas de retenir un lien direct et certain avec l'activité professionnelle.

Ainsi, au regard de ces éléments, le jugement rendu le 17 juillet 2020 par le pôle social du tribunal judiciaire de Bordeaux sera confirmé en ce qu'il a rejeté le recours de Mme [Y] contre la décision de la caisse de refus de prise en charge de la maladie au titre de la législation professionnelle sans qu'il y ait lieu d'ordonner de mesure d'expertise.

En application de l'article 696 du code de procédure civile Mme [Y] qui succombe, sera condamnée aux dépens de la procédure d'appel. De ce fait et compte tenu de la nature du litige, les parties seront déboutées de leurs demandes mutuelles de condamnation au titre de l'article 700 du code précité.

PAR CES MOTIFS

La cour,

Confirme le jugement rendu le 17 juillet 2020 par le pôle social du tribunal judiciaire de Bordeaux,

Y ajoutant,

Déboute Mme [Y] de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Déboute la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Condamne Mme [Y] aux dépens de la procédure d'appel.

Signé par monsieur Eric Veyssière, président, et par madame Evelyne Gombaud, greffière, à laquelle la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

E. Gombaud E. Veyssière