

## CONSEIL D'ETAT

### REQUETE INTRODUCTIVE D'INSTANCE

#### POUR :

**1) L'Union Interfédérale des Agents de la Fonction Publique Force Ouvrière**

Ayant son siège 46, rue des Petites Ecuries  
75010 PARIS

Représentée par Secrétaire Général en exercice conformément à l'article 6 de ses Statuts

**2) Monsieur Christian Grolier**

Né le 16 janvier 1966 à Montpellier  
Demeurant 8 rue du Presbytère 33350 Sainte Terre  
Attaché principal au Ministère de l'intérieur  
Secrétaire général de l'UIAFP FO

**3) Monsieur Claude Simoneau**

Né le 14 février 1956 à Oran  
Demeurant 3 place des Prés Hauts 91370 Verrières le Buisson  
Attaché d'administration au Ministère des Armées  
Secrétaire général adjoint de la FGF FO

**4) Monsieur Dominique Regnier**

Né le 24 janvier 1963 à Château du Loir  
Demeurant 30 rue George Sand 87350 Panazol  
Technicien territorial principal de 2<sup>ème</sup> classe à la Mairie de Limoges

**5) Monsieur Didier Birig**

Né le 22 février 1964 à Sarreguemines  
Demeurant 17 rue du Moulin 57460 Kerbach  
Infirmier au centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines  
Secrétaire général de la Fédération des Personnels des Services Publics et des Services de Santé (SPSS-FO) et Secrétaire général adjoint de l'UIAFP-FO

#### Avant tous pour avocat : Maître Julien BRAULT

Avocat au Barreau de Paris  
62 rue de Caumartin - 75009 Paris  
Tel : 01 84 03 01 06 - [cabinet@brault.paris](mailto:cabinet@brault.paris)

#### CONTRE :

Le décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 publié au Journal Officiel de la République Française le 15 septembre 2020 (texte 10 sur 80 ; NOR : SSAS2020405D) (*pièce n°1*).

Les requérants concluent qu'il plaise au Conseil d'État d'annuler la décision entreprise par les faits et moyens exposés ci-après.

## PLAISE AU CONSEIL D'ETAT

**1. - Le décret attaqué** - Par un décret n°2020-1131, le Premier ministre, sur rapport du ministre des solidarités et de la santé, a précisé les règles relatives à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2.

**1.1. - Dispositions prises dans le cadre du système de présomption d'imputabilité** - Les articles 1 et 2 du décret insèrent tout d'abord dans le code de la sécurité sociale et dans le code rural et de la pêche deux nouveaux tableaux de maladies professionnelles pour l'application du système de présomption d'imputabilité (alinéa 3 de l'article L461-1 du code de la sécurité sociale) :

- i. Tableau n°100 dans le code de la sécurité sociale (que les agents publics auront principalement vocation à invoquer) ;
- ii. Tableau n°60 dans le code rural et de la pêche pour les assurés des régimes agricoles de sécurité sociale.

Ces tableaux ne diffèrent qu'en ce qui concerne la liste limitative des travaux.

**1.2. - Dispositions relatives au système de reconnaissance complémentaire** - L'article 3 du décret institue de plus une dérogation aux règles classiques d'instruction dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (alinéas 6 et 7 de l'article L461-1 du code de la sécurité sociale).

Il autorise ainsi la possibilité pour le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie de « **confier à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles l'instruction de l'ensemble des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle liées à une contamination au SARS CoV-2** ».

Cet unique CRRMP (dont relèveraient les agents contractuels) serait dans ce cas composé par :

- 1- « **un médecin-conseil relevant du service du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie ou de la direction du contrôle médical et de l'organisation des soins de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ou d'une des caisses locales, ou un médecin-conseil retraité ;** »
- 2- « **un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, réanimation ou infectiologie, en activité ou retraité, ou un médecin du travail, en activité ou retraité (...)** ».

En revanche, aucune disposition n'est prévue en ce qui concerne les commissions de réforme dont relèvent les fonctionnaires.

1.3. - Présentation analytique des tableaux - Afin de dresser la synthèse des deux nouveaux tableaux et de mettre en lumière la complexité et la rigueur des conditions posées pour la prise en charge à titre de maladie professionnelle dans le cadre des tableaux d'une affectation au SARS-CoV2, il est possible d'en faire la présentation suivante :

CONDITION COMMUNE AUX DEUX TABLEAUX		CONDITION SPECIFIQUE AU TABLEAU N°100 DES MP DU REGIME GENERAL	CONDITION SPECIFIQUE AU TABLEAU N°60 DES MP DU REGIME AGRICOLE
DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
<p>[CRITERES DE CLASSIFICATION (APPAREIL-ORGANE / TYPE)] 1) Affections respiratoires aiguës</p> <p>[CRITERE ETIOLOGIQUE] 2) causées par une infection au SARS-CoV2, confirmée</p> <p>[CRITERE DIAGNOSTIC] i. par examen biologique ii. ou scanner iii. ou, à défaut, par une histoire clinique documentée (compte rendu d'hospitalisation, documents médicaux)</p> <p>[CRITERE DE GRAVITE DE LA PHASE AIGUE DE LA PATHOLOGIE OU LIE A L'EMPLOI DE MOYENS THERAPEUTIQUES] 3) et 3.1) ayant nécessité i. une oxygénothérapie ii. ou toute autre forme d'assistance ventilatoire, attestée par des comptes rendus médicaux, 3.2) ou ayant entraîné le décès</p>	14 jours	<p>1) Tous travaux</p> <p>1.1) accomplis en présentiel</p> <p>1.2) par le personnel i. de soins et assimilé, ii. de laboratoire, iii. de service, iv. d'entretien, v. administratif vi. ou de services sociaux,</p> <p>1.3) en milieu</p> <p>1.3.1) d'hospitalisation à domicile</p> <p>1.3.2) ou au sein des établissements et services suivants : i. établissements hospitaliers, centres ambulatoires dédiés covid-19, ii. centres de santé, iii. maisons de santé pluriprofessionnelles, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, iv. services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables, v. services de soins infirmiers à domicile, vi. services polyvalents d'aide et de soins à domicile, vii. centres de lutte antituberculeuse, foyers d'accueil médicalisés, viii. maisons d'accueil spécialisé, structures d'hébergement pour enfants handicapés, ix. appartements de coordination thérapeutique, x. lits d'accueil médicalisé, xi. lits halte soins santé, xii. centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie avec hébergement, xiii. services de santé au travail, xiv. centres médicaux du service de santé des armées, xv. unités sanitaires en milieu pénitentiaire, xvi. services médico-psychologiques régionaux, xvii. pharmacies d'officine, xviii. pharmacies mutualistes ou des sociétés de secours minières</p> <p>2) Activités de soins et de prévention auprès des élèves et étudiants des établissements d'enseignement</p> <p>3) Activités de transport et d'accompagnement des malades, dans des véhicules affectés à cet usage</p>	<p>1) Tous travaux</p> <p>1.1) accomplis en présentiel</p> <p>1.2) par le personnel i. administratif, ii. de soins et assimilé iii. ou d'entretien,</p> <p>1.3) au sein des établissements et services suivants dépendant d'organismes ou d'institutions relevant du régime de protection sociale agricole : i. les services de santé au travail ; ii. les structures d'hébergement et de services pour personnes âgées dépendantes ; iii. les structures d'hébergement pour adultes et enfants handicapés ; iv. les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables.</p>

1.3. - Analyse synthétique du décret – Il résulte de cette brève description du décret que le pouvoir réglementaire a posé des conditions particulièrement rigoureuses concernant la désignation des maladies professionnelles liées aux infections au SARS-CoV2 et concernant la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Il résulte en définitive de ce décret un triple dispositif pour les agents publics :

- i. Une présomption d'imputabilité de la maladie professionnelle au champ d'application très restreint puisqu'elle est applicable uniquement :
  - aux soignants et assimilés
  - et pour les affections respiratoires aiguës à SARS-CoV2 traitées par oxygénothérapie ou assistance ventilatoire ou ayant entraîné le décès (**art 21 bis IV alinéa 1 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 et article L461-1 al. 5 du CSS**) ;
- ii. Un dispositif de reconnaissance de maladie professionnel pour les non-soignants des mêmes affections respiratoires aiguës à SARS-CoV2 traitées par oxygénothérapie ou assistance ventilatoire ou ayant entraîné le décès (**art 21 bis IV alinéa 2 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 et article L461-1 al. 6 du CSS**) :
  - après saisine d'un CRRMP pour les agents contractuels ou des commissions de réforme pour les fonctionnaires ;
  - et à la condition de démontrer l'existence d'un lien direct avec l'exposition professionnelle ;
- iii. Un dispositif de reconnaissance de maladie professionnelle hors tableaux pour l'ensemble des agents publics pour les autres affections :
  - après saisine d'un CRRMP pour les agents contractuels ou les commissions de réforme pour les fonctionnaires ;
  - à la condition de démontrer l'existence d'un lien direct et essentiel avec l'exposition professionnelle
  - et de justifier d'un taux d'incapacité de 25% (**art 21 bis IV alinéa 1 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 et article L461-1 al. 5 du CSS ; article R461-8 du CSS et 47-8 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 créé par l'article 10 du décret n°2019-122 du 21 février 2019**).

**2. - - Sur l'éclairage apporté par les déclarations gouvernementales et la procédure préalable à l'adoption du décret contesté** – Les dispositions du décret peuvent être utilement éclairées par les explications apportées par les pouvoirs publics préalablement à son adoption.

A compter du 23 mars 2020 et parallèlement à la mobilisation des travailleurs clés indispensables à la continuité de l'activité du pays, le Ministre de la santé a annoncé l'adoption de mesures destinées à assurer l'accompagnement social des travailleurs victimes du SARS-CoV2, en particulier :

- la suppression du délai de carence pour tous les arrêts maladies pendant la durée de l'état d'urgence (journée de carence rétablie depuis le 10 juillet date de la fin de l'état d'urgence) ;
- et l'adoption d'un dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles liées à l'infection au SARS-CoV2.

