

SECURITE SOCIALE

Contrôle U.R.S.S.A.F- Lettre d'observation indiquant les chefs de redressement - Article R 243-59 alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale - Nouveaux éléments - Modification du redressement après réponse de l'employeur - Absence d'obligation d'envoi d'une nouvelle lettre - Contrôle régulier

La lettre d'observation indiquant les différents chefs de redressement, les bases retenues pour chacun d'eux avec mention du taux de cotisation, et précisant le montant des cotisations appelées ainsi que leur total, est conforme aux dispositions de l'article R 243-59 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

Ce n'est que postérieurement à la fin du contrôle que l'employeur a communiqué à l'inspecteur de l'U.R.S.S.A.F son courrier adressé à la direction des services fiscaux et la réponse de cette dernière, autorisant l'application de la déduction supplémentaire de 30% pour cinq vendeurs.

Ces courriers précisent les conditions de travail des vendeurs concernés.

Ces précisions sur leur activité effective de terrain(travail permanent de démarchage, représentations auprès des clients pour recueillir leurs commandes, assistance des agents sur place), constituait bien un fait nouveau susceptible de conduire l'inspecteur à réviser son évaluation de l'avantage en nature.

En tout état de cause, la lettre d'observation a pour objet d'informer le cotisant des redressements envisagés.

Son constat n'est pas définitif, puisque le cotisant dispose du droit d'y répondre en application du principe du contradictoire.

Il est dès lors admissible que l'inspecteur prenne en compte les courriers de réponse du cotisant pour modifier le redressement envisagé.

Seul le procès-verbal de contrôle clôt les opérations de contrôle.

Enfin lorsque l'organisme de recouvrement retient les éléments fournis dans la réponse de l'employeur pour modifier le redressement et envisagé, aucun texte ne prévoit l'envoi d'une nouvelle lettre qui ouvrirait une nouvelle période contradictoire.

L'U.R.S.S.A.F a rempli ses obligations en remettant une lettre d'observations à la société et en tenant compte des remarques de cette dernière.

Le contrôle ayant donné lieu au redressement contesté est donc régulier.

(Arrêt du 2 Mars 2007 - N ° 23- Répertoire général n° 06/00575)

Pension de retraite - Article L 732-39 du Code Rural - Cessation définitive d'activité salariée - Article R 351-37 du Code de la Sécurité Sociale - Indication par le salarié de la date d'entrée en jouissance de sa pension - Absence de texte prévoyant que la date d'effet de la pension de retraite ne peut être antérieure au dépôt de la preuve cessation d'activité agricole

En application de l'article L 732-39 du Code Rural, le service d'une pension de retraite, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter du 60^{ème} anniversaire de l'intéressé ou ultérieurement, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée.

En vertu de l'article R 351-37 du Code de la Sécurité Sociale, chaque assuré social doit indiquer la date à compter de laquelle il désire entrer en jouissance de sa pension, cette date étant nécessairement le premier jour d'un mois et ne pouvant être antérieur au dépôt de la demande et si l'assuré n'indique pas la date d'entrée en jouissance de sa pension, celle-ci prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la caisse chargée de la liquidation de droit à pension vieillesse.

En l'espèce, la salarié a déposé auprès de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole (M.S.A) une demande de retraite personnelle à compter du 1^{er} Mai 2004, après avoir précisé qu'elle cesserait son activité le 30 Juin 2004.

La M.S.A soutient avoir adressé à la salariée, en courrier simple, une lettre en date du 28 Juin 2004 aux termes de laquelle l'organisme reconnaît explicitement à l'assurée sociale la possibilité du bénéfice de la retraite avec effet au 1^{er} Mai 2004, suite au dépôt le 25 Mai 2004 d'une demande d'avantage vieillesse, à la condition que la cessation de l'activité intervienne dans les deux mois, c'est à dire au plus tard le 30 Juin 2004 et que l'assurée sociale lui envoie la justification de cette cessation avant le 28 Août 2004.

L'organisme social est lié par les principes ainsi énoncés de mise en application des textes législatifs et réglementaires pour la situation présente.

Cependant, la caisse de mutualité a considéré que la demande de pension était annulée en l'absence de réponse au 28 Août 2004, comme l'imposait le courrier.

L'assurée sociale prétend ne pas avoir reçu cette lettre.

En l'absence d'accusé de réception, la caisse n'apporte pas la preuve que l'appelante ait reçu un tel courrier et elle ne peut donc pas considérer la demande de pension de celle-ci comme annulée.

