

# La jurisprudence du Conseil d'État sur l'admissibilité de précisions diagnostiques dans les tableaux de maladies professionnelles

Jade Brossollet, Henri Bastos

## ► To cite this version:

Jade Brossollet, Henri Bastos. La jurisprudence du Conseil d'État sur l'admissibilité de précisions diagnostiques dans les tableaux de maladies professionnelles. *Le Journal de droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2021, pp.121-127. anses-03191895

**HAL Id: anses-03191895**

**<https://hal-anses.archives-ouvertes.fr/anses-03191895>**

Submitted on 8 Apr 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Jade Brossollet**

Étudiante en Master 2 Droit des industries et des produits de santé, Université de Paris

**Henri Bastos**

Directeur Santé Travail, Anses

## La jurisprudence du Conseil d'État sur l'admissibilité de précisions diagnostiques dans les tableaux de maladies professionnelles

### Analyse du contentieux administratif relatif aux tableaux de maladies professionnelles

Lorsqu'un assuré ayant été exposé à des nuisances au cours de son activité professionnelle contracte une maladie, celle-ci peut être reconnue à titre de maladie professionnelle et indemnisée comme telle. La reconnaissance et la réparation des maladies professionnelles, inscrite depuis 1946 dans le droit de la sécurité sociale, trouve son origine dans la loi du 25 octobre 1919 issue d'un compromis social visant à leur étendre le régime de responsabilité sans faute de l'employeur précédemment institué pour l'indemnisation des accidents du travail<sup>1</sup>. Cette reconnaissance repose sur la présomption d'origine professionnelle de sorte que le travailleur n'a pas à apporter la preuve d'un lien direct entre la pathologie et le travail pour bénéficier d'une indemnisation, qui est néanmoins forfaitaire. A cet effet, et pendant longtemps, le système de reconnaissance des maladies professionnelles a reposé principalement sur des tableaux<sup>2</sup> de maladies professionnelles, créés ou modifiés par décret, après avis du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT)<sup>3</sup>, et annexés au code de la sécurité sociale<sup>4</sup>.

1 - La loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

2 - Chaque tableau comporte trois colonnes qui précisent : la désignation de la maladie ; le délai de prise en charge (délai maximal entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie) et éventuellement la durée minimale pendant laquelle le salarié doit avoir été exposé au risque ; la description des travaux accomplis par le salarié et susceptibles de provoquer la maladie (cette liste étant limitative ou indicative).

3 - Article L 461-2 du code de la Sécurité Sociale.

4 - Article L461-1 du code de la Sécurité Sociale.

Mais si la qualification de maladie professionnelle est possible, elle est loin d'être aisée. Le constat de la sous-reconnaissance structurelle des maladies professionnelles par la législation mise en place en 1919 est aujourd'hui bien établi<sup>5</sup>. L'une des raisons expliquant cette sous-reconnaissance est le retard dans l'élaboration et la révision des tableaux de maladies professionnelles par rapport à l'évolution des connaissances scientifiques sur les pathologies, les techniques de production et les modes de travail<sup>6</sup>. Cette lente évolution de la liste des tableaux est en large partie la conséquence des stratégies développées par certains acteurs liées notamment aux modalités de financement du système de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles conduisant à une situation globale de blocage<sup>7</sup>. En effet, la branche AT/MP du régime général obéit à une logique assurantielle qui se traduit par des règles de tarification conciliant une double logique de responsabilisation et de prévention. Les cotisations sont uniquement à la charge des employeurs. Ainsi, dès qu'un tableau est créé ou élargi, il en résulte théoriquement une création de charges additionnelles pour les employeurs par le biais de la tarification des risques professionnels. C'est pourquoi, les organisations patronales peuvent être tentées de freiner la création de nouveaux tableaux ou de défendre une formulation restrictive de ces

5 - De nombreuses références existent sur ce sujet, que ce soit des études épidémiologiques ou des travaux de sciences sociales. Voir principalement deux références qui donnent une vision globale des causes de la sous-déclaration : 1/ le «Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale. Ministère du Travail.», Bonin, J.P. 2017. En effet, en application de l'art. L. 176-2 CSS, un versement annuel est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles non pris en charge par la branche AT-MP. Le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP 2/ le «Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les maladies ou pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination», Assemblée nationale.», Borowczyk, J. et P. Dharéville, 2018.

6 - « La gestion du risque Accidents du Travail et Maladies Professionnelles », Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés, Cour des Comptes, Février 2002 - Sur 120 tableaux existants dans le régime général, seules deux créations de tableau et cinq révisions sont intervenues depuis 2010 alors qu'une cinquantaine (créations et révisions) étaient intervenues sur la décennie précédente.

7 - Voir essentiellement : « Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale », Marc-Olivier Déplaudé dans Revue française de science politique 2003/5 (Vol. 53), pages 707 à 735 et « Ignorance scientifique et inaction publique : Les politiques de santé au travail », Henry, E. 2017, Les presses de Sciences-Po ed., ainsi que le récent «Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les maladies ou pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination, Assemblée nationale.», Borowczyk, J. et P. Dharéville, 2018.

derniers permettant de limiter l'augmentation du nombre de maladies indemnissables.