La Ministre du travail a annoncé le 30 juin notamment par un communiqué de presse l'adoption du futur système de reconnaissance en maladie professionnelle des travailleurs atteints du COVID-19.

Le dispositif particulièrement restrictif au regard des déclarations précédentes a notamment été présenté :

- à la commission spécialisée n°4 (relative aux pathologies professionnelles) du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail du 7 juillet 2020 ;
- à la Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles de la CNAM du 8 juillet 2020.

Il n'a guère évolué dans le cadre du dialogue social.

L'examen des comptes rendu des commissions est édifiant :

- i. concernant l'absence d'expertise relative à la détermination des modalités de reconnaissance des maladies professionnelles à SAS-CoV2 et d'ailleurs concernant l'absence de statistiques et d'information fournies aux instances consultatives au sujet des travailleurs impactés par l'épidémie :

**« Les pouvoirs publics ont considéré que recourir à l'expertise prévue par la charte (avec appel à l'ANSES ou à une expertise équivalente) prendrait trop de temps. Afin de poser un cadre rapide pour cette indemnisation, ils ont donc décidé de ne pas appuyer ce projet de décret sur des travaux internes à l'administration et de la CNAM notamment, mais sur l'état des connaissances scientifiques. Il pourra donc évoluer en fonction de ces connaissances, et l'ANSES pourra peut-être participer à cette mise à jour. Cette situation n'est pas idéale, et le recours à une expertise scientifique en amont aurait été préférable, mais de nombreux dossiers avaient déjà été déposés et une clarification des règles était très attendue de la part des salariés comme des employeurs. » (pièce n°4, p.9, §9).**

- ii. à propos de la caractérisation des pathologies à SARS-CoV2 au travers d'un critère de gravité de l'infection lié aux moyens thérapeutiques employés pendant la phase aigue de la pathologie ou au décès de la victime :

**« Il ne m'appartient pas de discuter le contenu du tableau ni sa formulation, mais de le comprendre et de pouvoir l'appliquer en tant que médecin-conseil. Le choix effectué consiste à caractériser l'infection, c'est-à-dire à établir le diagnostic en vérifiant que les critères de gravité soient respectés. Les publications ont montré que durant la phase active de circulation du virus, l'imagerie par scanner et, à défaut le tableau clinique, offraient de bonnes alternatives aux tests PCR et sérologique.**

**Deux niveaux de gravité sont prévus : le décès ou le recours à une oxygénothérapie. » (pièce n°4, p.9 § 11)**

- iii. au sujet de la prise en charge de certaines complications de la maladie et de certaines de ses formes graves non respiratoires :

**« Les complications qui surviendraient après la reconnaissance sont évidemment prises en charge dans le dispositif de réparation dès lors qu'elles sont consécutives à l'infection reconnue.**

**Les connaissances relatives aux formes graves non respiratoires ne sont simplement pas suffisamment stables pour permettre de les décrire dans un tableau de présomption. Elles seront donc étudiées au cas par cas dans le cadre de l'alinéa 7. » (pièce n°4, p.9 § 13).**

**« Dans la configuration projetée, les atteintes du système vasculaire ou du myocarde sans lien avec une pathologie respiratoire ne seront en effet pas prises en compte. Pour les experts sollicités, seule la prise en charge des affections respiratoires, ou celle d'affections secondaires liées à des affections respiratoires, mérite d'être envisagée dans ce cadre. Mais cette restriction n'empêchera pas la réalisation de reconnaissances au titre de l'alinéa 7. La question de la charge de la preuve constitue un point délicat, déjà discuté lors des deux précédentes séances.**

**Cependant, la proposition formulée paraît équilibrée, s'agissant de suspicions de contaminations dans un environnement professionnel affectant deux catégories d'individus aux contours désormais bien déterminés : les personnels soignants, d'une part ; les personnels ayant été en contact étroit avec le public durant la période de confinement, d'autre part.**

**Assouplir la charge de la preuve, dans ces conditions de temps et de lieu, n'a pas semblé pertinent, d'autant que les études de cas donneront de toute façon aux demandeurs la possibilité de mettre en avant des « assurances raisonnables ».**

**Toutefois, la DSS ne mésestime pas la difficulté de l'exercice demandé. » (pièce n°5, p. 16, §1) ;**

- iv. concernant le choix stratégique de compléter le décret par des recommandations à l'attention des CRRMP en ce qui concerne l'instruction des maladies relevant du système de reconnaissance et de viser au travers de ces recommandations les travailleurs clés en contact avec le public pendant la période de confinement :

**« Si le texte ne fait pas mention de la période de confinement, la recommandation qui sera formulée à l'intention du CRRMP unique au titre de la procédure de l'alinéa 6 fera explicitement état des personnes ayant été en contact avec le public pendant ce laps de temps.**

**L'imprécision du texte sur ce point ne résulte donc pas d'un oubli. Il reflète, au contraire, un choix : celui de valoriser l'étape de la recommandation. » (pièce n°5, p. 16, §5 et 6) ;**

v. à propos de la composition du nouveau CRRMP :

**« Concernant la composition du CRRMP qui sera désigné pour l'appréciation des demandes initiales, il est certain que l'allègement de la composition est limité. Mais il était difficile, l'instance passant de trois à deux membres, d'en envisager de plus importants. L'allègement réside du reste moins dans cette réduction du nombre de membres que dans la reconnaissance d'un CRRMP à compétence nationale unique. Son installation contribuera grandement à l'accélération du traitement des dossiers. » (pièce n°5, p. 16, §5) ;**

vi. au sujet des hypothèses relatives au nombre de prises en charge attendues (approche conçues sur la base du chiffre de 3.758 demandes à date au mois de juillet et d'un taux moyens de reconnaissance de 63%, soit une approche à date de l'ordre de 2.367 reconnaissances) :

**« La DRP complètera certainement les volets non encore chiffrés. Pour l'heure, la DSS peut établir le bilan suivant, sur la base duquel ont d'ailleurs été posées les hypothèses présentées : trois mille sept cent cinquante-huit demandes de reconnaissance au titre des AT/MP, dont sept concernant un décès potentiellement lié à la maladie. Calculer d'ores et déjà un taux de reconnaissance serait toutefois prématuré. Les exercices de chiffrage sont toujours des plus délicats, notamment pour ce qui concerne l'évaluation de l'incapacité permanente. Pour mémoire, le taux de reconnaissance moyen est de 63 %. » (pièce n°5, p. 17, §2) .**

3. - Sur la position des Syndicats et des Unions de Syndicat Force Ouvrière de Fonctionnaires à l'égard du décret – La Confédération Générale du Travail Force ouvrière avait cru déceler de la part du gouvernement une volonté d'avancer sur le dossier des maladies professionnelles liées à une infection au SARS-CoV2.

Au nom des syndicats et des Unions de Syndicats Force Ouvrière des Agents Publics, la Confédération a formulé de nombreuses propositions dans le cadre des échanges relatifs au projet de décret et dans le cadre de la procédure de consultation de la commission spécialisée du COCT (*pièce n°4 et pièce n°6-1*).

Ces propositions n'ont cependant pas été prises en compte.

Les organisations syndicales Force Ouvrière des Agents Publics n'ont alors pu que constater que le décret instituait une reconnaissance particulièrement restrictive des affections liées au SARS-CoV2 (*pièces n°6-2 à 6-5*).

Ce décret a dès lors été perçu comme un outrage notamment à l'égard des agents publics fortement mobilisés au risque de leur santé depuis le début de l'épidémie.

Cette impression d'outrage a été renforcée par le rétablissement de la journée de carence dans le cadre du congé de maladie ordinaire depuis le 10 juillet dernier, date de la fin de l'état d'urgence.

Compte tenu des dispositions du décret attaqué, le congé de maladie ordinaire reste en effet le dispositif de première intention pour les victimes d'une affection au SARS-CoV2 contractées en service n'ayant pas fait l'objet d'une assistance ventilatoire.

Cet outrage est d'autant plus choquant aux yeux des requérants compte tenu des manquements des employeurs publics dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de protection de leurs agents, manquement qui font d'ailleurs l'objet de plaintes pénales.

## **II. - SUR LA RECEVABILITE DE LA REQUETE**

L'article 8 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires garantit l'exercice du droit syndical des fonctionnaires, ainsi que le droit pour leurs syndicats d'ester en justice et de se pourvoir devant les juridictions compétentes contre les actes réglementaires concernant le statut du personnel.

Par ailleurs, il est admis qu'une union ou fédération de syndicat peut attaquer un acte portant atteinte aux intérêts collectifs qu'elle défend même si un syndicat plus étroitement compétent adhère à cette union ou à cette fédération (*CE, ass., 12 décembre 2003, n°239507, USPAC CGT*).

Il résulte des statuts de l'Union Interfédérale des Agents de la Fonction Publique Force Ouvrière (préambule) que celle-ci a été créée en 1983 pour regrouper les organisations syndicales représentatives, en Métropole et hors Métropole des personnels tributaires du titre 1 du statut général des fonctionnaires à la suite de l'adoption de la loi n°83-636 du 13 juillet 1983 qui fixe les droits, garanties et obligations des fonctionnaires pour les trois versants de la fonction publique.

Aux termes de l'article 1<sup>er</sup> desdits statuts, « *Elle a pour but, conformément au statut général des fonctionnaires et du livre IV du Code du travail, l'étude et la défense des intérêts généraux économiques, professionnels et sociaux des adhérents des organisations qu'elle comprend* » (pièce n°2).

L'article 21 bis dans la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (Titre I du Statut général des fonctionnaires) dispose notamment que :

***« IV.- Est présumée imputable au service toute maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions 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 par un tableau peut être reconnue imputable au service lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions.***

***Peut également être reconnue imputable au service une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente à un taux déterminé et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat ».***

L'organisation syndicale requérante dispose dès lors de la qualité lui donnant intérêt à agir à l'encontre du décret attaqué instituant de nouveaux tableaux de maladies professionnelles et ce d'autant plus que le décret attaqué vise potentiellement tous les fonctionnaires atteints d'une affection respiratoire aiguë liée à une infection au SARS-CoV2 contractée en service.



