



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

COUR D'APPEL DE RENNES
TRIBUNAL JUDICIAIRE DE RENNES
Pôle social -
Conseil des prud'hommes
Pôle social 2 rue des Trentes
CS84224
35042 RENNES CEDEX
Tel : 02 99 65 65 80
Courriel : pole-social.tj-rennes@justice.fr

Affaire : N° RG 20/00121 - N° Portalis
DBYC-W-B7E-IUKU

Date de la demande :
03 Février 2020

Me SAUTEREL
54 Cours Lafayette
69003 LYON 03

Rennes, le 19 Avril 2022

Objet du recours : Contestation prise en charge MP

Demandeur : Société CENTRE HOSPITALIER
Défendeur : Organisme CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE ET VILAINE

NOTIFICATION D'UNE DÉCISION

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, le greffier du tribunal judiciaire de Rennes vous notifie la décision ci-jointe, rendue par le juge du pôle social le 12 Avril 2022.

- si cette décision est rendue en premier ressort : la voie de recours qui vous est ouverte contre cette décision est l'appel. Ce recours doit être exercé dans un délai de **1 mois**.
- si cette décision est rendue en dernier ressort : la voie de recours qui vous est ouverte contre cette décision est le pourvoi en cassation. Ce recours doit être exercé dans un délai de **2 mois**.
- si cette décision dessaisit la présente juridiction : la voie de recours qui vous est ouverte contre cette décision est l'appel auprès du Premier président dans un délai de **15 jours** (Article 84 du Code de procédure civile).
- si cette décision est rendue par défaut : la voie de recours offerte au défaillant est l'opposition (article 571 du Code de procédure civile).

Le point de départ des délais de recours est le jour de la réception de ce courrier de notification.

Je vous prie d'agréer l'expression de ma considération distinguée.



Si le montant du litige est inférieur ou égal à 5 000 euros (article R.211-3-24 COJ), le tribunal judiciaire statue en dernier ressort.

Si le montant du litige est supérieur à 5 000 euros ou indéterminé, le tribunal judiciaire statue en premier ressort. Dans ce cas, vous pourrez faire appel devant la chambre sociale de la Cour d'appel spécialement désignée (article L.311-15 COJ)

Modalités selon lesquelles l'appel peut être formé.

L'appel d'un jugement peut être interjeté, à compter de la présente notification, dans le délai d'un mois par une déclaration datée et signée de vous-même ou de votre représentant, muni d'une procuration spéciale, fait ou adressé par pli recommandé au greffe de la Cour d'appel de Rennes, place du Parlement, CS 66422, 35 064 RENNES.

Article 642 du Code de procédure civile.

« Tout délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. Le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. »

Article 643 du Code de procédure civile.

« Lorsque la demande est portée devant une juridiction qui a son siège en France métropolitaine, les délais de comparution, d'appel, d'opposition, de recours en révision et de pourvoi en cassation sont augmentés de :

1. Un mois pour les personnes qui demeurent "en Guadeloupe, Guyane, à la Martinique, La Réunion, à Mayotte, Saint Barthélemy, à Saint Martin, à Saint Pierre-et-Miquelon, en Polynésie Française, dans les îles Wallis-et-Futuna, en Nouvelle Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises ;
2. Deux mois pour celles qui demeurent à l'étranger. »

Article 644 du Code de procédure civile.

« Lorsque la demande est portée devant une juridiction qui a son siège en Guadeloupe, Guyane, à la Martinique, La Réunion, à Mayotte, Saint Barthélemy, à Saint Martin, à Saint Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis-et-Futuna, les délais de comparution, d'appel, d'opposition et de recours en révision, sont augmentés de 1. Un mois pour les personnes qui ne demeurent pas dans la collectivité territoriale dans le ressort de laquelle la juridiction a son siège.

2. Deux mois pour les personnes qui demeurent à l'étranger. »

Article 668 du Code de procédure civile.

« Sous réserve de l'article 647-1, la date de la notification par voie postale est, à l'égard de celui qui y procède, celle de l'expédition, et, à l'égard de celui à qui elle est faite, la date de la réception de la lettre. »

La déclaration d'appel est faite par un acte, daté et signé, contenant :

- l'indication de votre nom, prénom, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance,
- l'indication des noms et domicile de votre adversaire et s'il s'agit d'une personne morale, du nom de l'entreprise, de l'association, du syndicat et de son siège social,
- l'objet de la demande,
- l'indication du jugement attaqué et l'indication de la Cour d'appel chargée de l'affaire,
- le nom de l'avocat chargé de vous assister devant la Cour d'appel.