Aucun texte ne prévoit que la date d'effet de la pension de retraite ne peut être antérieure au dépôt auprès de la caisse de la preuve de la cessation d'activité agricole comme l'a jugé la tribunal.

Si cette preuve est nécessaire pour liquider la pension, le versement de celle-ci peut ensuite être rétroactif.

Ainsi la salariée prouve qu'elle a cessé son activité agricole le 30 Juin 2004 en versant aux débats non seulement le procès verbal d'assemblée générale extraordinaire de l'E.A.R.L en date du 25 Juin 2004 mais aussi une attestation de l'expert-comptable en date du 19 Mai 2005 et plus encore des courriers de la M.S.A informant l'appelante, d'une part le 2 Mai 2005, qu'elle était désormais inscrite à la caisse à compter du 1^{er} Juillet 2004 en qualité de simple membre de la société et, d'autre part le 27 Juin 2005, en lui envoyant un bordereau d'appel rectificatif de cotisations pour l'année 2004 " suite à sa cessation d'activité le 30 Juin 2004".

Il convient donc d'infirmier le jugement déferé et la décision de la Commission de Recours Amiable.

La salariée bénéficiera de ses droits à la retraite à compter du 1^{er} Mai 2004.

(Arrêt du 4 Mai 2007 - N ° 43 - Répertoire général n ° 06/01061)

Reconnaissance caractère professionnel de la maladie d'un salarié - Article D 461-7 à D 461-24 Code de la Sécurité sociale : maladie professionnelles par inhalation de poussières d'amiante - Article L 422-1 Code Sécurité sociale : enquête légale par agent assermenté - Article R 442-6 Code de la sécurité sociale - Combinaison articles D 461-9 et R 441-11 Code Sécurité sociale : absence enquête administrative en présence enquête légale - Délai complémentaire d'instruction - Inopposabilité décision de reconnaissance caractère professionnel à l'employeur

Aux termes de l'article D 461-5 du Code de la Sécurité sociale, les dispositions des articles D 461-7 à D 461-24 sont applicables aux maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de poussières d'amiante. Dans ces conditions, la caisse primaire d'assurance maladie peut faire procéder à une enquête par un agent assermenté.

En vertu de l'article L 422-1 du Code de la sécurité sociale, alors en vigueur, la caisse devait faire procéder à une enquête légale par agent assermenté dans les vingt-quatre heures de la déclaration. Cependant, ce délai n'était pas énoncé à peine de nullité. De plus, l'enquêteur note dans son procès verbal que l'enquête a été retardée dans la mesure où l'entreprise n'a pu lui donner rendez-vous que pour le jeudi 22 Mai 2003.

Aux termes de l'article R 442-8 du Code de la sécurité sociale, les témoins sont entendus par l'enquêteur en présence de la victime, de l'employeur et du représentant de la caisse primaire d'assurance maladie si ceux-ci comparaissent. L'article R 442-6 du même code prévoit que l'enquêteur convoque au lieu de l'enquête la victime, l'employeur et toute personne qui paraîtrait susceptible de fournir des renseignements utiles. Il s'en déduit que par la convocation, l'employeur est averti du déroulement de l'enquête à laquelle il peut assister s'il le souhaite. La société ne peut donc reprocher à la caisse son absence lors des auditions.

Il ressort de la combinaison des articles D 461-9 et R 441-11 du Code de la sécurité sociale que l'enquête administrative n'a pas à avoir lieu lorsqu'il est procédé à l'enquête légale par agent assermenté.

Il n'est pas contesté que préalablement aux décisions de la commission de recours amiable et du tribunal des affaires de sécurité sociale, la caisse primaire ait adressé à la société le certificat médical attestant de la maladie professionnelle de son salarié.

Cependant la mise en oeuvre des dispositions de l'article R 441-14 du Code de la sécurité sociale, dans le délai imparti par la caisse à l'employeur pour consulter le dossier et présenter d'éventuelles observations, oblige la caisse, préalablement à sa décision sur le caractère professionnel de la maladie, à remplir à nouveau ses obligations prévues par l'article R 441-

11 du même code.

En l'espèce, le même jour à savoir le 16 Juin 2003, la caisse primaire d'assurance maladie, d'une part, a informé la société que le dossier relatif à la maladie professionnelle du salarié était terminé et que l'employeur avait la possibilité de venir consulter les pièces constitutives du dossier pendant un délai de dix jours à compter de la date d'établissement du courrier et, d'autre part, a notifié à ce même employeur qu'un délai complémentaire d'instruction était nécessaire qui ne pourrait pas excéder trois mois à compter de l'envoi du courrier.

