AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS
TRIBUNAL JUDICIAIRE DE NANTES
POLE SOCIAL

Jugement du 06 Février 2026

N° RG 22/00736 - N° Portalis DBYS-W-B7G-LYXI
Code affaire : 89E

COMPOSITION DU TRIBUNAL lors des débats et du délibéré :

Président : Dominique RICHARD
Assesseur : Frédéric FLEURY
Assesseur : Christophe MAGNAN
Greffier : Sylvain BOUVARD

DEBATS

Le tribunal judiciaire de Nantes, pôle social, réuni en audience publique au palais de justice à Nantes le 06 Janvier 2026.

JUGEMENT

Prononcé par Dominique RICHARD, par mise à disposition au Greffe le 06 Février 2026.

Demanderesse :

Société ATLANTEC
ZI de la Croix Blanche
BP 24
44260 MALVILLE
représentée par Me Sabrina ROGER, avocat au barreau de NANTES

Défenderesse :

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA LOIRE ATLANTIQUE
Service contentieux
9 Rue Gaëtan Rondeau
44958 NANTES CEDEX 9
non comparante

La Présidente et les assesseurs, après avoir entendu le SIX JANVIER DEUX MIL VINGT SIX les parties présentes, en leurs observations, les ont avisées, de la date à laquelle le jugement serait prononcé, ont délibéré conformément à la loi et ont statué le SIX FEVRIER DEUX MIL VINGT SIX, dans les termes suivants :

EXPOSE DU LITIGE

Madame [M] [R] a été embauchée par la société ATLANTEC le 06 février 2017.

Par formulaire renseigné le 26 juin 2021, madame [R] a sollicité la reconnaissance d'une pathologie au titre de la législation sur les risques professionnels.

Le certificat médical initial établi le 25 juin 2021 fait état d'une épicondylite médiale et latérale du coude droit, confirmée par échographie du 22 juin 2021.

Par courrier du 12 juillet 2021, la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM) de Loire-Atlantique a informé la société ATLANTEC de la réception du certificat médical, mentionnant une épicondylite du coude droit, de la déclaration, et de la possibilité, une fois l'étude du dossier terminé, d'en consulter les pièces et de formuler des observations du 15 octobre 2021 au 26 octobre 2021, qu'au-delà de cette date, le dossier resterait consultable jusqu'à la décision qui lui serait adressée au plus tard le 04 novembre 2021.

Par courrier du 27 octobre 2021, la CPAM a notifié à la société ATLANTEC une décision d'accord de prise en charge de la maladie « tendinopathie des muscles épicondyliens du coude droit » inscrite au tableau n°57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures) des affections professionnelles.

Par courriers du 28 décembre 2021, la société ATLANTEC a saisi la commission de recours amiable (CRA), ainsi que la commission médicale de recours amiable (CMRA).

Par courrier du 25 janvier 2022, la CMRA a accusé réception du recours, et rappelé les dispositions des articles R.142-8-5, R.142-1-A-III et R.142-10-1 du code de la sécurité sociale.

Par courrier expédié le 19 juillet 2022, la société ATLANTEC a saisi le tribunal.

Les parties ont été convoquées à l'audience qui s'est tenue le 06 janvier 2026 devant le pôle social du tribunal judiciaire de NANTES.

La société ATLANTEC demande au tribunal de :

- juger que la décision de prise en charge du 27 octobre 2021 de la maladie professionnelle déclarée par madame [M] [R], au titre d'une tendinopathie des muscles épicondyliens du coude droit, lui est inopposable,
- condamner la CPAM aux dépens.

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de Loire-Atlantique demande au tribunal de :

- lui décerner acte de ce qu'elle a fait une exacte application des textes en vigueur,
- déclarer opposable à la société ATLANTEC la décision de prise en charge, au titre de la législation professionnelle, de la maladie professionnelle de Madame [M] [R],
- débouter la société ATLANTEC de toutes conclusions, fins et prétentions plus amples ou contraires,
- condamner la société ATLANTEC aux entiers dépens.