Par ailleurs, l'élaboration des tableaux peut s'avérer complexe. En effet, certaines maladies, comme par exemple les cancers, sont « plurifactorielles », c'est-à-dire susceptibles de tenir à plusieurs causes. Ces causes pouvant être à la fois d'origine professionnelle et non professionnelle (mode de vie, notamment le tabagisme, consommation d'alcool, mais aussi prédispositions génétiques). L'état actuel des connaissances ne permet que rarement de les discriminer. Ce qui fait dire à la Professeure Morane Keim-Bagot<sup>8</sup>, que « la présomption d'origine, clé de voûte du droit des risques professionnels s'accommode mal de la multi-factorialité » et contribue indirectement au blocage du système de reconnaissance des maladies professionnelles.

C'est pourquoi, pour certains, si le système des tableaux est « bien adapté pour les pathologies dont le lien avec le travail est évident », ce dernier « est moins adapté pour les victimes de pathologies plurifactorielles, car il n'est actuellement pas possible de porter atteinte à la présomption d'imputabilité attachée à un tableau au regard de la jurisprudence constante du Conseil d'État sur ce point »<sup>9</sup>. Ces dernières années, la proposition controversée d'inscription de diagnostics différentiels<sup>10</sup> dans les tableaux de maladies professionnelles a émergé de nouveau, au motif qu'ils « présenteraient [...] l'avantage de permettre le maintien d'une présomption d'imputabilité, tout en l'aménageant, si le tableau précisait pour certaines pathologies plurifactorielles, de façon explicite et limitative, la ou les affections à éliminer »<sup>11</sup>.

En 2009, le Conseil d'État a eu l'occasion de rappeler que ces décrets doivent rester circonscrits au cadre légal et ne peuvent donc ajouter d'autres conditions à celles prévues par celui-ci (désignation de la maladie ; délai de prise en charge et éventuellement la durée minimale pendant laquelle le salarié doit avoir été exposé au risque ; description des travaux accomplis par le salarié et susceptibles de provoquer la maladie)<sup>12</sup>.

Lorsqu'il traite de la validité de ce type de décret, le Conseil d'État utilise la notion de présomption d'imputabilité (pour parler de la présomption d'origine professionnelle) et contrôle uniquement la conformité du décret à ce principe.

8 - « Santé au travail, multi factorialité et présomption d'imputabilité : l'équation impossible ? », Les cahiers sociaux, n° 301 - Novembre 2017.

9 - « Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux », Mission confiée à Monsieur Paul Frimat, professeur universitaire et praticien hospitalier de l'université de Lille, rapport non daté disponible sur le site internet du ministère du travail depuis le mois de juin 2018.

10 - Méthode permettant de différencier une maladie d'autres pathologies qui présentent des symptômes proches ou similaires.

11 - « Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux », Mission confiée à Monsieur Paul Frimat, professeur universitaire et praticien hospitalier de l'université de Lille, rapport non daté disponible sur le site internet du ministère du travail depuis le mois de juin 2018.

12 - CE 1<sup>er</sup> juillet 2009, CFTD et autres n°313243 (Anne Courrèges, rapporteur public).

Pour chacune de ces décisions, il est observé que le Conseil d'État a toujours suivi les avis des rapporteurs publics<sup>13</sup>. Les conclusions de ces derniers aident donc à leur interprétation.

L'introduction, y compris à titre expérimental, du diagnostic différentiel dans la désignation de la pathologie serait-elle de nature à maintenir même partiellement la présomption d'origine professionnelle, à résoudre les blocages du dispositif et à accélérer l'élaboration et l'évolution des tableaux de maladies professionnelles ?

Un état des lieux de la jurisprudence du Conseil d'État concernant l'articulation entre la présomption d'imputabilité et ce qu'il est admissible de préciser dans les tableaux de maladies professionnelles (I) permet par la suite de s'interroger sur l'opportunité de telles précisions, celles-ci pouvant rendre l'application de ces tableaux encore plus restrictive (II).

## I. Présomption d'origine et précisions diagnostiques

Tout d'abord, il convient de poser les définitions d'ordre médical qui seront évoquées par la suite. L'élaboration d'un diagnostic est l'art d'identifier une maladie à partir des symptômes, des signes cliniques et paracliniques. Il fait appel à la sémiologie au cours d'une démarche dite « démarche diagnostique ». Il existe plusieurs sortes de diagnostics : positif (poser un diagnostic précis), différentiel (en éliminer d'autres), étiologique (rechercher une cause), de probabilité, de certitude, etc. Le diagnostic différentiel est la méthode permettant de différencier une maladie d'autres qui présentent des symptômes proches ou similaires. Ce processus vise à établir un diagnostic plus sûr *via* une approche méthodique qui prend en considération non seulement les éléments permettant d'exclure une maladie, mais également ceux permettant de la confirmer. Enfin, le diagnostic étiologique est la méthode qui a pour objet la recherche des causes. En médecine, c'est la recherche des causes à l'origine d'une maladie, aussi appelées les étiologies qui sont l'ensemble de ces facteurs. Par exemple pour les maladies cancéreuses, les facteurs environnementaux, génétiques, professionnels.