Il ressort des termes mêmes de ce deuxième courrier qu'il était considéré comme postérieur au premier puisqu'il y faisait référence par les mots " précédents courrier".

En conséquence, elle ne pouvait pas, sans autre avis, lui notifier dès le 26 Juin 2003 sa décision de reconnaître le caractère professionnel de la maladie.

Le premier juge en a parfaitement déduit que cette décision était inopposable à l'employeur.

(Arrêt du 4 Mai 2007 - N ° 44 - Répertoire général n ° 06/01111)

Pension de reversion du conjoint survivant - Article L 353-1 du Code de la Sécurité sociale - Règle de calcul- Pourcentage de la pension principale de l'assuré - Article D 353-1 du Code de la Sécurité sociale

La CMSA fait valoir qu'au regard des articles L 353-1, D 353-1 et D 355-1 du Code de la Sécurité sociale, il convient de rejeter les prétentions du conjoint survivant, la limite de 73 % prévue par l'article D 355-1 étant une limite de cumul entre le montant de la pension de réversion et les avantages personnels d'invalidité et de vieillesse et non une limite minimum que doit atteindre le montant des droits cumulés.

L'article L 353-1 du code de la sécurité sociale prévoit qu'en cas de décès de l'assuré, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion si ses ressources personnelles ou celles du ménage n'excèdent pas des plafonds fixés par décret, que la pension de réversion est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension principale ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré, sans pouvoir être inférieure à un montant minimum fixé par décret en tenant compte de la durée de l'assurance lorsque celle-ci est inférieure à la durée déterminée par ce décret.

Lorsque son montant majoré des ressources personnelles ou du ménage excède les plafonds prévus, la pension de réversion est réduite à due concurrence du dépassement.

Le dernier alinéa de ce texte, supprimé par la loi du 21 AOÛT 2003 mais applicable jusqu'au 1^{er} JUILLET 2004, ajoutait que le conjoint survivant cumule, dans les limites fixées par décret, la pension de réversion avec des avantages personnels de vieillesse et d'invalidité.

L'article D 353-1 du même code prévoit que cette pension de réversion est égale à 54 % de la pension principale ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.

L'article D 355-1, dans sa version antérieure au décret du 24 AOÛT 2004, prévoyait que le conjoint survivant cumule la pension de vieillesse de veuve ou de veuf avec ses avantages

personnels de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail dans la limite de 52 % du total de ces avantages et de la pension principale dont l'assuré bénéficiait ou eût bénéficié, et qui a servi de base de calcul de l'avantage de réversion.

Il ajoutait en son troisième alinéa que cette limite ne peut être inférieure à 73 % du montant maximum de la pension de vieillesse du régime général liquidée à 65 ans.

Il faut en retirer que, si le conjoint survivant cumule la pension de réversion et des avantages personnels de vieillesse dans la limite de 52 % du total de ces avantages et de la pension principale dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré, cette limite ne peut être inférieure à 73 % du montant maximum de la pension de vieillesse du régime général liquidée à 65 ans.

Toutefois la correction apportée par le troisième alinéa à la limitation du cumul édictée par le deuxième ne peut avoir pour effet de créer des droits supplémentaires au conjoint survivant. La CMSA a donc fait une exacte application de ces textes et le jugement sera réformé en ce sens.

(Arrêt du 8 Juin 2007 - N ° 53 - Répertoire général n ° 06/01415)

Décision de la Caisse primaire d'assurance maladie reconnaissant caractère professionnel accident d'un salarié - Articles R 441-11 et R 441-13 du Code de la Sécurité sociale - Respect obligation d'information de l'employeur - Opposabilité à l'employeur de la décision de prise en charge de l'accident de travail

Pour déclarer inopposable à l'employeur la décision de prise en charge de l'accident de travail survenu le 9 août 2005 au salarié, pour non-respect de l'article R. 441-11 du code de la sécurité sociale, les premiers juges ont rappelé les termes de la lettre de la caisse avisant l'employeur de la fin de l'instruction du dossier : "je vous informe que l'instruction du dossier est terminée. En effet, aucun élément nouveau ne paraît plus devoir intervenir. Préalablement à la prise de décision sur le caractère professionnel de l'accident qui interviendra le 5 décembre 2005 et qui pourrait contenir des éléments susceptibles de vous faire grief, vous avez la possibilité de venir consulter les pièces constitutives du dossier". Ils ont reproché à la caisse de n'avoir nullement indiqué qu'il existait des éléments susceptibles de faire grief à l'employeur, et encore moins la nature de ces éléments. Ils ont retenu comme établi par ailleurs que la caisse s'était opposée à ce que l'employeur obtienne, malgré sa demande, copie des pièces du dossier.