Par ailleurs, il est constant qu' « *en l'absence, dans les statuts d'une association ou d'un syndicat, de stipulation réservant expressément à un autre organe la capacité de décider de former une action devant le juge administratif, celle-ci est régulièrement engagée par l'organe tenant des mêmes statuts le pouvoir de représenter cette association ou ce syndicat en justice [et] qu'une habilitation à représenter une association ou un syndicat dans les actes de la vie civile doit être regardée comme habilitant à le représenter en justice* » (CE 27 juin 2016, Synd. régional CFDT santé sociaux de Corse, req. n° 388758).

L'UIAFP-FO justifie de sa représentation interne par son secrétaire général par la production de ses statuts dont l'article 6 stipule que « *le secrétaire général représente l'Union interfédérale dans tous les actes de la vie de l'organisation* » et du récépissé en Mairie de ces statuts ainsi que du nom des ses dirigeants (*pièce n°2, p.3 §2*).

Enfin, MM. Grolier, Simoneau, Regnier et Birig, fonctionnaires relevant des trois catégories de fonctions publiques et exerçant des responsabilités syndicales justifient également de leur qualité leur donnant intérêt à agir à l'égard d'un acte réglementaire de nature à porter atteinte à leurs droits et à leurs prérogatives, en particulier ceux qu'ils tirent de l'article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983.

### **III. - SUR LA LEGALITE EXTERNE**

Aux termes de l'article 22 de la Constitution du 4 octobre 1958, « *Les actes du Premier ministre sont contresignés, le cas échéant, par les ministres chargés de leur exécution.* ».

Il est significatif, en l'espèce, que le décret attaqué soit dépourvu de la signature de la ministre de la transformation et de la fonction publiques.

Or, la ministre de la fonction publique sera à l'évidence chargée de l'exécution du décret compte tenu des attributions qui sont les siennes en vertu du décret n°2020-882 du 15 juillet 2020 et notamment de ses articles 3 et 4

#### **« Article 3**

*En matière de fonction publique, le ministre de la transformation et de la fonction publiques exerce, par délégation du Premier ministre et sous réserve de la compétence du Premier ministre en matière d'encadrement supérieur de l'Etat, les attributions définies par les lois du 13 juillet 1983 et du 11 janvier 1984 susvisées.*

*Il veille au respect tant des droits et des obligations de l'ensemble des fonctionnaires que des principes régissant leur carrière.*

*Il conduit la politique de rénovation de la gestion des ressources humaines dans les administrations publiques. A ce titre, il assure le pilotage et la coordination de la gestion des ressources humaines de l'Etat et veille au renforcement de sa dimension interministérielle.*

*Il définit la politique de l'Etat en matière de déconcentration de la gestion des ressources humaines.*

*Il conduit la politique des rémunérations, des pensions et des retraites dans la fonction publique et assure la coordination des règles statutaires et indicielles particulières.*

*Il prépare les mesures relatives à l'égalité des carrières professionnelles et des rémunérations et à la mixité des métiers. Il veille à leur application.*

*Il veille à favoriser la mixité sociale dans la fonction publique, dans le respect du principe d'égal accès aux emplois publics.*

*Il contresigne les décrets relatifs aux statuts et à la rémunération des agents mentionnés à l'article 2 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée.*

*Il préside le Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat et le Conseil commun de la fonction publique. ».*

En principe, l'annulation d'un acte administratif implique que cet acte est réputé n'être jamais intervenu. La décision du juge de l'excès de pouvoir prononçant cette annulation a donc un effet rétroactif.

Toutefois, le juge administratif s'est reconnu le pouvoir de moduler dans le temps les effets d'une annulation prononcée par le juge de l'excès de pouvoir (*CE, ass., 11 mai 2004 n° 255886, 255887, 255888, 255889, 255890, 255891 et 255892, ass., Assoc. AC ! et a. : JurisData n° 2004-066645 ; Lebon, p. 334 ; RJF 8-9/2004, n° 923*).

Ainsi, s'il apparaît que cet effet rétroactif de l'annulation est de nature à emporter des conséquences manifestement excessives en raison tant des effets que cet acte a produits et des situations qui ont pu se constituer lorsqu'il était en vigueur que de l'intérêt général pouvant s'attacher à un maintien temporaire de ses effets, il appartient au juge administratif – après avoir recueilli sur ce point les observations des parties et examiné l'ensemble des moyens d'ordre public ou invoqués devant lui, pouvant affecter la légalité de l'acte en cause – de prendre en considération, d'une part, les conséquences de la rétroactivité de l'annulation pour les divers intérêts publics ou privés en présence et, d'autre part, les inconvénients que présenterait, au regard du principe de légalité et du droit des justiciables à un recours effectif, une limitation dans le temps des effets de l'annulation. Il lui revient d'apprécier, en rapprochant ces éléments, s'ils peuvent justifier qu'il soit dérogé au principe de l'effet rétroactif des annulations contentieuses et, dans l'affirmative, de prévoir dans sa décision d'annulation, ou, lorsqu'il a décidé de surseoir à statuer sur cette question, dans sa décision relative aux effets de cette annulation, que, sous réserve des actions contentieuses engagées à la date de sa décision prononçant l'annulation contre les actes pris sur le fondement de l'acte en cause, tout ou partie des effets de cet acte antérieurs à son annulation devront être regardés comme définitifs ou même, le cas échéant, que l'annulation ne prendra effet qu'à une date ultérieure qu'il détermine.

En l'espèce, il y aurait lieu d'annuler le décret attaqué et de prévoir dans la décision d'annulation que celle-ci ne prendra effet qu'à l'issue d'un délai de 6 mois au cours duquel il appartiendra au pouvoir réglementaire de mettre en œuvre une nouvelle procédure consultation et d'adoption du tableau de maladie professionnel des affections liées au SARS-CoV2.

### **III. - SUR LA LEGALITE INTERNE**

#### **III.1.- EN DROIT**

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* ».

Le troisième alinéa de cet article précise qu'« *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractées dans les conditions mentionnées à ce tableau* ».

De plus, l'alinéa 2 de l'article L 461-2 du code de la sécurité sociale dispose : « *Des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes mentionnées qui sont présumées avoir une origine*

**professionnelle lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérées par ces tableaux ».**

Dans ses conclusions sous l'arrêt *Fnath et Association des accidentés de la vie* (CE, 18 juillet 2018, n°412153, conclusions consultables sur la base en ligne du Conseil d'Etat ArianeWeb), M. le Rapporteur public Charles Touboul rappelait que le Conseil d'Etat vérifie l'exacte application des dispositions des articles L. 461-1 et L. 461-2 du code de la sécurité sociale et exerce sur la définition réglementaire des maladies professionnelles un contrôle normal (et non un contrôle restreint) compte tenu de l'état des connaissances et des difficultés inhérentes à ce type de détermination (voir les arrêts cités par M. Touboul CE, 27 octobre 2008 Société Arcelor France, n°296339, rec. ; CE, 27 nov. 2013, n°354920, CFDT et autres, précité).

L'administration est en situation de compétence liée de telle sorte qu'il lui appartient au travers des conditions fixées dans les tableaux de maladies professionnelles de déterminer les critères – à l'exclusion de tout autre - permettant de caractériser le caractère professionnel d'une pathologie.

### III.2 – SUR LA DESIGNATION DE L'AFFECTION FIGURANT DANS LE TABLEAU N°100

L'article 1<sup>er</sup> du décret du 15 septembre 2020 insère dans le code de la sécurité social un tableau n° 100 intitulé « **affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-COV2** ».

La désignation de la maladie se fonde en l'espèce sur trois critères :

1) Le premier lié à « une affection respiratoire aiguë » combine siège au niveau de l'appareil respiratoire et type de la maladie, (**étant rappelé que la maladie aigüe est une altération de l'état général de santé, caractérisée par des symptômes identifiés, une évolution puis une guérison par opposition à la maladie chronique, évolutive et ayant tendance à s'aggraver progressivement sur le long terme**).

Ce critère fait difficulté dans la mesure où il est insuffisant pour décrire les autres manifestations de la maladie (vasculaires, digestives, neurologiques,... ), qu'elles soient primaires ou secondaires à l'affection respiratoire aigüe (**II.2.2**).

2) Le second critère se fonde logiquement sur l'existence d'un lien avec une infection au SARS-CoV2, confirmé par :

- i. examen biologique
- ii. ou scanner
- iii. ou, à défaut, par une histoire clinique documentée (compte rendu d'hospitalisation, documents médicaux).

De fait, la confirmation de l'étiologie d'une affection désignée par un tableau de maladie professionnelle est un critère banal des tableaux de maladie professionnelle.

Ce point n'est pas discuté.

3) Le troisième critère est en revanche plus composite et inhabituel.

Ce critère se fonde sur les traitements mis en œuvre au moment de la phase aiguë de la pathologie (mise en œuvre d'une oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance ventilatoire, attestée par des comptes rendus médicaux) ou sur le décès de la victime.

Ce critère est présenté par le pouvoir réglementaire comme un critère de gravité de la pathologie.

Notons immédiatement que ce critère est ainsi radicalement illégal dans la mesure où il ne constitue ainsi ni un élément de caractérisation de la pathologie ni un élément de diagnostic différentiel par rapport à une autre pathologie.

De surcroît, à croire qu'un critère de gravité serait légal au stade de la désignation de la pathologie, le critère choisi serait en l'occurrence inadéquate pour décrire cette gravité (**II.2.3**).

Avant d'examiner la légalité du premier et du troisième critère, comparons la désignation fixée par le décret attaqué et celles des tableaux existant des maladies infectieuses.

### III.2.1. SUR LES CRITERES HABITUELS DE DESIGNATION DES MALADIES INFECTIEUSES

Le guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale de l'INRS recense les tableaux des maladies infectieuses et parasitaires telles que mentionnées à l'article L461-2 alinéa 2 du code de la sécurité sociale (*pièce n°16* : <https://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-835/ed835.pdf>, p.62 à 64).