L'analyse du contrôle opéré par le Conseil d'État sur l'admissibilité de précisions diagnostiques peut être divisée

13 - Voir les conclusions de M. Bonichot, commissaire au gouvernement, CE Ass., 10 juin 1994, *Mme Behm*, n°132667 et *FNATH* n°130300 ; Conclusions de Mlle Fombeur, Commissaire du Gouvernement, CE 16 mai 2001, n° 222313, 222505, 222506, *FNATH et autres* ; Conclusions de M. Jacques-Henri Stahl, Commissaire du Gouvernement, CE 11 janv. 2006, *Groupement français des industries transformatrices des métaux en feuilles minces (GIMEF)*, n°262203 ; Conclusions Anne Courrèges, Commissaire du gouvernement, CE 27 oct. 2008, *Société Arcelor France* n°296339, au Lebon, commentaire Clémence Zacharie - Droit social 2009.205 - Le contentieux de la modification des tableaux de maladies professionnelles ; également rapporteur public pour l'arrêt CE 1<sup>er</sup> juillet 2009, *CFTD et autres*, n°313243 et CE 10 mars 2010, *Association des familles de victimes de saturnisme*, n°322824 ; Conclusions M. Alexandre LALLET, rapporteur public, CE 27 nov. 2013, n°354920 ; M. Charles Touboul, rapporteur public pour cet arrêt CE 18 juillet 2018 n°412153 *FNATH*, association des accidentés de la vie.

en deux parties : les précisions diagnostiques admises par lui (A) et celles qui sont écartées (B).

A. Les précisions diagnostiques admises par la jurisprudence du Conseil d'État

A plusieurs reprises, le Conseil d'État a eu l'occasion de préciser quels éléments pouvaient être insérés dans les tableaux réglementaires de maladies professionnelles, sans méconnaître le principe de présomption d'imputabilité.

- Dans un arrêt du 10 mars 2010<sup>14</sup>, le Conseil s'est ainsi prononcé sur une demande en annulation du décret du 9 octobre 2008<sup>15</sup> qui avait « refondu » le tableau n° 1 des maladies professionnelles relatives aux affections dues au plomb et à ses composés. Parmi les moyens développés par les requérants, deux d'entre eux n'ont pas donné lieu à une annulation de la part du Conseil d'État. Le premier moyen consistait à affirmer qu'exiger une plombémie minimale, *via* un dosage de la plombémie<sup>16</sup> dans le sang (en inscrivant cette condition dans la désignation de la maladie dans le tableau), revenait en réalité à demander à l'assuré de faire la démonstration d'un lien de causalité entre son affection et l'exposition au plomb, ce qui, selon les requérants, aurait été contraire au principe de présomption.

Dans ses conclusions<sup>17</sup>, Anne Courrèges, rapporteuse publique, fait remarquer que la désignation de la maladie, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de maladies non spécifiques, n'est pas seulement une maladie désignée par ses manifestations cliniques mais aussi une maladie « causée par ». En l'occurrence, dans le décret attaqué, il s'agissait de maladies dues au plomb (par exemple, le saturnisme) comme il peut y avoir des maladies dues à l'amiante, aux rayonnements ionisants ou au charbon. Et de rappeler que si c'est avant tout l'objet des trois conditions de délai de prise en charge, de durée d'exposition ou de liste de travaux que de venir accréditer un lien de causalité, la question de la causalité peut intervenir, en amont, au titre même de la désignation de la maladie.

En effet, l'enjeu dans ce cas réside dans la distinction entre la cause et l'origine d'une pathologie. Déterminer l'*origine* d'une pathologie signifie ici déterminer si l'agent qui cause cette maladie a bien pour source une exposition professionnelle ou extra-professionnelle alors que déterminer sa *cause* signifie identifier « l'agent » qui cause la maladie (comme par exemple l'amiante, les pesticides, le plomb, etc.). Or, si cet agent peut être retrouvé dans le milieu professionnel, il peut aussi être présent dans l'environnement extra-professionnel

de la victime. Ainsi, la précision diagnostique objective destinée à préciser la *cause* de la maladie (le plomb) ne semble pas poser réellement problème car elle n'implique pas de vérifier l'origine (professionnelle) de l'affection.

De plus, comme le mentionne Anne Courrèges dans ses conclusions, les textes n'interdisent pas d'intégrer des éléments *causaux* pour caractériser la maladie. Afin de demeurer dans la simple désignation de la maladie et de ne pas empiéter sur la démonstration d'un lien de causalité avec une exposition professionnelle particulière, elle propose de combiner deux critères. Tout d'abord, il s'agit de diagnostiquer une catégorie générale de maladies (par exemple, un cancer ou une anémie) et, par la suite, de faire un constat purement factuel et objectif (par exemple par un dosage ou un scanner) qui permet d'« établir des traces sûres d'une cause possible »<sup>18</sup>, et non d'en établir l'origine. C'est la combinaison des trois conditions du tableau qui permettra alors de faire le lien – probable – avec l'activité professionnelle. Cette conclusion a ainsi permis d'écarter le premier moyen.

Le deuxième moyen soulevé par l'association requérante concerne les rubriques D2 et D3 du tableau n° 1 prévues par le décret attaqué et relatives, respectivement, à « l'encéphalopathie chronique » et à « la neuropathie périphérique ». Dans les deux cas, la maladie sera caractérisée par la réalisation de tests psychométriques et des examens physiologiques qui doivent être réitérés « après au moins 6 mois sans exposition au risque ».