Cependant, en informant par courrier l'employeur de la fin de la procédure instruction et de la possibilité de consulter le dossier mis à sa disposition cinq jours avant la date de la décision à intervenir, la caisse, qui n'avait pas l'obligation d'informer spontanément l'employeur des points susceptibles de lui faire grief, et qui n'était pas tenue de faire droit à la demande de l'employeur, pour autant qu'il en soit justifié, de lui délivrer copie des pièces du dossier, a rempli son obligation d'information.

(Arrêt du 22 Juin 2007 - N ° 63 - Répertoire général n ° 06/01566)

Demande de changement de secteur d'honoraire par un chirurgien orthopédiste installé depuis 1996 - Relevé de décisions relatifs à la chirurgie libérale du 24 Août 2004 - Article 9 du relevé prévoyant le choix d'opter pour le secteur II à honoraires différents à compter du 1^{er} Juillet 2005 - Bénéfice de cette option aux chirurgiens libéraux titulaires de titres spécifiques s'installant pour la première fois - Rejet de la demande

Par lettre recommandée en date du 16 Juillet 2005, un chirurgien orthopédiste a fait savoir à la Caisse primaire d'assurance maladie qu'à compter du 1^{er} Juillet 2005, il voulait bénéficier du droit de pratiquer dans le secteur conventionnel à honoraires différents c'est à dire le secteur II.

Le directeur de la C.P.A.M ainsi que la Commission de recours amiable de la C.P.A.M n'ont pas fait droit à sa demande.

Ce chirurgien a saisi le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale qui par jugement du 22 Septembre 2006 a rejeté sa demande.

Le chirurgien considère que le relevé de décisions relatif à la chirurgie libérale du 24 août 2004 s'impose et qu'en application du point 9 de ce relevé, le choix lui a été rendu le 1^{er} juillet 2005 d'opter pour le secteur II à honoraires différents.

Le point 9 de ce relevé de décision est ainsi rédigé : "les signataires du présent relevé s'engagent à mettre fin, au plus tard le 30 juin 2005 et toutes spécialités confondues, à la problématique des anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, anciens assistants des hôpitaux spécialisés, praticiens-chef de clinique ou assistants des hôpitaux militaires, praticiens à temps plein hospitalier dont le statut relève du décret n° 84 – 131 du 24 février 1984 qui ne peuvent actuellement disposer d'un choix de secteur d'exercice en leur rendant ce choix".

Le point 3 de ce relevé de décisions prévoit "la mise en place d'une politique tarifaire visant à réduire la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2, une première réponse, à court terme, consistant à la mise en oeuvre immédiate de forfaits liés à l'activité, les Contrats de Bonnes Pratiques, ayant vocation à compléter la tarification commune et permettant de revaloriser les honoraires des chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2 en fonction du volume d'activité réalisée en tarifs opposables".

Il se déduit de la lecture de ces libellés qu'une décision concernant le changement de secteur devrait être prise, après négociations dépassant la seule problématique visée au point 9 et avant le 30 juin 2005, sans qu'aucune sanction ne soit édictée, et encore moins la possibilité d'opter de manière libre en l'absence d'accord à cette date.

De plus, le chirurgien prétend qu'en faisant expressément référence à la finalisation des modalités de mise en oeuvre du relevé de décisions relatif à la chirurgie libérale du 24 août 2004 dans la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes signée le 12 janvier 2005, la possibilité d'opter de manière libre pour un changement de secteur au 1^{er} juillet 2005, en l'absence d'accord spécifique, était évidente.

Cependant, l'appelant a retiré de son contexte ce renvoi au relevé de décisions.