Pour un exposé complet des moyens développés par les parties, il est expressément renvoyé aux conclusions n°4 de la société ATLANTEC, remises à l'audience, aux conclusions n°3 de la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de Loire-Atlantique, remises à l'audience, à la note d'audience, et ce conformément aux dispositions de l'article 455 du code de procédure civile.

La décision a été mise en délibéré au 06 février 2026.

EXPOSE DES MOTIFS

Sur l’usage de la procédure en ligne

L’article R.461-9 du code de la sécurité sociale dispose :

I.-La caisse dispose d'un délai de cent-vingt jours francs pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie ou saisir le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles mentionné à l'article L.461-1.

Ce délai court à compter de la date à laquelle la caisse dispose de la déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial mentionné à l'article L.461-5 et à laquelle le médecin-conseil dispose du résultat des examens médicaux complémentaires le cas échéant prévus par les tableaux de maladies professionnelles.

La caisse adresse un double de la déclaration de maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial à l'employeur auquel la décision est susceptible de faire grief par tout moyen conférant date certaine à sa réception ainsi qu'au médecin du travail compétent.

II.-La caisse engage des investigations et, dans ce cadre, elle adresse, par tout moyen conférant date certaine à sa réception, un questionnaire à la victime ou à ses représentants ainsi qu'à l'employeur auquel la décision est susceptible de faire grief. Le questionnaire est retourné dans un délai de trente jours francs à compter de sa date de réception. La caisse peut en outre recourir à une enquête complémentaire.

La caisse peut également, dans les mêmes conditions, interroger tout employeur ainsi que tout médecin du travail de la victime.
La caisse informe la victime ou ses représentants ainsi que l'employeur de la date d'expiration du délai de cent-vingt jours francs prévu au premier alinéa du I lors de l'envoi du questionnaire ou, le cas échéant, lors de l'ouverture de l'enquête.

III.-A l'issue de ses investigations et au plus tard cent jours francs à compter de la date mentionnée au deuxième alinéa du I, la caisse met le dossier prévu à l'article R.441-14 à disposition de la victime ou de ses représentants ainsi qu'à celle de l'employeur auquel la décision est susceptible de faire grief.

La victime ou ses représentants et l'employeur disposent d'un délai de dix jours francs pour le consulter et faire connaître leurs observations, qui sont annexées au dossier. Au terme de ce délai, la victime ou ses représentants et l'employeur peuvent consulter le dossier sans formuler d'observations.

La caisse informe la victime ou ses représentants et l'employeur des dates d'ouverture et de clôture de la période au cours de laquelle ils peuvent consulter le dossier ainsi que de celle au cours de laquelle ils peuvent formuler des observations, par tout moyen conférant date certaine à la réception de cette information et au plus tard dix jours francs avant le début de la période de consultation.

L’article L.112-9 du code des relations entre le public et l’administration dispose :

L'administration met en place un ou plusieurs téléservices, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés et des règles de sécurité et d'interopérabilité prévues aux chapitres IV et V de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives.

Lorsqu'elle met en place un ou plusieurs téléservices, l'administration rend accessibles leurs modalités d'utilisation, notamment les modes de communication possibles. Ces modalités s'imposent au public.

Lorsqu'elle a mis en place un téléservice réservé à l'accomplissement de certaines démarches administratives, une administration n'est régulièrement saisie par voie électronique que par l'usage de ce téléservice.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

L'article L.112-15 du code des relations entre le public et l'administration dispose :

(...) Lorsque l'administration doit notifier un document à une personne par lettre recommandée, cette formalité peut être accomplie par l'utilisation d'un envoi recommandé électronique au sens du même article L.100 ou d'un procédé électronique permettant de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été remis. L'accord exprès de l'intéressé doit être préalablement recueilli.