A la question de savoir si l'exigence de confirmation du diagnostic après six mois sans exposition au risque méconnaît le principe de présomption d'origine professionnelle, le rapporteur public répond par la négative en précisant que l'association requérante n'apporte pas d'élément permettant de remettre en cause le fait que le délai de six mois vise bien à diagnostiquer les pathologies avec un degré suffisant de certitude, en d'autres termes de confirmer le diagnostic, et non d'établir l'origine professionnelle de l'affection. Elle ajoute par ailleurs que la proposition des experts médicaux n'a pas été vraiment discutée au sein de la commission des maladies professionnelles et qu'il n'y a pas dans la requête de contestation technique sérieuse. Au final, conformément aux recommandations du rapporteur public, le deuxième moyen a également été écarté.

Le Conseil d'État confirme ainsi la conformité au principe de présomption d'imputabilité, le délai permettant de réitérer un examen afin d'établir avec un degré de certitude suffisant le diagnostic d'une maladie<sup>19</sup>. Pour le Conseil d'État, en droit, il s'agit bien de confirmer le diagnostic, et non de chercher à établir l'origine professionnelle de la maladie.

14 - CE, 10 mars 2010, Association des familles victimes du saturnisme, n° 322824.

15 - Décret n° 2008-1043 du 9 octobre 2008 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

16 - Voir le tableau n°1 de l'article 1<sup>er</sup> du décret du 9 octobre 2008 annexé au livre IV du code de la sécurité sociale.

17 - Conclusion du rapporteur public Anne Courrèges, CE 10 mars 2010, Association des familles de victimes de saturnisme, n°322824.

18 - Conclusion du rapporteur public Anne Courrèges, CE 10 mars 2010, Association des familles de victimes de saturnisme, n°322824.

19 - CE, 10 mars 2010, Association des familles victimes du saturnisme, n° 322824.

- En 2006<sup>20</sup>, le Conseil d'État a également eu à connaître d'un décret réformant la reconnaissance des atteintes auditives liées à une exposition professionnelle aux bruits lésionnels<sup>21</sup> et ce, en modifiant les conditions dans lesquelles le diagnostic de l'atteinte auditive devait être effectué. Le délai minimum séparant la fin de l'exposition au bruit et la mesure de l'audition passait ainsi de 3 semaines à au moins 3 jours. Le Conseil d'État a considéré qu'il ne s'agissait pas d'une atteinte au principe de la présomption d'origine professionnelle. En effet, selon lui, modifier ce délai revient à modifier les modalités de diagnostic. Or, toujours selon lui, ces dernières font partie de la désignation de la maladie (première colonne des tableaux), ces modalités visant simplement à s'assurer que l'affection est bien avérée et identifiée<sup>22</sup>. Enfin, il a considéré que la durée de 3 jours retenue était par ailleurs jugée appropriée, un tel délai permettant à l'organisme de retrouver un état stabilisé avant que ne soient pratiqués les scanners audiométriques appropriés.

- Plus récemment, le Conseil d'État a été saisi d'une modification se rapportant au tableau n° 52 *bis* sur « le carcinome hépatocellulaire provoqué par l'exposition au chlorure de vinyle monomère ». Le décret attaqué<sup>23</sup> prévoyait que ce carcinome ne serait reconnu en tant que maladie professionnelle que dans le cas où ce dernier serait associé au minimum à deux autres lésions non cancéreuses du foie. En effet, ce carcinome est très répandu et est souvent lié à la consommation d'alcool ou aux conséquences du développement d'une hépatite B ou C. L'association à des lésions non cancéreuses *spécifiques* à l'exposition passée au chlorure de vinyle monomère devait permettre de le distinguer d'éventuelles causes autres de ce carcinome. Or, selon le Conseil d'État, ces précisions ne constituent pas un diagnostic différentiel – même si elles s'en rapprochent –, car ce n'est pas un système d'élimination des pathologies proches, mais plutôt un système de discrimination positive. Dès lors, selon son arrêt en date du 18 juillet 2018<sup>24</sup>, il n'y pas d'atteinte à la présomption d'origine professionnelle.

Pour résumer, il est donc possible pour le pouvoir réglementaire de venir préciser les modalités diagnostiques (1ère colonne), soit en étant plus restrictif quant à la désignation de la maladie (par exemple, en ne faisant figurer que les formes de l'affection qui sont le plus souvent associées à une origine professionnelle), soit en exigeant que la maladie soit suffisamment caractérisée (par exemple,

*via* un scanner ou un second examen, après un délai sans exposition au milieu professionnel). Il est également possible d'exiger la constatation simultanée d'une liste de symptômes ou encore, l'association de différentes lésions.

Ainsi, plutôt que d'utiliser un diagnostic différentiel consistant à éliminer des causes extra-professionnelles, ce qui est jugé non conforme à la présomption d'origine, il est possible d'intégrer des critères permettant de discriminer une affection vis-à-vis d'autres affections, en les précisant. Cette approche, que l'on peut qualifier de différenciation ou discrimination positive permet de ne pas exclure directement d'autres affections.