Il ressort de l'examen de ces tableaux (retranscrit ci-après) :

- d'une part que le pouvoir réglementaire désigne habituellement les maladies infectieuses en visant deux critères :
  - o soit l'affection de manière générale désignée par son nom (*critère 1*) ;
  - o soit l'affection et de manière exhaustive l'ensemble de ses manifestations principales, secondaires et tertiaires (*critère 1*)
  - o ceci, le cas échéant, avec une confirmation du diagnostic par des examens spécifiques (*critère 2*) ;
- d'autre part qu'aucune de ces désignations ne mentionne le décès ou un critère de gravité pour restreindre l'application du principe d'imputabilité.

N°	NOM DU TABLEAU	DESIGNATION	COMMENTAIRE
RG 7	Tétanos professionnel	Tétanos en dehors des cas consécutifs à un accident du travail	La pathologie est simplement décrite par son nom
RG 18	Charbon	Pustule maligne. Œdème malin. Charbon gastro-intestinal. Charbon pulmonaire. (En dehors des cas considérés comme accidents du travail.)	Le tableau décrit plusieurs pathologies sans exigence particulière de degré de gravité
RG 19	Spirochétoses (à l'exception des tréponématoses)	A-Toute manifestation clinique de leptospirose provoquée par <i>Leptospira interrogans</i> . La maladie doit être confirmée par identification du germe ou à l'aide d'un sérodiagnostic d'agglutination, à un taux considéré comme significatif.	Le tableau 19A désigne la pathologie par référence la bactérie <i>Leptospira interrogans</i> et vise "toutes ses manifestations".
RG 19	Spirochétoses (à l'exception des tréponématoses)	B - Les manifestations cliniques suivantes de Borreliose de Lyme : 1. Manifestation primaire : Erythème migrant de Lipschutz, avec ou sans signes généraux. 2. Manifestations secondaires Troubles neurologiques : méningite lymphocytaire, parfois isolée ou associée à : - douleurs radiculaires ; - troubles de la sensibilité ; - atteinte des nerfs périphériques et crâniens (syndrome de Garin-Bujadoux-Bannwarth). Troubles cardiaques : troubles de la conduction ; péricardite. Troubles articulaires : oligoarthrite régressive. 3. Manifestations tertiaires : - encéphalomyélite progressive ; - dermatite chronique atrophiante ; - arthrite chronique destructive. Pour les manifestations secondaires et tertiaires, le diagnostic doit être confirmé par une sérologie, à un taux considéré comme significatif pour un des sous-groupes génomiques de <i>Borrelia burgdorferi</i> .	Le tableau 19B démontre si il en était besoin que rien ne s'oppose à la description des différentes manifestations d'une pathologie.

RG 24	Brucelloses professionnelles	<p>Brucellose aiguë avec septicémie : Tableau de fièvre ondulante sudoro- algique ; Tableau pseudo-grippal ; Tableau pseudo-typhoïdique.</p> <p>Brucellose subaiguë avec focalisation ; Monoarthrite aiguë fébrile, polyarthrite ; Bronchite, pneumopathie ; Réaction neuroméningée ; Formes hépato-spléniques subaiguës.</p> <p>Brucellose chronique : Arthrite séreuse ou suppurée, ostéo- arthrite, ostéite, spondylodiscite, sacrocoxite ; Orchite, épидидymite, prostatite, salpingite ; Bronchite, pneumopathie, pleurésie sérofibrineuse ou purulente ; Hépatite ; Anémie, purpura, hémorragie, adénopathie ; Néphrite ; Endocardite, phlébite ; Réaction méningée, méningite, arachnoïdite, méningo-encéphalite, myélite, névrite radiculaire ; Manifestations cutanées d'allergie ; Manifestations psychopathologiques : Asthénie profonde associée ou non à un syndrome dépressif.</p>	<p>Le tableau décrit la pathologie et ses très nombreuses manifestations sans exigence de traitement thérapeutique par oxygénothérapie ou assistance ventilatoire pour les manifestations pulmonaires.</p>
RG 40	Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques	<p>-A- Affections dues à <i>Mycobacterium bovis</i> : - tuberculose cutanée ou sous-cutanée ; - tuberculose ganglionnaire ; - synovite, ostéo-arthrite ; - autres localisations.</p> <p>A défaut de preuves bactériologiques, le diagnostic devra s'appuyer sur des examens anatomo-pathologiques ou d'imagerie, ou à défaut, par traitement d'épreuve spécifique.</p> <p>-B- Affections dues à <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>Mycobacterium bovis</i>, <i>Mycobacterium africanum</i> : - infection tuberculeuse latente ; - tuberculose pulmonaire ou pleurale ; - tuberculose extra thoracique.</p> <p>L'infection tuberculeuse latente sera attestée par l'évolution des tests tuberculiques (IDR et/ou IGRAs).</p> <p>L'étiologie des autres pathologies devra s'appuyer, à défaut de preuves bactériologiques, sur des examens anatomo-pathologiques ou d'imagerie, ou à défaut, par traitement d'épreuve spécifique.</p>	<p>La pathologie est désignée par référence à ses manifestations et à des bactéries <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>Mycobacterium bovis</i>, <i>Mycobacterium africanum</i> identifiées aumoyn d'examen</p>

		<p>-C- Infections dues à <i>Mycobacterium avium intracellulare</i>, <i>Mycobacterium kansasii</i>, <i>Mycobacterium xenopi</i> :</p> <p>- pneumopathies chroniques dont l'étiologie doit être confirmée par des examens bactériologiques.</p> <p>-D- Affections cutanées dues à <i>Mycobacterium marinum</i> et fortuitum :</p> <p>- infection cutanée granulomateuse ulcéreuse prolongée dont l'étiologie doit être confirmée par des examens bactériologiques.</p>	
RG 46	Mycoses cutanées	<p>La nature mycosique de l'atteinte doit être confirmée par examen direct et culture.</p> <p>A. Mycoses de la peau glabre Lésions érythémato-vésiculeuses et squameuses, circinées, appelées encore herpès circiné.</p> <p>B. Mycoses du cuir chevelu Plaques squameuses du cuir chevelu supportant un mélange de cheveux sains et de cheveux cassés courts, accompagnés quelquefois d'une folliculite suppurée (Kérion).</p> <p>C. Mycoses des orteils Lésions érythémato-vésiculeuses et squameuses avec fissuration des plis interdigitaux, ou aspect blanc nacré, épaissi de l'épiderme digital ou interdigital, accompagné ou non de décollement, de fissures épidermiques. Ces lésions peuvent atteindre un ou plusieurs orteils, s'accompagner éventuellement d'onyxis (généralement du gros orteil).</p>	La description porte sur les formes prises par les mycoses.
RG 53	Affections dues aux rickettsies	<p>A. - Rickettsioses :</p> <p>B. - Fièvre Q :</p> <p>Manifestations cliniques aiguës. Manifestations chroniques :</p> <p>- endocardite ; - hépatite granulomateuse.</p> <p>Pour tous les cas désignés en A et B, le diagnostic doit être confirmé par un examen de laboratoire spécifique.</p>	Le tableau désigne les manifestations aiguës et les manifestations chroniques
RG 54	Poliomyélites	Toutes manifestations de la poliomyélite antérieure aiguë	La désignation se borne à viser les manifestations de la pathologie
RG 55	Affections professionnelles dues aux amibes	Manifestations <u>aiguës</u> de l'amibiase, <u>notamment</u> hépatite amibienne, confirmées par la présence d'amibes du type <i>Entamoeba histolytica</i> ou de kystes amibiens dans les selles ou par les résultats positifs d'une méthode immunologique reconnue par l'OMS.	Le tableau se borne à décrire une pathologie aiguë et sa définition internationale
RG 56	Rage professionnelle	Toutes manifestations de la rage. Affections imputables à la séro- ou vaccinothérapie antirabique.	La désignation se borne à viser les manifestations de la pathologie
RG 68	Tularémie	Syndrome pouvant revêtir soit l'aspect, en tout ou partie, d'une des grandes	Le tableau vise largement les manifestations de la

		formes cliniques (brachiale, oculaire, pharyngée, pulmonaire ou typhoïde), soit un aspect atypique. Dans tous les cas, le diagnostic sera authentifié par un examen sérologique spécifique.	pathologie même atypiques sous condition d'authentification par un examen.
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	B. - Infections dues aux pseudomonas aeruginosa - septicémie ; - localisations viscérales, cutanéomuqueuses et oculaires, avec mise en évidence du germe et typage du pseudomonas aeruginosa.	Le tableau se borne à décrire l'affection sans mentionner aucun critère particulier comparable à celui du nouveau tableau n°100
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	C. - Infections dues aux entérobactéries Septicémie confirmée par hémoculture.	Le tableau se borne à décrire l'affection sans mentionner aucun critère particulier comparable à celui du nouveau tableau n°100
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	D. - Infections dues aux pneumocoques Manifestations cliniques de pneumococcie : - pneumonie ; - broncho-pneumonie ; - septicémie ; - méningite purulente, confirmées par isolement bactériologique du germe ou par les résultats positifs d'une recherche des antigènes solubles.	Le tableau se borne à décrire une affection pulmonaire avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen sans exigence de traitement par oxygénothérapie ou d'assistance ventilatoire
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	E. - Infections dues aux streptocoques bêta-hémolytiques Manifestations cliniques de streptococcie : - otite compliquée ; - érysipèle ; - broncho-pneumonie ; - endocardite ; - glomérulonéphrite aiguë, confirmées par mise en évidence de streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A.	
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	F. - Infections dues aux méningocoques - méningite ; - conjonctivite, confirmées par mise en évidence de Neisseria meningitidis.	Le tableau se borne à décrire l'affection avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	G. - Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B confirmées par une hémoculture mettant en évidence la salmonelle en cause et par le sérodiagnostic de Widal	Le tableau se borne à décrire l'affection avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	H. - Dysenterie bacillaire confirmée par la mise en évidence de shigelles dans la coproculture et par la séroconversion.	Le tableau se borne à décrire l'affection sans mentionner aucun critère particulier comparable à celui du nouveau tableau n°100



RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	I. - Choléra confirmé bactériologiquement par la coproculture.	Le tableau se borne à décrire l'affection avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	J. - Fièvres hémorragiques (Lassa, Ebola, Marburg, Congo-Crimée) confirmées par la mise en évidence du virus et/ou la présence d'anticorps spécifiques à taux significatif.	Le tableau se borne à décrire l'affection avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	K. - Infections dues aux gonocoques Manifestations cliniques : - gonococcie cutanée ; - complications articulaires, confirmées par isolement bactériologique du germe.	Le tableau se borne à décrire l'affection avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	L. - Syphilis Tréponématose primaire cutanée confirmée par la mise en évidence du tréponème et par la sérologie.	Le tableau se borne à décrire l'affection avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	M. - Infections à Herpes virus varicellae Varicelle et ses complications : - complications de la phase aiguë : septicémie, encéphalite, neuropathie périphérique, purpura thrombopénique, pneumopathie spécifique, varicelle grave généralisée ; - complications dues à l'infection chronique par le virus : zona et ses manifestations cutanée, auriculaire, ophtalmique, méningée, neurologique périphérique, algies post-zostériennes chez une personne ayant été atteinte antérieurement d'une varicelle.	Le tableau décrit les complications de la phase aiguë et notamment une « pneumopathie spécifique » pour la varicelle et ses complications et ce sans recours à la «nécessité une oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance ventilatoire».
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu de soins	N - Gale Parasitose à Sarcoptes Scabiei avec prurit et éventuellement surinfection des atteintes cutanées dues au parasite. En dehors d'un contexte épidémique, l'affection devra être confirmée par l'identification des sarcoptes.	Le tableau se borne à décrire l'affection avec un critère de confirmation du diagnostic par un examen éventuel
RG 77	Périonyxis et onyxis	Atteinte des doigts : Inflammation périunguëale, douloureuse, d'origine infectieuse, accompagnée ou non de modifications de l'ongle telles que fissurations, striations, dentelures du bord libre, coloration brunâtre, onycholyse. Atteinte des orteils : Onyxis localisé habituellement au seul gros orteil, caractérisé par les déformations de l'ongle telles que destruction totale ou partielle, épaissement, striations, fissurations, accompagnée d'hyperkératose sous-ou péri-unguëale.	Le tableau 77 décrit essentiellement les formes prises par les mycoses
RG 80	Kératoconjunctivites virales	A. Kératite nummulaire sous-épithéliale.	Il s'agit d'une pure description

		<p>B. Kératite superficielle ulcéreuse avec conjonctivite associée.</p> <p>C. Conjonctivite hémorragique.</p> <p>D. Conjonctivite œdémateuse avec chémosis.</p> <p>E. Conjonctivite folliculaire avec ou sans participation cornéenne.</p>	
RG 86	Pasteurelloses	<p>Manifestations cliniques aiguës de pasteurellose par inoculation (en dehors des cas considérés comme accidents du travail).</p> <p>Manifestations loco-régionales tardives. Toutes ces manifestations doivent être confirmées par un examen de laboratoire spécifique ou une intradermoréaction.</p>	Il s'agit à nouveau de manifestations et de leur confirmation par un examen.
RG 87	Ornithose-psittacose	<p>Pneumopathie aiguë.</p> <p>Formes typhoïdes avec troubles digestifs et états stuporeux.</p> <p>Formes neuroméningées.</p> <p>Dans tous les cas, la maladie doit être confirmée par l'isolement du germe ou par un examen sérologique spécifique de Chlamydia-psittaci.</p>	Il s'agit à nouveau de manifestations et de leur confirmation par un examen.
RG 92	Infections professionnelles à Streptococcus suis	<p>Méningite purulente avec bactériémie, accompagnée le plus souvent d'une atteinte cochléo-vestibulaire : surdité de perception uni- ou bilatérale, avec acouphènes et troubles de l'équilibre (vertiges et ataxie).</p> <p>Atteinte cochléo-vestibulaire aiguë et ses complications cochléaires (troubles de l'audition irréversibles).</p> <p>Septicémie isolée, tableau de coagulopathie intravasculaire disséminée.</p> <p>Arthrites inflammatoires ou septiques.</p> <p>Endophtalmie, uvéite.</p> <p>Myocardite.</p> <p>Pneumonie, paralysie faciale.</p> <p>Endocardite.</p> <p>Dans tous les cas, il est nécessaire de mettre en évidence le Streptococcus suis et de procéder à son typage.</p>	Il s'agit à nouveau de la désignation des différentes méningites et de leur confirmation par un examen.
RG 96	Fièvres hémorragiques avec syndrome rénal dues aux agents infectieux du groupe hantavirus	<p>Infections aiguës par hantavirus, se traduisant par une insuffisance rénale aiguë ou un syndrome algique pseudo-grippal ou des manifestations hémorragiques, dont l'étiologie aura été confirmée soit par la mise en évidence du virus, soit par la présence d'anticorps spécifiques à un taux considéré comme significatif dans le sérum prélevé au cours de la maladie.</p>	Le tableau désigne une maladie aiguë et l'infection rénale aiguë avec une confirmation de son étiologie par un examen.

### III.2.2. SUR L'ERREUR D'APPRECIATION LIEE A LA DESIGNATION DE LA PATHOLOGIE SOUS LA FORME UNIQUE D'UNE AFFECTION RESPIRATOIRE AIGUË

En désignant la pathologie sous la forme unique d'une affection respiratoire aiguë, le pouvoir réglementaire a entaché le décret attaqué d'une erreur d'appréciation au regard des connaissances scientifiques acquises qui établissent les formes multiples des manifestations des infections au SARS-CoV2 qu'il s'agisse de complications cardiovasculaires, rénales et neurologiques (*pièces n°7 à 19*).

Il résulte en particulier des publications de l'INSERM que :

- « *chez certains la maladie restera complètement asymptomatique jusqu'à sa guérison. D'autres auront des symptômes plus ou moins importants (fatigue, fièvre, toux, perte du goût et de l'odorat...) mais leur système immunitaire leur permettra de guérir tout seul, sans traitement spécifique* » (*pièce n°8 : « Covid-19 : plusieurs évolutions possibles et différentes approches thérapeutiques à l'étude »*) ;
- « *les connaissances sur le Covid-19, acquises au fil de l'épidémie, ont rapidement permis d'observer que l'infection n'avait pas uniquement une incidence respiratoire : elle a aussi fréquemment des conséquences vasculaires* (...) « *cela conduit à penser que, au-delà d'être une maladie respiratoire, le Covid-19 pourrait donc être une maladie vasculaire* » (*pièce n°9 : « Covid-19 : un dosage sanguin pour prédire le risque de complications vasculaires »*) ;

Aux termes du communiqué de l'Académie Nationale de Médecine du 2 juin 2020 « *Suivi des patients convalescents de la Covid-19 par le médecin généraliste* » :

*« les patients atteints de Covid-19, dont l'état clinique ne justifie pas l'hospitalisation, présentent des tableaux polymorphes associant de façon variable des signes respiratoires, des manifestations d'allure grippale et des symptômes associés plus ou moins évocateurs (anosmie, aguesie, pseudo-engelures, troubles digestifs, atteinte neurologique). Le suivi de ces patients impose de détecter rapidement l'apparition de signes de gravité, en particulier cardio-respiratoires, nécessitant l'hospitalisation et parfois une prise en charge en service de réanimation »* (*pièce n°10*).

Il en ressort un tableau multiple qui ne saurait être résumé aux manifestations respiratoires nécessitant de surcroît « *une oxygénothérapie ou toute forme d'assistance ventilatoire* », ce qui exclut toute autre forme de la maladie telle que provoquée par une infection au SRAS-COV-2.

Le même communiqué poursuit à propos des victimes qui ne sont pas hospitalisées :

*« chez les malades pris en charge en milieu ambulatoire, la plupart de ces manifestations disparaissent en quelques semaines avec la guérison. Toutefois, plusieurs patients signalent la persistance ou la résurgence de certains symptômes, notamment l'anosmie, les sensations de gêne respiratoire, les dysesthésies des extrémités et une fatigabilité intense. Des troubles psychologiques s'apparentant au syndrome de stress post-traumatique avec angoisse de mort, liés à l'isolement et au confinement sont souvent associés. Le suivi des patients convalescents requiert une attention particulière envers ces manifestations récurrentes pour ne pas méconnaître d'autres affections aiguës non liées à la Covid-19 (infarctus du myocarde, maladie thrombo-embolique...), surtout en présence de comorbidités »* (*pièce n°10*).

Un autre communiqué de l'Académie Nationale de Médecine du 14 juillet 2020 « **Séquelles de la Covid-19** » ajoute :

**« Les séquelles, y compris psychiques, de la Covid-19 sont, des atteintes organiques post-phase aiguë, non ou peu réversibles, ou des troubles mal étiquetés survenant après la guérison.**

**Le poumon est souvent atteint et une fibrose pulmonaire interstitielle peut persister après une phase aiguë ayant paru sans gravité. Elle est due à la production accrue de cytokines, à l'hyperpression dans les voies respiratoires liée à la ventilation, ou à l'anoxie due à un déséquilibre entre besoins et apport d'oxygène. La fibrose cause un déclin de la fonction respiratoire, une extension des lésions au scanner et une sensibilité accrue aux infections respiratoires (...) » (pièce n°11).**

Il en ressort que l'affection peut se manifester sous une forme respiratoire grave alors que la phase aiguë de la maladie a pu paraître sans gravité et qu'elle n'aura pas nécessité le recours à une assistance respiratoire. Or, on ne retrouve aucune trace de cette notion de fibrose dans la désignation des maladies du tableau n° 100.