Enfin, depuis le 1er septembre 2017, vous devez impérativement mentionner les éléments précis du jugement initial que vous contestez sauf si vous demandez son annulation totale. Vous pouvez avoir recours au formulaire Cerfa n°15774*02 (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1384>). La déclaration est accompagnée de la copie de la décision. Il vous sera délivré un récépissé de la déclaration d'appel.

Article R.142-11 du Code de la sécurité sociale.

"La procédure d'appel est sans représentation obligatoire"

Dans le cas 'un recours dilatoire ou abusif, le demandeur qui n'a pas obtenu gain de cause soit en première instance, soit en appel, est condamné au paiement d'une amende prévue à l'article 559 du Code de procédure civile (d'un montant maximum de 10 000 euros) et, le cas échéant, au règlement des frais de la procédure (notamment enquêtes, expertises, consultations ordonnées par la Cour ou le tribunal judiciaire). Les frais provoqués par la faute d'une partie peuvent être dans tous les cas mis à sa charge.

A l'occasion des litiges portant sur le recouvrement de cotisations ou majorations de retard et lorsque la procédure est jugée dilatoire ou abusive, l'amende est fixée à 6% des sommes dues en vertu du jugement rendu, avec un minimum de 150 euros par instance.

Modalités selon lesquelles le pourvoi peut être formé

Article R.142-15 du Code de la sécurité sociale

Le pourvoi contre les décisions rendues en dernier ressort et les arrêts de cour d'appel est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Il est instruit et jugé conformément aux règles de la procédure ordinaire dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions du présent chapitre.

Vous ou votre adversaire pouvez faire un pourvoi en cassation.

Devant la Cour de cassation, seuls les avocats à la Cour de cassation et au Conseil d'État sont habilités à vous défendre. Ils ont le monopole de la représentation et de la défense des personnes devant la Cour de cassation.

Aide juridictionnelle

- en cas d'appel : le demandeur ou le défendeur peut, sous certaines conditions de ressources, demander à bénéficier de l'aide juridictionnelle totale ou partielle sous réserve de remplir les conditions prévues par la loi. La demande doit être formulée au bureau d'aide juridictionnelle.

- en cas de pourvoi : le demandeur ou le défendeur peut, sous certaines conditions de ressources, être dispensé du paiement des honoraires de l'avocat. La demande doit être adressée, sur papier libre au Bureau d'aide juridictionnelle près de la Cour de cassation Palais de Justice - 5 Quai de l'Horloge 75 001 PARIS.

TRIBUNAL JUDICIAIRE DE RENNES
PÔLE SOCIAL

MINUTE N° 221436.

REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

AUDIENCE DU 12 Avril 2022

AFFAIRE N° N° RG 20/00121 - N° Portalis DBYC-W-B7E-IUKU

JUGEMENT

AFFAIRE :

Société

C/

Organisme CAISSE
PRIMAIRE
D'ASSURANCE MALADIE
D'ILLE ET VILAINE

Pièces délivrées :

CCCFE le : 19/04/22
M^e SAUTEREL

CCC le : 19/04/22
M^e SAUTEREL

CPAN

PARTIE DEMANDERESSE :

Société :

représentée par : Me Laurent SAUTEREL, avocat au barreau de LYON
substitué par Me Mickael GUILLE, avocat au barreau de LYON

PARTIE DEFENDERESSE :

Organisme CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE ET
VILAINE
Cours des Alliés
35024 RENNES CEDEX 9
représentée par madame DENOIZAY,

COMPOSITION DU TRIBUNAL :

Président : Madame Guillemette ROUSSELLIER, Vice-Présidente
Assesseur : Monsieur Olivier TIREL,
Greffier : M. Marc STEPHANT,

A l'audience de ce jour, le tribunal statuant à juge unique conformément à
l'article L218-1 du code de l'organisation judiciaire

DEBATS :

Après avoir entendu les parties en leurs explications à l'audience du 08 Mars
2022, l'affaire ayant été mise en délibéré pour la décision être rendue le 12
Avril 2022.