Pour faire une analyse complète de la jurisprudence du Conseil d'État concernant les modalités de mise en œuvre de la présomption d'origine professionnelle, il faut encore mentionner un arrêt du 27 octobre 2008, *Société Arcelor France*<sup>25</sup>, dans lequel le Conseil d'État affirme qu'une affection peut être définie très largement et donc, comprendre des lésions d'origine extraprofessionnelle. Il rappelle néanmoins que cette définition doit se conformer à « l'évolution des connaissances scientifiques et des méthodes médicales », ce qui nécessite donc une réactualisation des tableaux en fonction de l'état des connaissances du moment. Enfin, les maladies désignées peuvent être des affections sans troubles fonctionnels, douleurs ou risques d'évolution : il s'agit donc d'une vision très large de ce que peut être une affection prise en charge au titre du régime des maladies professionnelles. Ainsi, le choix d'inscrire une affection dans un tableau est un « *choix en opportunité* »<sup>26</sup> qui répond au souci de protéger les salariés et le pouvoir réglementaire est libre de faire rentrer ou non une affection dans un tableau.

Anne Courrèges, Rapporteuse publique, rappelle dans ses conclusions sur cet arrêt que peu de maladies pourraient être inscrites dans des tableaux s'il était refusé de faire entrer des maladies plurifactorielles (qui ne sont donc pas forcément exclusivement dues à une exposition professionnelle). Elle rappelle notamment que les deuxième et troisième colonnes des tableaux viennent également renforcer cette présomption d'origine professionnelle, et qu'« *il est inhérent au mécanisme de présomption qu'à l'occasion, les mailles du filet puissent ne pas se montrer suffisamment sélectives* ».

Dans cette décision, le Conseil d'État affirme une fois de plus son attachement à la présomption d'origine et reconnaît également les limites de son contrôle : la matière étant trop scientifique et médicale, il ne peut effectuer un contrôle maximum. Autrement dit, il ne peut procéder à un contrôle du bilan mais seulement à un contrôle normal, voire de l'erreur manifeste d'appréciation<sup>27</sup>.

20 - CE 11 janvier 2006, Groupement français des industries transformatrices des métaux en feuilles minces (GIMEF), n°262203.

21 - Décret n° 2003-924 du 25 septembre 2003, révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

22 - Cf. Conclusion du commissaire du Gouvernement Jacques-Henri Stahl, CE 27 octobre 2008, GIMEF, n°262203.

23 - Décret n° 2017-812 du 5 mai 2017, révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

24 - CE 18 juillet 2018, FNATH, association des accidentés de la vie, n°412153.

25 - CE 27 octobre 2008, Société Arcelor France, n°296339.

26 - Cf. Anne Courrèges, Commissaire du gouvernement, pour l'arrêt CE 27 octobre 2008, n°296339, Société Arcelor France.

27 - Clémence Zacharie, Le contentieux de la modification des tableaux des maladies professionnelles liées à l'amiante, Droit social 2009 p. 205.

B. Les précisions diagnostiques écartées par la jurisprudence du Conseil d'État

Parmi les recours formés, le Conseil d'État a tout d'abord annulé des dispositions qui équivalaient à demander au salarié une preuve directe du lien de causalité entre sa maladie et son exposition professionnelle.

- Le juge administratif a, en effet, commencé cette construction jurisprudentielle par deux arrêts du 10 octobre 1994<sup>28</sup>, par lesquels il a annulé une restriction faite au principe de présomption d'origine professionnelle. Deux décrets<sup>29</sup> prévoyaient que la reconnaissance du cancer broncho-pulmonaire primitif ne pouvait avoir lieu qu'en cas de démonstration d'une « relation [de l'affection] avec » (ou d'une « relation médicalement caractérisée ») une des substances visées par les tableaux en question (les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon pour le premier arrêt et l'amiante pour le second). Cette demande revenait à inverser la charge de la preuve, ce qui est évidemment contraire à la présomption d'origine, qui implique que le demandeur n'a à faire aucune démonstration du lien de causalité entre sa maladie et son exposition professionnelle ; ce lien étant présumé. Il n'est ainsi pas possible pour un décret de faire peser une preuve directe du lien entre la maladie et le travail sur le travailleur, ce qui semble être une application évidente du mécanisme de présomption.

- Le 16 mai 2001<sup>30</sup>, le Conseil d'État a même été plus loin en contrôlant un décret et ce, sur demande en annulation pour excès de pouvoir formée par l'association Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH). Le texte attaqué prévoyait que l'épaississement de la plèvre ne serait reconnu en tant que maladie professionnelle liée à une exposition à l'amiante<sup>31</sup> qu'en l'absence d'antécédents concordant avec une cause différente de celle de l'amiante (« en l'absence d'antécédents de pleurésie de topographie concordante de cause non asbestosique »). Le Conseil d'État a censuré cette disposition pour sa contrariété avec la présomption d'origine professionnelle. Il est impossible d'ajouter des restrictions en rapport avec des antécédents médicaux car cela impliquerait à nouveau une inversion de la charge de la preuve. En effet, il s'agit de prouver que le

demandeur n'a pas d'antécédents qui auraient pu causer cette maladie et donc, que seule l'amiante est responsable de cette affection. De façon indirecte, mais certaine, ce type de précision revient donc à exiger une preuve de la victime.