Il a été jugé que dès lors que la société n'a pas adhéré aux CGU et créé un compte, la caisse ne peut s'affranchir de l'envoi du questionnaire sous format papier (Cour d'appel de Rennes, 9e chambre sécurité sociale, 6 novembre 2024, n° 22/01674).
Dans le cas présent, la société ATLANTEC indique que la CPAM lui a imposé l'usage du téléservice, et n'a pas préalablement recueilli son accord exprès. Elle ajoute qu'elle n'a pas validé la dernière version des conditions générales d'utilisation du téléservice, si bien que la caisse aurait dû lui adresser le questionnaire en format papier.

La caisse réplique que la société demanderesse a créé son compte en ligne le 09 janvier 2020, et a, de la sorte, accepté sans réserve les CGU. Elle ajoute que la requérante a bien complété son questionnaire en ligne, et a consulté le dossier les 19 et 25 octobre 2021.

La société demanderesse ne contredit pas utilement la caisse concernant la création de son compte en ligne le 09 janvier 2020. Le fait que les dernières CGU ont été validées le 19 juillet 2021, soit postérieurement à la lettre d'information du 12 juillet 2021, est sans emport sur l'existence préalable d'un accord exprès à l'utilisation d'une procédure en ligne.

A cet égard, la requérante n'établit pas qu'elle ait révoqué son accord avant l'ouverture de la procédure d'instruction de la demande de reconnaissance présentée par madame [R].

La demanderesse sera donc déboutée de sa demande d'inopposabilité formulée de ce chef.

Sur la réunion des conditions administratives prévues par le tableau tenant au délai de prise en charge

L'article L.461-1 du code de la sécurité sociale dispose :

(...) Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau (...).

L'article L.461-2 du code de la sécurité sociale dispose :

(...) D'autres tableaux peuvent déterminer des affections présumées résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution des travaux limitativement énumérés (...).

A partir de la date à laquelle un travailleur a cessé d'être exposé à l'action des agents nocifs inscrits aux tableaux susmentionnés, la caisse primaire et la caisse régionale ne prennent en charge, en vertu des dispositions du cinquième alinéa de l'article L.461-1, les maladies correspondant à ces travaux que si la première constatation médicale intervient pendant le délai fixé à chaque tableau.

Par ailleurs, l'article R.441-14 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable depuis le 1er décembre 2019, dispose :

Le dossier mentionné aux articles R.441-8 et R.461-9 constitué par la caisse primaire comprend ;

1°) la déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

2°) les divers certificats médicaux détenus par la caisse ;

3°) les constats faits par la caisse primaire ;

4°) les informations communiquées à la caisse par la victime ou ses représentants ainsi que par l'employeur ;

5°) les éléments communiqués par la caisse régionale ou, le cas échéant, tout autre organisme.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

Enfin, le tableau n°57B des maladies professionnelles prévoit :

Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.
14 jours
Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination.
Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens
14 jours
Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination.

Il résulte de la combinaison des articles L.461-1, L.461-2 et D.461-1-1 du code de la sécurité sociale que la première constatation médicale de la maladie professionnelle exigée au cours du délai de prise en charge écoulé depuis la fin de l'exposition au risque concerne toute manifestation de nature à révéler l'existence de cette maladie, et que la date de la première constatation médicale est celle à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit établi et qu'elle est fixée par le médecin conseil.

De la sorte, il a été jugé que viole ces textes la cour d'appel qui juge que le délai de prise en charge des pathologies déclarées est dépassé, sans prendre en considération les avis du médecin conseil fixant la date de la première constatation médicale des affections déclarées au vu de l'arrêt de travail prescrit à cette date (Cour de cassation, Chambre civile 2, 30 janvier 2025, 23-16.650).

Dans le cas présent, la société demanderesse expose que le certificat médical initial du 26 juin 2021 mentionne une date de première constatation médicale le 23 avril 2021, tandis que le médecin conseil, dans le colloque médico-administratif, a retenu la date du 22 juin 2020 en indiquant « date de l'arrêt de travail en lien avec la pathologie ». Or, elle souligne que le dossier de madame [R] ne comprend pas l'arrêt de travail du 22 juin 2020, et que le médecin traitant indique que l'échographie a eu lieu le 22 juin 2021, et non le 22 juin 2020, de sorte que la date de première constatation médicale retenue par le médecin conseil, en contradiction avec les constats du médecin traitant, n'est justifiée par aucun document médical.