JUGEMENT : contradictoire et en premier ressort

EXPOSE DES FAITS

Madame _____, salariée du centre hospitalier _____ depuis le 1^{er} septembre 1981 en qualité d'aide-soignante a complété une déclaration de maladie professionnelle le 11 mars 2019 pour une "tendinopathie chronique de la coiffe épaule droite rompue à la face profonde du tendon du supra épineux".

Le certificat médical initial a été établi le 8 janvier 2019 par le Docteur _____, médecin généraliste à Montauban de Bretagne, et fait état d'une "tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs rompue à la face profonde du tendon du supra épineux droite".

Le service des risques professionnels de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) d'Ille-et-Vilaine, dans le cadre de l'instruction de cette maladie, a procédé par voie de questionnaires, Madame _____ ayant complété le sien le 13 mai 2019 et l'employeur le 21 mai 2019.

Par courrier du 25 juin 2019, la CPAM d'Ille-et-Vilaine a informé le centre hospitalier _____ de la nécessité de recourir à un délai complémentaire d'instruction.

Le médecin conseil de la caisse a émis un avis favorable en considérant que la pathologie de Madame _____ relevait du tableau 057 AAM 96E pour une "rupture partielle ou tranfixiante droite objectivée par IRM".

Par courrier du 16 juillet 2019, la CPAM d'Ille-et-Vilaine a informé le centre hospitalier _____ de la clôture de l'instruction et de la possibilité pour ce dernier de venir consulter les pièces constitutives du dossier avant la prise de décision devant intervenir le 5 août 2019.

Par courrier du 5 août 2019, la CPAM d'Ille-et-Vilaine a notifié au centre hospitalier _____ la prise en charge de la pathologie déclarée par Madame _____ au titre du tableau 57 des maladies professionnelles pour une "rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite".

Par courrier du 3 octobre 2019, le centre hospitalier _____ a saisi la commission de recours amiable de la CPAM d'Ille-et-Vilaine d'un recours à l'encontre de cette décision.

Par lettre recommandée avec accusé de réception expédiée le 3 février 2020, le centre hospitalier _____ a saisi le pôle social du tribunal judiciaire de Rennes d'un recours à l'encontre de la décision implicite de rejet de la commission.

En sa séance du 25 juin 2020, ladite commission a expressément rejeté la contestation de l'employeur, lequel a maintenu son recours.

EXPOSE DES PRETENTIONS ET MOYENS DES PARTIES

A l'audience du 8 mars 2022, le centre hospitalier _____, assisté de son conseil, a repris ses conclusions déposées le 1^{er} mars 2022 et tendant à :

- Déclarer son recours recevable ;
- A titre principal,
- Constater que la commission dans sa décision de rejet se réfugie derrière l'avis de son médecin conseil, sans constater le caractère rompu de la tendinopathie, ni s'expliquer sur cette pathologie qui ne correspond nullement aux exigences du tableau ;
- Constater que les tendinopathies chroniques rompues de la coiffe des rotateurs ne sont pas envisagées dans la tableau de maladie professionnel intéressé ;
- Constater que la caisse primaire ne pouvait pas modifier la qualification retenue par le médecin traitant de l'assurée, a fortiori si ce type d'affection n'est pas répertorié dans un tableau de maladie professionnelle ;
- Constater que l'avis du médecin conseil de la CPAM ne s'impose pas à lui, ni a fortiori au tribunal ;
- Déclarer que la désignation d'une affection prévue par un tableau de maladies professionnelles étant une des conditions essentielles à sa prise en charge au titre de la législation professionnelle, la pathologie de

Madame . . . , telle de constatée le 20 février 2018 (initialement le 8 janvier 2019), ne pouvait manifestement pas être prise en charge sur le fondement du 2^{ème} alinéa de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale ;

- En conséquence, prononcer l'inopposabilité de la décision de prise en charge de la maladie du 20 février 2018 de Madame . . . ;

En outre,

- Constaté que l'employeur, dans le rapport circonstancié adressé à la CPAM n'a nullement fait référence à des mouvements réalisés dans les conditions visées par le tableau n° 57 ;
- Constaté que la CPAM a donc nécessairement fait prévaloir les déclarations de l'assurée sur celles de l'employeur, et ne s'est pas déplacée dans l'entreprise, et n'a pas davantage effectuée une instruction téléphonique ;
- Dire que face à une divergence de déclarations, la CPAM doit pousser son enquête en adressant des questionnaires complémentaires ou en se déplaçant sur le lieu de travail pour constater de visu les conditions dans lesquelles travaillent les salariés, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce ;
- Constaté que l'une des conditions de prise en charge de la maladie déclarée fait défaut ;
- En conséquence, lui déclarer inopposable la décision de prise en charge de l'affection du 20 février 2018 déclarée par Madame . . . ;