Dans ses conclusions sur cet arrêt, le rapporteur public<sup>32</sup> essaie de poser les contours de ce qui est autorisé au titre de la désignation de la maladie. Selon lui, il est possible de restreindre plus ou moins cette désignation, notamment en ne faisant figurer au tableau uniquement la forme la plus souvent d'origine professionnelle, ou bien en exigeant une caractérisation de la maladie suffisante (par scanner, IRM ...) mais toute autre condition semblerait non-conforme au principe de la présomption. De plus, l'exclusion d'antécédents apparaît également inappropriée car la simple existence d'antécédents ne permet pas d'écarter un possible lien de causalité entre la maladie et une exposition professionnelle.

- Dans son arrêt du 10 mars 2010 précédemment étudié<sup>33</sup>, le Conseil d'État a fait l'objet d'une demande en annulation d'un décret modifiant le tableau n° 1 sur les affections liées au plomb qui l'a également conduit à rejeter certaines des modifications réglementaires intervenues<sup>34</sup>. Le texte attaqué rendait bien plus précis le tableau, notamment en détaillant les niveaux de plombémie et les modalités de diagnostic s'y rapportant. Mais il prévoyait également l'exclusion de la prise en charge de certaines pathologies désignées par le tableau, dès lors qu'elles pouvaient être causées par d'autres facteurs de risque que l'exposition professionnelle, tels que l'alcoolisme ou le diabète. Il s'agissait donc d'un diagnostic différentiel, ce que le Conseil d'État a jugé contraire à la présomption d'imputabilité. Cela paraît logique car, une fois encore, il s'agissait d'une inversion de la charge de la preuve : il était demandé au travailleur de prouver une absence de diabète ainsi que de maladie liée à l'alcoolisme. De plus, cela n'impliquait pas nécessairement que le lien de causalité entre l'exposition professionnelle et la maladie soit impossible en présence de diabète ou d'alcoolisme.

Le Conseil d'État a donc rejeté cette possibilité d'effectuer un diagnostic différentiel, sans mentionner ces termes. Il s'est agi de refuser d'exclure directement des hypothèses, en citant des pathologies pour lesquelles le lien de causalité est moins probable mais toujours présent.

En définitive, il n'est donc pas possible d'écarter certaines hypothèses dans lesquelles le lien de causalité serait simplement moins probable. Le décret ne peut pas demander la preuve d'une *non-cause* : le travailleur ne doit pas avoir à apporter de preuve quant à l'imputabilité de sa maladie, ce qui inclut notamment qu'il n'ait pas à prouver que sa maladie n'est pas due à un autre facteur de risque. Cette conception

28 - CE, Ass., 10 octobre 1994, FNATH & autres, n°130300 : le décret prévoyait la reconnaissance du cancer broncho-pulmonaire primitif uniquement « reconnu en relation avec » les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon. - V. aussi, CE, Ass., 10 juin 1994, Mme Behm, n°132667 : le tableau accordait la reconnaissance de cancers broncho-pulmonaires primitifs que « quand la relation avec l'amiante est médicalement caractérisée », (Cf. Conclusions de Monsieur Bonichot, Commissaire du gouvernement pour ces deux arrêts).

29 - Décret n° 91-877 du 3 septembre 1991, modifiant le tableau de maladies professionnelles n° 16 bis annexé au livre IV du code de la sécurité sociale et décret n° 85-630 du 19 juin 1985, modifiant le tableau de maladies professionnelles n° 30 annexé au livre IV du code de la sécurité sociale.

30 - CE 16 mai 2001, FNATH et autres, n° 222313, 222505, 222506.

31 - Décret n° 2000-343 du 14 avril 2000 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

32 - Cf. Conclusions de Mme Fombeur, Commissaire du Gouvernement sur cet arrêt du CE 16 mai 2001, n° 222313, 222505, 222506, FNATH et autres.

33 - CE 10 mars 2010, Association des familles de victimes de saturnisme, n°322824.

34 - Décret n° 2008-1043 du 9 octobre 2008, révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

peut apparaître restrictive mais elle permet notamment de reconnaître que les facteurs de risque peuvent se cumuler. Ainsi, s'il existe plusieurs facteurs de risque, dont un d'origine professionnelle, ce facteur professionnel ne pourra pas être ignoré et donc, écarté. Dans ces différentes situations, le Conseil d'État se pose donc toujours en protecteur de la présomption d'imputabilité et ce, en rejetant tout ce qui en affaiblit le mécanisme.

Par ces arrêts, le Conseil vient préciser la frontière entre la désignation de la maladie et la démonstration du lien de causalité : lorsque l'on bascule dans cette dernière, est prononcée sa non-conformité au principe de présomption d'origine professionnelle. L'examen des précisions acceptées par le juge administratif permet de mieux saisir et préciser cette nuance entre démonstration du lien de causalité et désignation de la maladie.

Cependant, dans la mesure où certaines précisions diagnostiques sont autorisées, il est possible de se demander si celles-ci sont toujours opportunes : le domaine médical étant en constante évolution, certaines précisions ne semblent pas toujours adaptées et d'autres demanderont à être réactualisées fréquemment.