L'Académie ajoute :

**« Fréquente en phase aiguë, protéinurie, hématurie microscopique et élévation modérée de la créatinine traduisent l'atteinte rénale. Pour évaluer les lésions tubulaires, le KIM-1 et le NGAL sont à utiliser. Des insuffisances rénales aiguës réversibles, en rapport avec des troubles hydro-électrolytiques, ont été observées. Les atteintes tubulaires causent une nécrose qui peut conduire à une insuffisance rénale chronique terminale, dans une évolution silencieuse, qui impose une surveillance prolongée.**

**L'atteinte cérébrale peut être liée au virus ou résulter d'une anoxie chez les malades ventilés, d'accidents vasculaires cérébraux, ou d'une encéphalomyélite aiguë disséminée auto-immune qui, si elle atteint les nerfs périphériques et le diaphragme peut aggraver les troubles respiratoires. Des atteintes du tronc cérébral ont le même effet (...)**

**Après une phase aiguë souvent courte, des troubles mal étiquetés peuvent être observés. La recherche du virus est négative. La présence d'Ig G spécifiques confirme l'infection antérieure. Episodiques ou prolongés, les symptômes sont : malaise général, douleurs musculaires, arthralgies, fatigue au moindre effort, perte de la mémoire et, parfois, accès de tachycardie (...) » (pièce n°11).**

Sans faire de distinction entre les victimes ayant « **nécessité une oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance ventilatoire** », l'Académie décrit des multiples manifestations de l'infection au SARS-CoV2 qui ne figurent pourtant pas dans le tableau n°100 dans un autre article du 15 juillet 2020 :

**« Les atteintes respiratoires résiduelles : le poumon est l'organe le plus fréquemment atteint à la phase aiguë de la maladie et les épidémies dues à d'autres coronavirus comme le Sars-CoV et le Mers-CoV ont montré qu'une fibrose pulmonaire pouvait persister après l'infection initiale.**

**La fibrose pulmonaire interstitielle est la conséquence fréquente de la détresse respiratoire observée à la phase aiguë de la maladie. Elle peut aussi résulter d'une phase aiguë de la maladie qui semblait pourtant peu grave. Elle est surtout attribuée à la production accrue de cytokines pro-inflammatoires, conséquence indirecte de l'infection virale. D'autres facteurs peuvent intervenir, comme l'hyperpression dans les voies respiratoires faisant suite à la ventilation artificielle et l'anoxie liée à un déséquilibre entre les besoins en oxygène et le volume qui en est fourni.**

**Elle est caractérisée par un déclin progressif de la fonction respiratoire, une extension des lésions visibles sur la tomographie thoracique, une sensibilité accrue aux infections**

**respiratoires. Même un faible degré de fibrose résiduelle peut accroître la mortalité chez les sujets âgés.**

**Les atteintes cardiaques : une myocardite inflammatoire avérée par l'élévation de la troponine et du BNP (« B-type natriuretic peptide ») est fréquemment retrouvée chez les malades traités en soins intensifs et peut conduire à une insuffisance ventriculaire gauche. Un infarctus du myocarde peut survenir en rapport avec une rupture de plaque favorisée par l'infection ou une anoxie prolongée. Une insuffisance ventriculaire droite secondaire à une hypertension artérielle pulmonaire conséquence de la fibrose respiratoire et/ou d'embolies pulmonaires à la phase aiguë est également possible. Des troubles du rythme sont parfois observés, dont des extrasystoles, une tachyarythmie ventriculaire et une fibrillation auriculaire. Insuffisance cardiaque, nécrose myocardique et troubles du rythme persistent après la sortie de la phase aiguë et réclament surveillance prolongée et traitement approprié.**

**Les atteintes rénales : une protéinurie, une hématurie microscopique et une élévation modérée de la créatininémie sont fréquentes à la phase aiguë, traduisant une atteinte rénale. Le dosage de la créatinine étant un marqueur de la diminution de la filtration glomérulaire plus que des lésions tubulaires, des marqueurs plus spécifiques comme le KIM-1 (« kidney injury molecule-1 ») et le NGAL (« neutrophil gelatinase associated lipocain ») doivent être utilisés. Des insuffisances rénales aiguës réversibles en rapport avec des troubles hydro-électrolytiques ont été observées. Les atteintes directes liées au virus se traduisent par une nécrose des cellules épithéliales tubulaires inconstamment réversible pouvant conduire à une insuffisance rénale chronique terminale. L'évolution vers l'insuffisance rénale chronique étant toujours silencieuse, les malades ainsi atteints doivent être surveillés sur une longue période.**

**Les atteintes directes ou indirectes du système nerveux central : l'atteinte cérébrale peut être directement liée au virus ou plus souvent la conséquence d'une anoxie prolongée chez les malades sous ventilation artificielle, d'accidents vasculaires cérébraux, ou d'un syndrome auto-immun comme l'encéphalomyélite aiguë disséminée qui, s'il s'accompagne de troubles périphériques et touche le diaphragme, peut aggraver les troubles respiratoires. On a décrit aussi des atteintes du tronc cérébral qui contribuent aux difficultés respiratoires.**

**Les sarcopénies sont quasi constantes chez les malades immobilisés plusieurs semaines en soins intensifs, ce qui nécessitera une rééducation prolongée lors de la convalescence.**

**Les troubles mal étiquetés prolongeant la convalescence ou survenant à distance : on a pu constater que des malades apparemment sortis de l'épisode aigu nécessitaient une convalescence prolongée ou se plaignaient de nouveaux symptômes après une période de rémission. L'infection initiale a été souvent courte et a guéri spontanément. La négativité des tests de recherche du virus permet d'éliminer une réinfection et la présence d'IgG spécifiques pour le SARS-Cov2 confirme l'infection antérieure. Les troubles dont se plaignent ces sujets sont un malaise général, des douleurs musculaires, des arthralgies, de la fatigue au moindre effort physique ou intellectuel, une perte de la mémoire et, parfois, des accès de tachycardie. L'examen clinique reste négatif à part souvent une perte de poids traduisant une dénutrition. Ces troubles sont le plus souvent épisodiques, mais ont parfois un caractère prolongé. Le traitement en est difficile, à part la prescription de paracétamol, le soutien psychologique et la correction d'une éventuelle dénutrition par un diététicien. Il est difficile de faire la part de ce qui revient aux suites du Covid-19 ou à d'autres causes, comme c'est le cas dans le syndrome post-boréliose de la maladie de Lyme.**

**Les séquelles psychiques : les séquelles psychiques sont à craindre chez les patients, les soignants et les victimes du confinement.**

**Chez les patients, ceux sortant de réanimation avec ventilation assistée et sédation profonde, puis d'une longue convalescence, sont intensément marqués. En plus de la récupération fonctionnelle des organes atteints, ils ont besoin d'un soutien psychologique leur permettant de retrouver un travail et une vie sociale normale. Ceux qui ont guéri spontanément en ont aussi parfois besoin, lorsqu'ils souffrent des troubles divers et mal étiquetés considérés plus haut » (pièce n°12).**

Ces constats relatifs aux multiples manifestations de l'infection au SARS-CoV2 sont partagés par l'Institut Pasteur :

***« la durée de l'incubation est en moyenne de 5 jours, avec des extrêmes de 2 à 12 jours. L'installation des symptômes se fait progressivement sur plusieurs jours, contrairement à la grippe qui débute brutalement.***

***Les premiers symptômes sont peu spécifiques : maux de tête, douleurs musculaires, fatigue. La fièvre et les signes respiratoires arrivent secondairement, souvent deux ou trois jours après les premiers symptômes.***

***Dans les premières études descriptives provenant de Chine, il s'écoule en moyenne une semaine entre l'apparition des premiers symptômes et l'admission à l'hôpital à la phase d'état de la maladie. A ce stade, les symptômes associent fièvre, toux, douleurs thoraciques et gêne respiratoire et la réalisation d'un scanner thoracique montre presque toujours une pneumonie touchant les deux poumons. D'autres signes cliniques ont été décrits depuis les premières études : des signes d'atteinte du système nerveux central s'exprimant en particulier chez les personnes âgées sous la forme d'une désorientation ; des pertes brutales du goût ou/et de l'odorat, événements qui surviennent chez 30 à 50 % des adultes infectés et qui sont très prédictifs du Covid-19.***

***Selon l'Institut Pasteur, « la gravité des signes cliniques nécessite le maintien à l'hôpital d'environ 20 % des malades et 5 % nécessitent une admission en réanimation. Les formes les plus graves sont observées principalement chez des personnes vulnérables en raison de leur âge (plus de 70 ans) ou de maladies associées » (pièce n°13).***

Quelle que soit la source (HCSP, INSERM, Institut Pasteur, CNAM ou Santé Publique France), les affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-COV2 ne comportent pas uniquement les manifestations liées à la « *nécessité [d']une oxygénothérapie ou [de] toute forme d'assistance ventilatoire* » mais comprennent de nombreuses autres manifestations pulmonaires, cardiaques, rénales, digestives, cérébrales...

En réalité, les symptômes impliquant la nécessité d'une oxygénothérapie ou de toute autre forme d'assistance ventilatoire ne constituent qu'une forme particulière des affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-COV2. Or, bien qu'il s'agisse, sans aucun doute, des symptômes parmi les plus graves de cette maladie, il y en a d'autres, tout aussi inquiétants et parfaitement décrits par l'INSERM, Santé Publique France, le HCSP, l'Institut Pasteur et l'Académie Nationale de Médecine, tels que fibroses pulmonaires, anosmies, agueusies, atteintes rénales, digestives et cérébrales, qui ont été occultés par le tableau n°100.

Il ressort de cet exposé que le décret encourt ainsi l'annulation en ce qu'il se borne à faire état d'une affection respiratoire aiguë sans mentionner les diverses manifestations primaires, secondaires ou tertiaires de la maladie telles que notamment les fibroses pulmonaires, anosmies, agueusies, atteintes rénales, digestives et cérébrales.

Certes, s'agissant de manifestations secondaires (ou tertiaire) des affections respiratoires aiguës répondant aux conditions de désignation, la Direction de la Sécurité Sociale a précisé qu'elles seraient prises en charges (*voir ci-avant p.6 point iii*).

Toutefois, ces affirmations ne sauraient couvrir l'illégalité du décret liée à son imprécision.

De surcroît, les manifestations primaires ne sont en toute hypothèse pas couvertes par la présomption d'imputabilité, ce qui conduit à ne pouvoir examiner leur prise en charge que dans les conditions du système de reconnaissance hors tableau qui requiert un taux d'IPP de 25% et la preuve d'un lien direct et essentiel.