De surcroît,

- Constaté que s'agissant d'une des conditions du tableau 57, le tribunal ne saurait se satisfaire des déclarations de la CPAM puisqu'il incombe en effet, d'une part, à la CPAM de rapporter objectivement la preuve, par la production de l'IRM, que la maladie litigieuse correspondait aux exigences du tableau, et, d'autre part, au tribunal d'être en mesure de remplir son office de vérification, afin de s'assurer que l'IRM litigieuse a permis de révéler les caractéristiques de la maladie litigieuse ;
- Constaté qu'à défaut pour la caisse primaire de produire l'IRM au débat, ou de justifier d'une éventuelle contre indication à l'IRM, le tribunal devra alors constater que la CPAM ne rapporte pas la preuve d'une IRM a été réalisée conformément aux prévisions du tableau 57, ou bien qu'il aurait existé une contre indication à l'IRM ;
- Constaté que l'une des conditions de prise en charge de la maladie déclarée fait défaut en l'espèce ;
- En conséquence, lui déclarer inopposable la décision de prise en charge de l'affection du 20 février 2018 déclarée par Madame . . . ;

Le cas échéant et à défaut,

- Ordonner une mesure d'expertise dans le cadre de laquelle le justificatif de contre indication à l'IRM et l'arthroscanner devront être communiqués, afin de s'assurer du respect d'une part des conditions techniques prévues au tableau, mais également de la condition médicale ;

A titre subsidiaire,

- Constaté que le 25 juin 2019, la caisse primaire a indiqué devoir recourir à un délai complémentaire d'instruction ;
- Constaté que la pièce 8 produite par la CPAM ne permet pas de déterminer sa date d'établissement ;
- Constaté qu'il résulte au déroulement de l'instruction que la caisse primaire a méconnu les dispositions des articles R. 441-10 et suivants du Code de la sécurité sociale, en ne diligentant aucun nouvel acte d'instruction postérieurement à sa lettre de recours à un délai complémentaire d'instruction ;
- Au visa du non-respect du principe du contradictoire par la caisse primaire dans l'instruction diligentée, lui déclarer inopposable la décision de prise en charge, au titre de la législation professionnelle, de la maladie du 20 février 2018 déclarée par Madame . . .

Au soutien de ses prétentions, le centre hospitalier . . . fait valoir en substance que :

- la CPAM a pris en charge la pathologie déclarée par . . . au titre du tableau 57 des maladies professionnelles pour une "rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite" ; or, ce tableau vise les tendinopathies chroniques non rompues ; aussi, la CPAM a pris en charge une pathologie non inscrite au tableau sans avoir recourus à l'avis d'un CRRMP ; la décision de prise en charge lui est donc inopposable ;

de même, l'organisme ne rapporte pas la preuve de la réalisation d'une IRM pour objectiver la pathologie prise en charge et, si un arthroscanner a été réalisé, il ne justifie d'aucune contre-indication de Madame . . . à l'IRM ; la décision de prise en charge lui est donc inopposable ou, à défaut, la mise en oeuvre d'une expertise s'impose pour apprécier le caractère professionnel de la pathologie en cause en l'absence de réalisation d'une IRM ou de démonstration de contre-indication à cet examen ;

la CPAM ne justifie pas de la condition tenant à l'exposition au risque telle que fixée par le tableau 57 des maladies professionnelles ; la décision de prise en charge lui est donc inopposable ;

- subsidiairement, la décision de prise en charge lui est inopposable en raison de la violation du principe du contradictoire par la CPAM ; en effet, si le 25 juin 2019, l'organisme a indiqué devoir recourir à un délai complémentaire d'instruction, il ne justifie pour autant d'aucun nouvel acte d'instruction avant la décision prise le 5 août 2019 [la pièce n° 8 de la CPAM ne permet pas de déterminer sa date d'établissement].