## II. Opportunité d'insérer des précisions diagnostiques

Le Conseil d'État veille à conditionner la possibilité pour un décret de préciser les modalités du diagnostic. Néanmoins, ce type d'ajout peut avoir des répercussions sur le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (A), comme cela a déjà pu être illustré en jurisprudence (B).

### A. L'impact sur le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles hors-tableaux

Comme vu précédemment, le pouvoir réglementaire dispose donc d'une marge de manœuvre importante s'agissant des choix qu'il peut effectuer. Il peut décider d'intégrer des critères permettant de mieux cibler une maladie qui serait due à une exposition professionnelle, ce qui d'un premier abord semble être le but des tableaux. Néanmoins, lorsque les conditions prévues par un tableau de maladies professionnelles ne sont pas remplies ou que la maladie n'est pas désignée dans un tableau, alors la reconnaissance de cette maladie relève du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, faisant appel à des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), lesquels ont été institués en application de la loi du 27 janvier 1993 portant diverses

mesures d'ordre social<sup>35</sup>.

Sur le plan déclaratif, c'est aujourd'hui le décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accident du travail et de maladies professionnelles du régime général qui distingue, en ce sens, deux procédures : la voie facilitée de la présomption d'imputabilité professionnelle ayant recours aux tableaux de maladies professionnelles ; la voie complémentaire impliquant de débattre de l'origine de la maladie devant un CRRMP. Cette dernière procédure est déclenchée dans deux cas de figure : 1/ la maladie figure au tableau des maladies professionnelles mais n'a pas été contractée dans les conditions précisées à ces tableaux, alors qu'il est établi qu'elle est *directement* causée par le travail habituel du salarié ; 2/ la maladie ne figure pas au tableau des maladies professionnelles, mais il est établi qu'elle est *essentiellement et directement* causée par le travail et qu'elle a entraîné une incapacité permanente d'au moins 25 % (ou le décès)<sup>36</sup>.

Dès lors, n'est-il pas possible de discuter des conséquences sur cette deuxième voie de reconnaissance des maladies professionnelles, de l'opportunité d'intégrer des critères de diagnostic plus ou moins pointus ? En effet, plus les conditions diagnostiques d'un tableau sont complexes et précises, plus il peut être attendu une sollicitation du système complémentaire importante. Lorsqu'une condition du tableau fait défaut, il y a de fortes chances que la demande de reconnaissance se fasse par la voie complémentaire, dite « hors tableau ».

Plusieurs observateurs pointent aujourd'hui certaines limites de cette voie complémentaire. Cette voie reste, en droit, assez restrictive et, ce, en particulier pour les maladies non inscrites dans un tableau<sup>37</sup>. Les chiffres semblent d'ailleurs leur donner raison<sup>38</sup>. Par ailleurs, elle crée des inégalités dans l'accès au droit des assurés sociaux. Dans le cas du passage devant un CRRMP, la présomption d'origine ne s'applique plus puisque la victime doit faire la preuve que sa maladie est « directement » ou « directement et essentiellement » causée par le travail « habituel ». Or, ces exigences peuvent donner lieu à des interprétations différentes de la part des experts siégeant au sein des CRRMP ou auprès des tribunaux instruisant les recours contre les avis de ces commissions<sup>39</sup>.

35 - L. n° 93-121, 27 janv. 1993 : JO 30 janv. - V. aussi, D. n° 93-692 et n° 93-683, 27 mars 1993 : JO 28 mars. - Ces dispositions ont ainsi institué un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles fondé sur une expertise individuelle parallèlement au système des tableaux réglementaires qui perdure.

36 - Art. L. 461-1 al. 4 du code de la sécurité sociale ; l'art. R. 461-8 du même code fixe le taux d'IPP à 25 %, ce taux IPP est évaluée selon les conditions de l'article L. 434-2.

37 - V. en ce sens, Rioux, M., «La reconnaissance des maladies professionnelles, une procédure opportunément restrictive» : Médecine & Droit 2017, n° 146, pp. 141-153.

38 - Le nombre de cas reconnus *via* la voie complémentaire reste limité : dans le régime général, en 2018, les CRRMP ont rendu 7354 avis positifs et 11032 avis négatifs au titre de l'alinéa 6, et 1491 avis positifs et 2488 avis négatifs, au titre de l'alinéa 7 [Source : Rapport annuel de l'Assurance-maladie/Risques professionnels, 2018].

39 - Par exemple, sur le lien direct : Cass. soc., 19 décembre 2002, CPAM de Lille contre Leclaire.

Malgré l'existence de guides pour encadrer les procédures, ne faut-il pas craindre des différences de traitement<sup>40</sup>? Enfin, la voie complémentaire souffre d'un manque chronique de moyens, humains (manque de médecins inspecteurs régionaux) ou organisationnels, qui peut entraîner de longs délais d'instruction<sup>41</sup>. Le décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 et la circulaire CNAM CIR-28/2019 du 9 août 2019 cherchent d'ailleurs à limiter certains de ces problèmes en prévoyant une réduction des délais officiels d'instruction (à 4 mois) et un recours à l'expertise des médecins inspecteurs régionaux limitée aux seuls alinéa 7.