### III.2.2 SUR L'ILLEGALITE DU CRITERE DE GRAVITE DE LA MALADIE

Le pouvoir réglementaire a en effet occulté toutes les formes ambulatoires ou non qui, on l'a vu, sont susceptibles de laisser des séquelles pulmonaires, rénales, cardiaques, etc.

Mais, de surcroît, le pouvoir réglementaire a ajouté à cette définition incomplète une condition présentée comme un critère de gravité de la maladie lié au décès de la victime ou à la mise en œuvre d'un moyen d'assistance respiratoire pendant la phase aigüe de la maladie.

Un tel critère est non seulement inhabituel puisqu'aucun autre tableau à notre connaissance ne fait référence à de telles conditions comme on l'a vu ; mais, il est encore parfaitement illégal et ce pour plusieurs motifs.

En premier lieu, il s'agit manifestement d'un critère prohibé dès lors qu'il ne constitue ni un élément de définition de la pathologie ni un élément d'un diagnostic différentiel d'une autre pathologie. Cette condition n'entre pas dans la logique de désignation de la maladie.

En second lieu, ce critère de gravité (illégal en soi) porte uniquement sur l'emploi de techniques d'assistance respiratoire de nature très diverses et uniquement pendant la phase aigüe de la maladie.

Il s'avère donc être un critère inadéquate pour apprécier la gravité de la maladie :

- ce critère ne préjuge pas en soit des séquelles que présentera la victime à l'issue de la mise en œuvre de ce traitement ;
- par ailleurs : certaines victimes peuvent ne pas bénéficier de ce moyen thérapeutique (par exemple celles qui ne sont pas hospitalisées) alors même qu'elles ont présenté un tableau d'insuffisance respiratoire ou qu'elles ont présenté d'autres manifestations grave de la pathologie.

Il convient de surcroît de s'interroger sur la pertinence d'un critère tiré de la gravité de la phase aiguë de la maladie pour l'ouverture des droits au titre de la reconnaissance d'une maladie professionnelle (*article 21 bis I de la loi du 13 juillet 1983 ; article 65 de la Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPE ; article 80 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH ; articles L417-8 et L417-9 du Code des communes*), à savoir :

- le congé pour invalidité temporaire imputable au service (c'est-à-dire le droit de conserver l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite (CITIS) ;
- le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ;
- l'allocation temporaire d'invalidité (ATI).

Il est possible également de s'interroger sur les justifications légales qui autoriseraient à priver les agents publics (et les travailleurs de manière générale) de l'accès à ces droits au motif d'une moindre gravité d'une pathologie professionnelle.

En effet, la gravité de la pathologie n'a vocation à être légalement prise en compte que dans le cadre :

- du taux d'incapacité de 25% ouvrant droit au système de reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles ;
- de la modulation de l'indemnisation due à l'agent (durée du CITIS, montant de l'ATI en fonction des séquelles évaluées dans le cadre de la fixation du taux d'incapacité de la victime).

L'enjeu est important puisqu'à défaut de mise en œuvre d'un moyen d'assistance respiratoire, l'ensemble des agents publics (qu'ils appartiennent ou non personnel soignant et assimilé) devra se placer sur le terrain de l'alinéa 7 de l'article L 461-1 du code de la sécurité sociale et justifier d'un taux d'incapacité de 25%.

Cette solution s'appliquerait à l'ensemble des victimes ayant présenté des graves séquelles qu'il s'agisse de fibrose pulmonaire, des séquelles d'anosmie, d'agueusie, des troubles rénaux ou même cardiaques.

Dans un tel cadre, l'annulation du décret relève également de la rupture d'égalité tiré de l'article 6 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789.

Il ressort de ce qui précède qu'il y a lieu d'annuler les dispositions du décret attaqué en tant que la désignation de la maladie comporte une condition liée à la nécessité de la mise en œuvre d'une oxygénothérapie ou toute forme d'assistance ventilatoire ou d'avoir entraîné la mort.



### III.3. - SUR LA LISTE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS CAUSEES PAR UNE INFECTION AU SARS-COV2

L'article L461-2 du code de la sécurité sociale dispose que « *Des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes mentionnées qui sont présumées avoir une origine professionnelle lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérés par ces tableaux.* ».

En l'espèce, il est possible de faire la présentation suivante de la liste établie par le pouvoir réglementaire :

**« 1) Tous travaux**

**1.1) accomplis en présentiel**

**1.2) par le personnel**

- i. de soins et assimilé,**
- ii. de laboratoire,**
- iii. de service,**
- iv. d'entretien,**
- v. administratif**
- vi. ou de services sociaux,**

**1.3) en milieu**

**1.3.1) d'hospitalisation à domicile**

**1.3.2) ou au sein des établissements et services suivants :**

- i. établissements hospitaliers, centres ambulatoires dédiés covid-19,**
- ii. centres de santé,**
- iii. maisons de santé pluriprofessionnelles, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,**
- iv. services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables,**
- v. services de soins infirmiers à domicile,**
- vi. services polyvalents d'aide et de soins à domicile,**
- vii. centres de lutte antituberculeuse, foyers d'accueil médicalisés,**
- viii. maisons d'accueil spécialisé, structures d'hébergement pour enfants handicapés,**
- ix. appartements de coordination thérapeutique,**
- x. lits d'accueil médicalisé,**
- xi. lits halte soins santé,**
- xii. centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie avec hébergement,**
- xiii. services de santé au travail,**
- xiv. centres médicaux du service de santé des armées,**
- xv. unités sanitaires en milieu pénitentiaire,**
- xvi. services médico-psychologiques régionaux,**
- xvii. pharmacies d'officine,**
- xviii. pharmacies mutualistes ou des sociétés de secours minières**

**2) Activités de soins et de prévention auprès des élèves et étudiants des établissements d'enseignement**

**3) Activités de transport et d'accompagnement des malades, dans des véhicules affectés à cet usage ».**

Ainsi, le pouvoir réglementaire a entendu limiter le bénéfice de la présomption d'imputabilité aux personnels soignants et assimilés.

Il existe parmi les personnels visés des différences d'exposition au risque puisque les personnels soignants n'ont pas tous été confrontés au même risque, ce qui est encore plus vrai pour les personnels administratifs.

Service	Nombre PES infectés	%
Médecine hors réanimation	5 232	26
Chirurgie	1 110	6
Obstétrique	350	2
Réanimation	526	3
SSR	1 448	7
SLD	851	4
Service médico-technique	830	4
Autre	3 707	18
Inconnu	6 058	30
<b>Total</b>	<b>20 112</b>	<b>100</b>

(<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>)

Cependant, sans doute faut-il comprendre (et sans doute est-il justifié) que l'ensemble des personnels mobilisés en présentiel sur le même lieu de travail soient astreints à une règle unique.

La justification de cette règle ne saurait pour autant légitimer que d'autres catégories d'agents et de travailleurs tout autant exposés soient écartés du bénéfice de la présomption.

Le point épidémiologique du 23 septembre 2020 établi par Santé Publique France fait ressortir que 22 % des foyers de transmission (clusters) figurent parmi les entreprises privées et publiques hors établissements de santé, entre le 9 mai et le 21 septembre 2020 (*pièce n° 17, page 15*).

Il en ressort également que « *les cinq secteurs des entreprises les plus à risque sont : l'industrie alimentaire (57 %), les transports terrestres et transports par conduite (20 %), la restauration (20 %), les activités sportives récréatives et de loisirs (17 %) et l'administration publique et défense (19 %)* ». ».

Le milieu scolaire et universitaire arrive à la 6ème place avec 16% des *clusters* investigués.

Le tableau 4 de la page 17 recense la répartition des clusters des entreprises présentant plus de 10 clusters, classés par proportion décroissante de clusters à criticité élevée.

**Tableau 2. Clusters par type de collectivités (hors Ehpad et milieu familial restreint), entre le 09 mai et le 21 septembre 2020, (N=2 442) (Source : MONIC)**

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=2 442	%	N=899	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	635	26	195	22
Milieu scolaire et universitaire	383	16	285	32
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	290	12	77	9
Etablissements de santé	273	11	97	11
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	197	8	16	2
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	106	4	25	3
EMS de personnes handicapées	89	4	48	5
Crèches	50	2	23	3
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	47	2	14	2
Transport (avion, bateau, train)	30	1	17	2
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	26	1	1	0
Etablissement pénitentiaires	25	1	7	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	19	1	8	1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	272	11	86	10

Selon une note d'analyse publiée en avril 2020 par France Stratégie (Commissariat général à la Stratégie et à la Prospective), certains métiers sont « **au front dans la crise, entre risque sanitaire et intensification du travail** ». France Stratégie expose que « **les professions dont l'activité est maintenue, non soumises à fermeture ou jugées essentielles, sont en première ligne pour répondre à l'urgence sanitaire, aux besoins de première nécessité ou pour assurer le fonctionnement des services publics. CE SONT 10,4 MILLIONS DE PERSONNES, PEU VULNERABLES ECONOMIQUEMENT, QUI EXERCENT LES METIERS DE SOINS, D'EDUCATION ET DE LA PROPRETE, LES METIERS REGALIENS (ARMEE, POLICE, POMPIERS), DE LA RELATION USAGER DES SERVICES ESSENTIELS (CAISSIERS, EMPLOYES DE LA FONCTION PUBLIQUE) OU DE L'AGROALIMENTAIRE (METIERS DE BOUCHE, PROFESSIONS AGRICOLES).**

**Ces métiers sont pour la plupart soumis à un risque infectieux par un contact direct avec le public : 73 % font habituellement face aux usagers, clients ou patients. Certains sont très exposés durant le confinement au risque sanitaire (soin, propreté, vente alimentaire), quand d'autres, dont l'activité est actuellement ralentie ou faite à distance, le seront avec le déconfinement (vente non alimentaire, enseignement, garde d'enfants, etc.). Cette singularité professionnelle est susceptible d'aggraver des conditions de travail déjà jugées difficiles par certains professionnels, avec une part d'horaires atypiques plus élevée que la moyenne et une charge mentale forte, notamment parmi les professionnels de santé et d'éducation** » (pièce n° 20).