La CPAM expose que le médecin-conseil a précisé, dans le colloque médico-administratif, que la date de la première constatation médicale était fixée au 22 juin 2020 « date de l'arrêt de travail en lien avec la pathologie », que le colloque figure parmi les pièces constitutives du dossier mis à la disposition de l'employeur, si bien que la demanderesse a bien été informée des conditions dans lesquelles la date de première constatation médicale a été retenue. La caisse ajoute qu'elle ne s'est pas trompée de date, n'a pas confondu la date de première constatation médicale avec la date de réalisation de l'échographie, et qu'il y a bien eu un arrêt de travail le 22 juin 2020.

Dans le colloque médico-administratif, le docteur [V], médecin conseil, fixe la date de la première constatation médicale au 22 juin 2020, sur le fondement d'un arrêt de travail en lien avec la pathologie.

C'est, en dernière analyse, le médecin conseil qui s'assure de la réunion des conditions administratives de prise en charge prévues par le tableau, et, partant, fixe la date de première constatation médicale à retenir. Il est donc sans emport que le médecin traitant ait, dans le certificat médical initial, fixé une date de première constatation médicale différente.

Aussi, rendant consultable par l'employeur un dossier comprenant, notamment, au titre de ses pièces constitutives, le colloque médico-administratif fixant, en référence à l'existence d'un arrêt de travail antérieur en lien avec la pathologie, la date de première constatation médicale au 22 juin 2020, et non du 22 juin 2021, la caisse a mis l'employeur en position de comprendre les conditions qui ont présidé à la détermination, par le médecin conseil, de cette date, et partant, a respecté les obligations mises à sa charge en matière de respect du principe du contradictoire et du droit d'information de l'employeur.

La demanderesse sera donc déboutée de sa demande d'inopposabilité formulée de ce chef.

Sur le changement du numéro de dossier

La société requérante expose que le courrier du 12 juillet 2021 mentionne une maladie du 25 juin 2021, et un numéro de dossier 212625446, que le courrier du 27 octobre 2021 mentionne une maladie du 22 juin 2020, et un numéro de dossier 202622445. Elle estime que ces changements, opérés par la caisse sans information préalable, ont été source de confusion pour elle, rendant complexe l'identification de la maladie professionnelle à laquelle la décision se rapportait.

La caisse indique que, initialement, la date de la maladie de l'assurée a été fixée au 25 juin 2021, en référence au certificat médical initial, si bien que le numéro de sinistre 212625446 lui a été attribué, et que, par avis du 15 juillet 2021, le docteur [V] a fixé la date de première constatation médicale au 22 juin 2020, en référence à la « date de l'arrêt de travail en lien avec la pathologie », ce qui a entraîné l'attribution d'un nouveau numéro de sinistre, à savoir 202622445, si bien que la notification de prise en charge fait référence à une maladie professionnelle en date du 22 juin 2020, et porte le numéro de sinistre 202622445.

Il est constant que le courrier d'information du 12 juillet 2021 (épicondylite du coude droit), fait état d'une maladie en date du 25 juin 2021, et d'un numéro de dossier référencé 212625446, tandis que la notification de prise en charge du 27 octobre 2021 (tendinopathie des muscles épicondyliens) fait état d'une maladie en date du 22 juin 2020, et d'un numéro de dossier référencé 202622445.

Il est également constant que le courrier d'information en date du 12 juillet 2021 a été communiqué à l'ouverture de l'instruction de la demande de reconnaissance de la déclarante, et, partant, au vu des éléments, à ce stade, en possession du service administratif en charge de celle-ci.

Or, l'instruction médico-administrative diligentée par la caisse a pour objet d'enrichir le dossier de nouveau éléments, dont l'avis du médecin conseil, qui, entre autres choses, se prononce sur la date de première constatation médicale.

Dans le cas présent, la fixation de la date administrative de la maladie professionnelle au 22 juin 2020 justifiée par les investigations conduites par le médecin conseil, dont les conclusions sont mentionnées dans le colloque médico-administratif, rendu consultable par l'employeur du 15 au 26 octobre 2021.