Il faut donc mesurer l'intérêt de l'intégration d'un critère diagnostique dans la première colonne d'un tableau de maladie professionnelle, car celui-ci n'aura pas forcément pour effet d'empêcher la reconnaissance de la maladie en tant que maladie professionnelle mais à l'inverse pourrait encombrer les CRRMP et les pôles sociaux des tribunaux judiciaires en cas de litige, ce qui aura alors pour conséquence d'allonger la procédure pour les demandeurs.

### B. L'impact sur les contentieux de reconnaissance des maladies professionnelles

Afin d'illustrer notre propos, peuvent être avancées deux affaires ayant fait l'objet d'un pourvoi en cassation en raison du non-respect des modalités de diagnostic prévues par des tableaux de maladies professionnelles.

- La première affaire, jugée par la Cour de cassation en 2001<sup>42</sup>, concernait une technicienne dans un laboratoire de bactériologie qui est décédée suite au développement d'une leptospirose, maladie infectieuse. La CPAM avait alors refusé de prendre en charge l'affection et le décès au titre des maladies professionnelles, au motif qu'une condition du tableau n° 19A, prévoyant la prise en charge de cette maladie, indiquait pour condition médicale « *confirmée par un examen de laboratoire spécifique (identification du germe ou sérodiagnostic à un taux considéré comme significatif)* » et que cette condition n'était pas remplie. Après contestation contre cette décision, la Cour d'appel a prononcé la reconnaissance de la maladie professionnelle, ce que la CPAM a immédiatement contesté devant la Cour de cassation. La Haute juridiction affirme que « la maladie a été essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et a entraîné son décès ; l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale permet alors la reconnaissance »<sup>43</sup>. Le fait d'effectuer un diagnostic

par une autre méthode que celle désignée par un tableau n'empêche donc pas la reconnaissance de la maladie professionnelle mais elle implique de passer par la voie du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. La Cour rejette donc le pourvoi de la CPAM.

En l'absence d'une condition du tableau, il est donc possible de faire reconnaître une maladie comme étant professionnelle mais la conséquence de l'introduction de cette condition est une procédure souvent plus longue (en l'espèce : six ans) car faisant intervenir un ou, en cas de recours, plusieurs CRRMP. La reconnaissance est plus difficile même lorsqu'une seule condition de la désignation de la maladie vient à manquer car il est considéré, dans un tel cas, que cette maladie n'est pas désignée par un tableau de maladies professionnelles.

- Dans un second arrêt en date du 9 juillet 2015<sup>44</sup>, des médecins avaient constaté lors d'une opération des poumons, une affection liée à l'amiante, prévue par le tableau n° 30B<sup>45</sup> des maladies professionnelles. Le médecin-conseil avait considéré que « *le diagnostic de la maladie avait été fait par le chirurgien qui avait au cours de l'intervention examiné directement l'appareil respiratoire de la victime* », qu'il n'y avait donc pas lieu de recourir au scanner prévu par le tableau n° 30B. La caisse d'assurance maladie a alors reconnu la maladie comme étant d'origine professionnelle. Afin d'obtenir une réparation intégrale de son préjudice, le salarié a saisi une juridiction de la sécurité sociale en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. En appel, la cour déclare opposable à l'employeur la décision de la CPAM. Saisie de ce litige la Cour de cassation a conclu à une violation des textes prévoyant cette reconnaissance car le tableau en cause subordonne la prise en charge de l'affection à la confirmation du diagnostic par un examen tomodensitométrique. Elle a alors cassé et annulé l'arrêt d'appel et, sans renvoi, a affirmé l'inopposabilité à l'employeur de la décision de prise en charge. Ainsi, dans cette espèce, le fait de ne pas avoir effectué de scanner a empêché de bénéficier de tous les effets de la présomption d'origine professionnelle alors même que l'examen médical pratiqué ayant permis le diagnostic de l'affection, était plus précis et direct (par l'observation visuelle de l'organe malade) que celui prévu par le tableau (par imagerie).

Ces arrêts offrent des exemples d'une incidence contentieuse possible lorsque les conditions diagnostiques sont très (voire trop) précises. C'est également sans compter sur l'inévitable évolution des démarches et outils diagnostiques liées aux progrès de la connaissance scientifique et médicale qui peuvent rapidement rendre nécessaire la révision des tableaux, devenus trop éloignés de la réalité des pratiques médicales et donc, obsolètes.

**Jade Brossollet & Henri Bastos**

40 - Fantoni-Quinton, S. 2008. «Le véritable rôle du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.» *RDSS*, 555 ; Platel, S. 2009. «La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser», *Mouvements* 58 (2) : 46-55 ; Gehanno, J.F., S. Letalon, A. Gislard et L. Rollin. 2019. «Inequities in Occupational Diseases Recognition in France.» *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 67 (4) : 247-252.

41 - Jean- Yves Blum Le Coat et Marie Pascual, « La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, n° 19-1, 2017, p. 13.

42 - Cass. soc., 18 janvier 2001, n°99-12642, inédit.

43 - Alinéa 8 du texte.

44 - Cass. civ. 2<sup>ème</sup>, 9 juillet 2015, n°14-19.855, inédit.

45 - En réalité, dans cet arrêt, il est fait mention du tableau 30Bis alors qu'il s'agit du tableau 30.