A l'audience du 8 mars 2022, la CPAM d'Ille-et-Vilaine, régulièrement représentée, a repris ses conclusions en date du 30 décembre 2021 tendant à :

*Sur la forme, recevoir le centre hospitalier
ses écritures, fins et conclusions ;*

en son recours et accueillir l'organisme dans

Au fond,

Sur le principe du contradictoire :

- *Constater qu'à l'issue du délai complémentaire d'instruction, la caisse a accompli un acte d'instruction en recueillant l'avis du médecin conseil de la Caisse ;*
- *Dire et juger que la caisse a diligenté une instruction parfaitement contradictoire à l'égard du centre hospitalier ;*

Sur les conditions médicales :

- *Dire et juger que les conditions médicales réglementaires prévues au tableau 57 des maladies professionnelles sont parfaitement remplies ;*
- *Dire et juger que c'est à juste titre que la Caisse a notifié la décision de prise en charge de la maladie professionnelle du 20 février 2018 Madame .*

Sur la durée des arrêts de travail et la demande d'expertise :

- *Dire et juger que les soins et arrêts prescrits à Madame ., dans les suites de sa maladie professionnelle du 20 février 2018 sont couverts par la présomption d'imputabilité au travail ;*
- *Dire que lesdits soins et arrêts de travail sont imputables à la maladie professionnelle du 20 février 2018 et que l'indemnisation effectuée par la Caisse à ce titre est opposable au centre hospitalier privé de Saint-Grégoire ;*
- *Constater que le centre hospitalier ne produit aucun élément susceptible de renverser ladite présomption ;*
- *Rejeter la demande d'expertise médicale.*

Par conséquent,

- *Condamner le centre hospitalier aux dépens de l'instance.*

Au soutien de ses prétentions, la CPAM d'Ille-et-Vilaine fait valoir en substance que :

- elle a bien respecté le principe du contradictoire dans la mesure où, suite à la notification de la nécessité de recourir à un délai complémentaire d'instruction, elle a sollicité l'avis de son médecin conseil ; aucune inopposabilité ne saurait donc être prononcée ;
- elle justifie de la réunion des conditions médicales et réglementaires du tableau 57 quant à la pathologie déclarée par Madame . ; en effet et d'une part, lors de l'étude de cette pathologie, le médecin conseil a confirmé son objectivation par la réalisation d'un arthroscanner le 7 novembre 2018 ; elle rappelle que cet élément est couvert par le secret médical, n'est pas à sa disposition et qu'elle est tenue par l'avis de son médecin conseil ; d'autre part, il importe peu que l'intitulé de la pathologie renseigné sur le certificat médical initial ne corresponde pas totalement à ce qui a été retenu par le médecin conseil dès lors que ce dernier a confirmé que la pathologie déclarée par Madame . correspondait à une rupture partielle ou transfixiante de l'épaule droite ; quant à la condition tenant à la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la pathologie, elle constate qu'ils ressort des questionnaires remplis par l'employeur et l'assurée que ces derniers se sont accordés pour reconnaître que la salariée effectuait bien les mouvements visés au tableau ; seule la durée n'est pas concordante entre les parties ; cependant, compte tenu de l'avis du médecin conseil estimant les conditions médicales remplies ainsi que le métier d'aide-soignante exercée par l'assurée, il est incohérent de soutenir que cette dernière n'effectue pas les mouvements inscrits au tableau dans les durées prescrites ;
- dans les suites de sa maladie du 20 février 2018, Madame . a bénéficié de plusieurs arrêts de travail, lesquels sont imputables à sa maladie ; la présomption d'imputabilité trouve à s'appliquer, sauf à l'employeur de la renverser. ; ne le faisant pas, la demande d'expertise est injustifiée.

Conformément à l'article 455 du Code de procédure civile il convient de se référer aux dernières conclusions

des parties pour un plus ample exposé de leurs moyens et arguments.

A l'issue des débats, la décision a été mise en délibéré au 12 avril 2022 et rendue à cette date par mise à disposition au greffe conformément aux dispositions de l'article 450 du code de procédure civile.

*

MOTIFS

A titre liminaire, il y a lieu de préciser qu'en raison du caractère incomplet de la formation collégiale habituelle du tribunal et après avoir recueilli l'accord des parties, il est fait application en l'espèce des dispositions de l'article L. 218-1 du Code de l'organisation judiciaire aux termes desquelles le président statue seul, après avoir recueilli le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

Sur le caractère professionnel de la pathologie déclarée

Aux termes de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale "*Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident :*

1° La date de la première constatation médicale de la maladie ;

2° Lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 461-5 ;

3° Pour l'application des règles de prescription de l'article L. 431-2, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

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.

Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux septième et avant-dernier alinéas du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire."

Il en ressort que l'affection présentée par un assuré doit répondre à 4 conditions cumulatives définies dans un tableau pour pouvoir être considérée comme professionnelle :

- la condition médicale ;
- la liste des travaux réalisés ;
- le délai de prise en charge ;
- la durée d'exposition au risque, si exigée.

Le tableau 57, dans sa version depuis le 8 mai 2017, relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, fait référence aux pathologies suivantes :

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
--------------------------	--------------------------	---

- A -		
Epaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	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 3 h 30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	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.
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	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.

(*) Ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM.

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

En l'espèce, il ressort des pièces du dossier que :

- Madame [REDACTED] a complété une déclaration de maladie professionnelle, le 11 mars 2019, en raison d'une "tendinopathie chronique de la coiffe épaule droite rompue à la face profonde du tendon du supra épineux";
- le certificat médical initial établi par le Docteur [REDACTED], médecin généraliste à Montauban de Bretagne, en date du 8 janvier 2019 fait état d'une "tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs rompue à la face profonde du tendon du supra épineux droite";
- dans le cadre du colloque médico-administratif maladie professionnelle, le médecin conseil de la CAPM d'Ille-et-Vilaine, le Docteur [REDACTED] a émis un avis favorable à la reconnaissance de la maladie professionnelle précitée en indiquant qu'il s'agissait d'une pathologie inscrite au tableau des maladies professionnelles n° 057 AAM 96E pour une "rupture partielle ou transfixiante droite objectivée par IRM", que la première constatation médicale date du 20 février 2018, que les conditions du tableau étaient remplies et que la maladie avait été objectivée par un "arthroscanner épaule droite 07.11.2018".

D'une part, le tribunal constate que la CPAM a pris en charge, sur avis de son médecin conseil, une "rupture partielle ou transfixiante droite objectivée par IRM" alors que la pathologie déclarée était une "tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs rompue". La question d'un éventuel désaccord de diagnostic entre le médecin conseil et le médecin traitant de l'assurée se pose donc.

D'autre part, la CPAM d'Ille-et-Vilaine elle-même reconnaît qu'aucune IRM n'a été réalisée, seul un arthroscanner ayant mis en évidence la maladie de Madame [REDACTED]. Cet arthroscanner a été réalisé le 7 novembre 2018 et il ne ressort aucunement des pièces versées aux débats une quelconque contre-indication de Madame [REDACTED] pour la réalisation d'une IRM.

Or, le tableau 57A susvisé subordonne la prise en charge, au titre de la législation professionnelle, de la rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateur à sa confirmation par une IRM ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM. La réalisation de cet examen fait donc partie intégrante de la caractérisation de la

pathologie telle que désignée dans le tableau, de sorte qu'à défaut, comme en l'espèce, le caractère professionnel ne saurait être retenu et la prise en charge au titre de la législation professionnelle ne peut être opposée à l'employeur.

Dans ces conditions et sans qu'il soit besoin de statuer sur les autres moyens, la décision de prise en charge du 5 août 2019 de la maladie professionnelle de Madame _____ du 20 février 2018 doit être déclarée inopposable à l'employeur.

Partie perdante, la CPAM supportera les dépens.

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal, statuant publiquement et par jugement contradictoire, en premier ressort et par mise à disposition au greffe de la juridiction :

DECLARE inopposable au centre hospitalier _____ la décision de la caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine du 5 août 2019 de prise en charge de la maladie professionnelle dont Madame _____ est atteinte depuis le 20 février 2018 ;

CONDAMNE la caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine aux dépens.

Ainsi jugé et prononcé par mise à disposition le 12 avril 2022, par Guillemette ROUSSELLIER, vice-présidente au pôle social, assistée de Marc STEPHANT, greffier, lesquels ont signé la minute du présent jugement.

Le Greffier



La Présidente



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE - AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS
En conséquence, la République Française mande et Ordonne à tous Huissiers de Justice sur ce requis de mettre la présente décision à exécution, aux Procureurs Généraux et aux Procureurs de la République près les Tribunaux judiciaires d'y tenir la main. À tous Commandants et Officiers de la Force Publique de prêter main forte lorsqu'ils en seront légalement requis.

P Le Directeur des Services de Greffe Judiciaires