Hormis les personnels soignants et assimilés, il ressort des données de Santé Publique France et de la note de France Stratégie précitées que les métiers de première lignes présentant un risque infectieux par contact direct avec le public ont bien été écartés à tort de la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies (sans ordre de priorité) :

- les métiers de l'éducation ;
- les métiers régaliens tels que ceux de la police, de l'administration pénitentiaire voire des pompiers dans la mesure où ils ne seraient pas en mesure de justifier d'activités de transports et d'accompagnement des malades dans des véhicules affectés à cet usage ;
- les métiers de la fonction publique en contact régulier avec le public ;
- les agents publics affectés à la propreté, à l'enlèvement des déchets et aux travaux insalubres.

Cette inscription s'impose d'autant plus que les employeurs publics sont loin d'avoir été exemplaires en ce qui concerne la mise en œuvre des mesures de protection en particulier la fourniture des équipements de protection individuelle.

L'annulation de l'article 1 du décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 en tant que la liste limitative des travaux susceptible de provoquer les affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-CoV2 ne comporte pas les activités soumises à un risque infectieux par un contact direct avec le public.

#### III.4 - SUR LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX COMITES REGIONAUX DE RECONNAISSANCE DE MALADIES PROFESSIONNELLES

Si les fonctionnaires relèvent en principe des commissions de réforme, les agents contractuels relèvent pour leur part des CRRMP.

Or, l'article 3 du décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 dispose :

**« Par dérogation à l'article D. 461-26, aux six premiers alinéas de l'article D. 461-27 et à l'article D. 461-28 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux articles D. 751-34, D. 751-35, D. 752-9 et D. 752-10 du code rural et de la pêche maritime, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut, en application du 3° de l'article L. 221-3-1 du code de la sécurité sociale, confier à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles l'instruction de l'ensemble des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle liées à une contamination au SARS-CoV2 et comprenant :**

**1° Un médecin-conseil relevant du service du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie ou de la direction du contrôle médical et de l'organisation des soins de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ou d'une des caisses locales, ou un médecin-conseil retraité ;**

**2° Un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, réanimation ou infectiologie, en activité ou retraité, ou un médecin du travail, en activité ou retraité, remplissant les conditions prévues à l'article L. 4623-1 du code du travail, nommé pour quatre ans et inscrit sur une liste**

***établie par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé. Il perçoit une rémunération dans les conditions mentionnées au 3° de l'article D. 461-27 du code de la sécurité sociale ».***

Cet article autorise le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie de confier à un CRRMP d'exception l'instruction de tous les cas de reconnaissance de maladies professionnelles liées à une infection au SARS-CoV2.

L'institution de ce CRRMP unique composé d'un nombre pair ( !) et restreint de 2 membres ne peut que susciter l'inquiétude pour les personnels concernés au regard de ses capacités à trancher les dossiers et à faire face au stock important attendu compte tenu de l'ampleur de l'épidémie.

Rappelons à cet effet que ce CRRMP aurait vocation à instruire l'ensemble des maladies :

- désignées par le tableau et déclarées par les personnels non soignant ;
- non désignées par le tableau et déclarées par les personnels soignant ou non.

De plus, aucun motif de droit ou de fait ne paraît à cet égard justifier qu'il soit dérogé aux dispositions de l'article D461-27 du code de la sécurité sociale qui fixe la composition des CRRMP de droit commun :

***« 1° Le médecin-conseil régional mentionné à l'article R. 315-3 du code de la sécurité sociale ou un médecin-conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter ;***

***2° Le médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L. 612-1 du code du travail ou le médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter ;***

***3° un professeur d'université-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans par le préfet de région sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales ».***

Le décret attaqué supprime la présence pourtant indispensable des médecins-inspecteurs du travail compte tenu de leurs fonctions et de leur connaissance de terrain relative aux expositions professionnelles (***article L 612-1 du code du travail : « Les médecins inspecteurs du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs au lieu de leur travail et participent à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs. Leur action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux du travail prévus aux articles L. 241-1 et suivants. Les médecins inspecteurs du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec eux à l'application de la réglementation relative à la santé au travail »***).

Rien ne saurait justifier ces dispositions d'exception applicables aux victimes du SARS-CoV2 et la rupture d'égalité qui en résulte entre victime de maladies professionnelles liées ou non à ce virus.

De plus, le pouvoir réglementaire délégué issue de l'alinéa 8 de l'article L 461-1 du code de la sécurité sociale (qui dispose que ***« 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. »***) n'autorise en cas la création d'un CRRMP national d'exception.

L'article L461-1 alinéa du code de la sécurité social est clair et dispose que « *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.* ».

Il ne peut y avoir de comité national.

Au surplus, le pouvoir règlementaire ne saurait déléguer au Directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie un pouvoir discrétionnaire de création d'un CRRMP unique (il « peut » ou non « confier » à un CRRMP unique).

A tous égards, l'annulation de l'article 3 du décret attaqué s'impose.

#### **IV. - SUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE L761-1 DU CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE**

Enfin, il serait inéquitable de laisser à la charge des requérants les frais qu'ils ont dû engager dans le cadre de la présente instance.

L'UIAFP FO demande à ce titre qu'une somme de 5.000 € soit mise à la charge de l'Etat en application de l'article L 761-1 du Code de justice administrative.

#### **PAR CES MOTIFS**

Les requérants concluent qu'il plaise au Conseil d'Etat :

**ANNULER** les articles 1<sup>er</sup> et 2 du décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 :

- en tant que la désignation des maladies des tableaux n° 100 et 60 ne comprend que les « *affections respiratoires aiguës causées par une infection au SARS-Cov2 (...) ayant nécessité une oxygénothérapie ou toute forme d'assistance ventilatoire (...) ou ayant entraîné la mort* », et ne correspond donc pas à la définition exacte des affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS CoV-2, en l'état des connaissances scientifiques acquises ;
- en tant que la liste limitative des travaux ne prend pas en compte l'ensemble des catégories de salariés confrontés de façon habituelle à du public et qu'elle comporte ;

**ANNULER** l'article 3 du décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 ;

#### **EN TOUTE HYPOTHESE, EN CAS D'ANNULATION TOTALE DU DECRET**

**PREVOIR** dans la décision d'annulation que celle-ci ne prendra effet qu'à l'issue d'un délai de 6 mois au cours duquel il appartiendra au pouvoir règlementaire de mettre en œuvre une nouvelle procédure consultation ;

**METTRE à la charge** de l'Etat la somme de 5.000 euros en application des dispositions de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative.

Maître Julien Brault  
Avocat au Barreau de Paris  
Fait à Paris, le 13 novembre 2020

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

## CONSEIL D'ETAT

### INVENTAIRE DES PRODUCTIONS JOINTES A LA REQUETE

**POUR :**

- 1) L'Union Interfédérale des Agents de la Fonction Publique Force Ouvrière
- 2) Monsieur Christian Grolier
- 3) Monsieur Claude Simoneau
- 4) Monsieur Dominique Regnier
- 5) Monsieur Didier Birig

**Avant tous pour avocat :** Maître Julien BRAULT  
Avocat au Barreau de Paris  
62 rue de Caumartin - 75009 Paris  
Tel : 01 84 03 01 06 - [cabinet@brault.paris](mailto:cabinet@brault.paris)

**CONTRE :** Le décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 publié au Journal Officiel de la République Française le 15 septembre 2020 (texte 10 sur 80 ; NOR : SSAS2020405D) (*pièce n°1*).

- Pièce n° 1 : Décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2
- Pièce n° 2 : Statuts de l'UIAFP et récépissé de dépôt
- Pièce n° 3 : Mandats des requérants devant le Conseil d'Etat
- Pièce n° 4 : Avis de la CS4 du COCT du 7 juillet 2020
- Pièce n° 5 : Avis de la CATMP de la CNAM du 8 juillet 2020
- Pièce n° 6 : Communiqués de Presse et expressions FO
- 6-1 Communiqué de presse confédéral du 15 septembre 2020
  - 6-2 Communiqué de presse FO SPS du 15 septembre 2020
  - 6-3 Lettre FSMI FO du 15 septembre 2020
  - 6-4 Compte rendu CCPE FO Défense du 6 novembre 2020
  - 6-5 Compte rendu FGF FO de la réunion avec la ministre de la fonction publique du 15 septembre 2020
- Pièce n° 7 : Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19 du 20 avril 2020
- Pièce n° 8 : Article Covid-19 : plusieurs évolutions et différentes approches thérapeutiques à l'étude, Inserm, 19 mai 2020
- Pièce n° 9 : Article Covid-19 : un dosage sanguin pour prédire le risque de complications vasculaires, Inserm, 29 juin 2020
- Pièce n° 10 : Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine du 2 juin 2020 : suivi des patients convalescents de la Covid-19 par le médecin généraliste
- Pièce n° 11 : Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine du 14 juillet 2020 : séquelles de la Covid-19
- Pièce n° 12 : Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine du 15 juillet 2020 : les séquelles de la Covid-19



- Pièce n° 13 : Article Maladie Covid-19 nouveau coronavirus, Institut Pasteur, mis à jour le 16 septembre 2020
- Pièce n° 14 : Site internet Ameli : Reconnaître la Covid-19 et ses symptômes, adopter les bons gestes, 23 octobre 2020
- Pièce n° 15 : Définition de cas d'infection au SARS-CoV2 (COVID-19), Santé publique France, mise à jour du 7 mai 2020
- Pièce n° 16 : Les maladies professionnelles, Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale, pages 62 à 64 : maladies infectieuses et parasitaires
- Pièce n° 17 : Article COVID-19 Point épidémiologique du 24 septembre 2020, Santé publique France
- Pièce n° 18 : Article COVID-19 Point épidémiologique du 5 novembre 2020, Santé publique France
- Pièce n° 19 : Article Surveillance des cas graves de COVID 19 admis en réanimation, Santé publique France
- Pièce n° 20 : Article Les métiers au temps du Corona, France Stratégie, avril 2020