En effet, si l'alinéa 3 du point 1.2.4. de la convention rappelle que "les signataires s'accordent pour finaliser les modalités de mise en oeuvre, pour ce qui les concerne, du relevé de

décisions relatives à la chirurgie libérale du 24 août 2004", il est nécessaire de rappeler que ce point de la convention concerne les plateaux techniques lourds, que le premier alinéa de ce point prend acte du souhait d'impliquer les représentants des gestionnaires des établissements de santé privés en ce qui concerne ces plateaux techniques lourds et que le deuxième alinéa prévoit expressément que "les partenaires conventionnels conviennent d'étudier l'opportunité de créer une option conventionnelle, comprenant un cahier des charges et des modalités d'évaluation, relatives à cet exercice spécifique".

Il s'en déduit que la possibilité de changer de secteur était envisagée par les partenaires au cours d'une négociation beaucoup plus large concernant la chirurgie libérale.

Cette analyse est corroborée par le fait que la convention nationale 2005, qui s'impose tant aux médecins généralistes qu'aux médecins spécialistes, prévoit en son point 4.3. que peuvent seulement demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui, à compter de la date entre en vigueur de la convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires des titres énumérés à la convention, énumération reprenant exactement les titres listés au relevé de décisions du 24 août 2004.

Par conséquent, en l'absence d'accord au 30 juin 2005, les textes conventionnels ne permettaient pas aux chirurgiens libéraux, titulaires de titres spécifiques mais déjà installés, d'opter librement pour un changement de secteur à compter du 1^{er} juillet 2005.

Par ailleurs, le chirurgien soutient que ces textes conventionnels portent atteinte à des principes fondamentaux de valeur constitutionnelle, à savoir l'égalité de tous devant la loi et la libre concurrence.

L'appelant ne peut prétendre que l'interdiction qui lui est faite en ce moment d'opter pour le secteur 2 porte atteinte à l'égalité de tous devant la loi.

En effet, ce praticien libéral a rappelé, de manière exhaustive dans ses propres conclusions, l'évolution des conventions régissant la médecine libérale en France depuis la création du secteur 2 en 1980.

Il en ressort qu'au moment de son installation en 1996, le chirurgien avait toute latitude pour opter pour un exercice libéral en secteur 2, compte-tenu des titres qu'il possède.

Enfin, lors de la mise en application du règlement minimal de 1998 qui restreignait le droit d'option des médecins titulaires des titres spécifiques, la combinaison des articles 12 et 15 de cet arrêté portant règlement minimal permettait, s'ils en remplissaient les conditions, aux médecins précédemment conventionnés ainsi qu'à ceux dont l'adhésion intervenait à la suite d'une première installation, d'opter pour le secteur à honoraires différents par lettre recommandée expédiée à la Caisse dans le délai d'un mois suivant la réception de la copie du règlement conventionnel adressé par cet organisme aux médecins.

Le chirurgien a eu la possibilité d'opter pour le secteur 2 dans le délai sus-indiqué, ce qu'il n'a pas fait.

Dans son arrêt en date du 3 décembre 2004, la Cour d'appel de Bourges a rappelé à ce praticien que sa demande a été faite hors délai et qu'il ne pouvait plus opter pour le secteur 2. Par arrêt en date du 12 juillet 2006, la deuxième Chambre civile de la Cour de Cassation a constaté le désistement de ce praticien du pourvoi formé à son encontre.

Dans ces conditions, aucune rupture d'égalité ne peut être retenue, les praticiens munis des titres adéquats ayant eu la possibilité d'opter pour le secteur 2 lorsque des restrictions à cette option ont été apportées par le règlement minimal de 1998.

Les principes de la liberté d'entreprendre et de la libre concurrence ne sont aucunement bafoués dans la mesure où les médecins sont libres d'exercer leur profession en dehors de la convention, ou du règlement conventionnel qui s'y substitue.

De plus, les investissements relatifs aux plateaux techniques de chirurgie sont réalisés non pas par les praticiens exerçant leur art mais par les établissements hospitaliers.

Ainsi, le jugement déféré a été confirmé en toutes ses dispositions.

(Arrêt du 7 Août 2007 - N ° 70 - Répertoire général n° 06/01572)

Article L 553-1 du Code de la Sécurité Sociale - Prestations indûment payées par un organisme - Prescription de 2 ans - Inapplication de la prescription en présence de manoeuvres frauduleuse ou de fausse déclaration

En 2006, une Caisse d'allocations familiales demande à des allocataires le remboursement de prestations indûment versées entre le 1^{er} Août 2002 et le 30 Septembre 2005.

La Caisse invoque l'inapplication de la prescription biennale en raison de manoeuvres frauduleuses des allocataires.