Or, il a été jugé que seul le médecin-conseil peut fixer la date de première constatation médicale, ce qui explique que la date initialement mentionnée par la caisse dans ses courriers ne vise que la date du certificat médical initial, et que, en tout état de cause, la société était à même de procéder au rapprochement entre les deux dates (Cour d'appel de Rennes, 9ème chambre sécurité sociale, 17 janvier 2024, n° 21/01895).

Ainsi, le tribunal ne relève à l'encontre de la CPAM, qui s'est bornée à tirer les conséquences de la décision du médecin conseil dans la gestion des paramètres administratifs de la demande de reconnaissance, aucune violation du principe du contradictoire.

La demanderesse sera donc déboutée de sa demande d'inopposabilité formulée de ce chef.

Sur la réunion des conditions médicales prévues par le tableau tenant à la désignation de la maladie

L'article R.4127-8 du code de la santé publique (article 8 du code de déontologie médicale) dispose :

Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

La requérante expose que le certificat médical initial diagnostique une « épicondylite médiale et latérale du coude droit », que ce libellé ne correspond pas à celui du tableau, que l'avis favorable du service du contrôle médical ne peut, à lui seul, sans élément médical extrinsèque, constituer la preuve que le ou les conditions médicales de prise en charge sont satisfaites.

La CPAM réplique que la jurisprudence n'exige pas de correspondance stricte et parfaite entre la maladie désignée dans le tableau et les termes utilisés par le médecin traitant dans le certificat médical initial, et que seul le médecin conseil est compétent pour vérifier la concordance entre la pathologie mentionnée au certificat médical initial et une maladie prévue dans un tableau des maladies professionnelles.

En aucun cas, le médecin à l'origine de l'établissement du certificat médical initial n'est tenu de reporter, terme pour terme, le libellé retenu par le tableau des maladies professionnelles recherché par la déclaration. Le médecin est libre de son diagnostic, tant dans son principe que dans sa formulation.

A cet égard, seul le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale gestionnaire du dossier du déclarant est qualifié pour établir l'existence d'une correspondance entre la pathologie déclarée par la ressortissante, telle que formulée par son médecin traitant, et l'une des affections prévues aux tableaux des maladies professionnelles.

Or, dans le colloque du 15 juillet 2021, le docteur [V], médecin conseil, a estimé que les conditions médicales du tableau intitulé « tendinopathie des muscles épicondyliens du coude droit » étaient réunies.

Dans ces conditions, la demanderesse ne peut qu'être déboutée de sa demande d'inopposabilité formulée de ce chef.

La décision de prise en charge, au titre de la législation professionnelle, de la maladie professionnelle de Madame [M] [R] sera déclarée opposable à la société ATLANTEC .

La société ATLANTEC succombant dans le cadre de la présente affaire, elle supportera, conformément aux dispositions de l'article 696 du code de procédure civile, les dépens.

PAR CES MOTIFS

Le tribunal, statuant publiquement et contradictoirement par jugement susceptible d'appel rendu par mise à disposition

au greffe,

DEBOUTE la société ATLANTEC de l’intégralité de ses demandes ;

DECLARE opposable à la société ATLANTEC la décision de prise en charge, au titre de la législation professionnelle, de la maladie professionnelle de Madame [M] [R] ;

CONDAMNE la société ATLANTEC aux entiers dépens ;

RAPPELLE que conformément aux dispositions des articles 34 et 538 du code de procédure civile et R.211-3 du code de l'organisation judiciaire, les parties disposent d’un délai de UN MOIS à compter de la notification de la présente décision pour en INTERJETER APPEL ;

AINSI JUGÉ ET PRONONCÉ par mise à disposition du jugement au greffe du tribunal le 06 février 2026, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l’article 450 du code de procédure civile, la minute étant signée par Dominique RICHARD, présidente, et Sylvain BOUVARD, greffier.

LE GREFFIER LA PRESIDENTE