L'article L 553-1 du code de la Sécurité Sociale stipule que " l'action de l'allocataire pour le paiement des prestations se prescrit par deux ans. Cette prescription est également applicable pour l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de manoeuvres frauduleuses ou de fausses déclarations".

En l'espèce, les allocataires n'ont pas été poursuivis ni condamnés pour fraude et complicité de fraude en vue de l'obtention d'allocations logement, les poursuites et les condamnations prononcées par le tribunal correctionnel de Bourges n'ayant porté que sur la fraude et complicité de fraude en vue de l'obtention d'une allocation de revenu minimum d'insertion.

Pour autant, la caisse d'allocations familiales est en droit de recouvrer les allocations logement indûment payées, sans se heurter à la prescription biennale, si elle administre la preuve de manoeuvres frauduleuses ou de fausses déclarations.

Il ressort des documents produits et notamment de la plainte de la caisse d'allocations familiales adressée au Procureur de la République, des demandes d'aide au logement présentées par les allocataires, et des auditions de ces derniers par les services de gendarmerie, qu'ils percevaient en toute illégalité dont ils étaient conscients, des allocations logement tant pour un logement qu'ils n'occupaient pas que, sous un faux nom, pour leur résidence principale.

Dans ces conditions, les premiers juges ne pouvaient opposer à la caisse d'allocations familiales du Cher la prescription biennale de sa demande en remboursement des allocations logement versées indûment avant octobre 2004.

(Arrêt du 23 Novembre 2007 - N ° 89 - Répertoire général n° 07/00366)

Maladie professionnelle - Article L 461-1 §3 et §4 du Code de la Sécurité Sociale - Condition du caractère professionnel de la maladie du salarié - Absence de la maladie dans le tableau des maladies professionnelles - Présence d'une maladie "essentiellement et directement" causée par le travail habituel du salarié - Avis d'un autre comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles sur l'origine de la maladie

Un salarié a exercé un recours contre trois décisions de la commission de recours amiable de la C.P.A.M du Cher refusant de faire droit à ses demandes de reconnaissances de maladie professionnelle pour une neuropathie des membres inférieurs et du bassin, un adénocarcinome de la prostate et des polypes de vessie.

Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale a rejeté sa demande.

L'article L 461-1 § 3 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que 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.

L'article L 461-1 § 4 poursuit que 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 25 %.

L'article R142-24-2 du même code précise que lorsque le différend porte sur la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie dans les conditions prévues aux 3^{ème} et 4^{ème} alinéas le l'article L 461- ci-avant rappelées, le Tribunal recueille préalablement l'avis d'un comité régional autre que celui qui a déjà été désigné par la caisse en application du 5^{ème} alinéa de l'article L 461-1.

Le Tribunal désigne alors le comité d'une des régions les plus proches.

Concernant les polypes de vessie, le salarié ne remplit pas les conditions prévues par le tableau 15ter où cette maladie est inscrite.

Il se trouve donc dans le cas prévu par l'article L 461-1 § 3 prévoyant de rechercher s'il existe un lien *direct* entre la maladie et son travail habituel. Un nouvel avis doit être sollicité par application des dispositions de l'article R 142-24-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Concernant la neuropathie des membres inférieurs et du bassin ainsi que l'adénocarcinome de la prostate, le salarié invoque désormais le tableau 58 intitulé " affections professionnelles provoquées par les travaux à haute température", alors qu'il est constant que la salarié était amené à travailler sur des moules chauffés à 150 °, équipé d'une simple couverture de protection.

Cependant les affections énumérées sont les crampes musculaires avec sueurs profuses, l'oligurie et le chlorure urinaire égal ou inférieur à 5g/l.

Le délai de prise en charge est de trois jours.

La liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies sont : tous travaux effectués dans les mines de postasse exposant à une température résultante égale ou supérieure à 28 °.

Il en ressort que le salarié ne remplit aucune des conditions prévues par ce tableau, principalement qu'il ne souffre pas d'une des maladies citées.

Le premier juge a justement constaté qu'elles ne figuraient pas davantage aux tableaux 97 et 98.

Dans ces conditions, il convient de faire application des dispositions de l'article L 461-1 § 4 du Code de la Sécurité Sociale et de rechercher s'il existe un lien *essentiel et direct* entre la maladie et le travail habituel de la victime, étant observé que la Caisse a retenu que le taux d'IPP était au moins égal à 25 %.

Il convient également de faire application des dispositions de l'article R 142-24-2.

(Arrêt du 30 Novembre 2007, N ° 92, Répertoire général n ° 07/00952)