



Réparation de la pathologie psychique en maladie professionnelle : Elaboration d'une grille permettant d'optimiser l'instruction des dossiers en vue de leur présentation au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles d'Aquitaine

Marion Dardevet

► **To cite this version:**

Marion Dardevet. Réparation de la pathologie psychique en maladie professionnelle : Elaboration d'une grille permettant d'optimiser l'instruction des dossiers en vue de leur présentation au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles d'Aquitaine . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01367517

HAL Id: dumas-01367517

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01367517>

Submitted on 16 Sep 2016

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.

**UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2016

Thèse n°3019

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE DU TRAVAIL

Présentée et soutenue publiquement à BORDEAUX
Le 12 avril 2016

Par

Marion DARDEVET

Née le 26/12/1983 à Bordeaux

**REPARATION DE LA PATHOLOGIE PSYCHIQUE EN MALADIE
PROFESSIONNELLE**

Elaboration d'une grille permettant d'optimiser l'instruction des dossiers en vue de leur
présentation au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
d'Aquitaine

Directeur de thèse : Docteur Patrice VIANCE

JURY

Mme le Professeur I. BALDI

Présidente du jury

M. le Professeur P. BROCHARD

M. le Professeur M. DRUET –CABANAC

M. le Professeur J.M. SOULAT

**UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2016

Thèse n°3019

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE DU TRAVAIL

Présentée et soutenue publiquement à BORDEAUX

Le 12 avril 2016

Par

Marion DARDEVET

Née le 26/12/1983 à Bordeaux

**REPARATION DE LA PATHOLOGIE PSYCHIQUE EN MALADIE
PROFESSIONNELLE**

Elaboration d'une grille permettant d'optimiser l'instruction des dossiers en vue de leur
présentation au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
d'Aquitaine

Directeur de thèse : Docteur Patrice VIANCE

JURY

Mme le Professeur I. BALDI

Présidente du jury

M. le Professeur P. BROCHARD

M. le Professeur M. DRUET –CABANAC

M. le Professeur J.M. SOULAT

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Patrice VIANCE

Professeur agrégé du Val de Grace

Discipline médecine du travail

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

Nous vous remercions très sincèrement pour votre disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Président de thèse,

Madame le Professeur Isabelle BALDI

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Discipline médecine du travail

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Recevez le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre rapporteur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Claude PAIRON

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Discipline médecine du travail

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être le rapporteur de cette thèse ainsi que de l'attention que vous avez portée à ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse gratitude.

A nos relecteurs,

Madame le Docteur Isabelle LECLERC

Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD

Madame le Docteur Catherine VERDUN-ESQUER

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être les relecteurs de cette thèse ainsi que de l'attention que vous avez portée à ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Madame le Docteur Laura Fernandez

A Monsieur le Docteur Philippe LATRY

A Monsieur le Docteur Bruno TILLY

Qui ont permis la réalisation de ce travail en autorisant l'accès aux dossiers

Nous vous remercions pour l'aide que vous nous avez apportée dans le travail sur cette thèse.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre jury de cette thèse,

Madame le Professeur Isabelle BALDI

Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner ici notre gratitude pour les connaissances que vous nous avez transmises au cours de nos études médicales.

Nous vous adressons l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A mes parents, merci pour votre soutien tout au long de ces années d'étude.

A mes frères, merci pour leur présence.

A mon compagnon, merci pour l'aide dans la finalisation de cette thèse et à notre fille pour sa joie de vivre.

A mes amis, merci pour ces années partagées, dans les bons moments comme dans les étapes difficiles.

A l'ensemble du service de Pathologies Professionnelles du CHU de Bordeaux, merci pour ces quatre années d'internat qui, de près ou de loin, ont été très agréables en votre compagnie.

A tous les médecins rencontrés durant mes stages, merci pour m'avoir fait aimer mon futur métier et m'avoir transmis vos connaissances.

A tous les «acteurs», le personnel de la DRSM, Julien BARON, les médecins du travail, les médecins inspecteurs du travail, les psychologues du travail du service de Pathologies Professionnelles qui ont participé à cette étude, merci pour votre investissement sans lequel ce projet n'aurait pas pu aboutir.

Table des matières

INTRODUCTION	12
Partie I. GENERALITES.....	13
1. SANTE MENTALE ET TRAVAIL.....	14
1.1. Définition.....	14
1.2. Travail et souffrance mentale	14
1.2.1. Rapport de l'homme au travail.....	14
1.2.2. Psychopathologie et psychodynamique du travail.....	15
1.2.3. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail.....	17
1.3. Incidences psychopathologiques du travail sur la santé mentale.....	18
2. L'EMERGENCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) AU TRAVAIL.....	19
2.1. Les risques psychosociaux	19
2.2. Les facteurs de risque en milieu de travail	20
2.2.1. Intensité et temps de travail	20
2.2.1.1. Intensité de travail	21
2.2.1.2. Temps de travail	22
2.2.2. Exigences émotionnelles	23
2.2.3. Autonomie et marge de manœuvre	24
2.2.4. Rapports sociaux au travail.....	24
2.2.5. Conflits de valeurs et conflits éthiques.....	25
2.2.6. Insécurité de la situation de travail.....	26
2.3. Les enquêtes de suivi des facteurs de risques psychosociaux.....	27
3. LE COMITE REGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CRRMP)	28
3.1. Création et mission.....	28
3.2. Champs de compétence des comités	29
3.3. Composition des comités.....	30
3.4. Constitution du dossier	30
3.5. Cas particuliers des affections psychiques	32
3.5.1. Critères en rapport avec les troubles dépressifs	34
3.5.2. Critères en rapport avec les troubles anxieux généralisés.....	36
3.5.3. Critères en rapport avec les états de stress post-traumatiques.....	37
3.6. Bilan du dispositif	39
4. APPROCHE EUROPEENNE DE LA RECONNAISSANCE DES AFFECTIONS PSYCHIQUES EN MALADIE PROFESSIONNELLE	42
4.1. Point comparatif en Europe.....	42
4.1.1. Possibilités de reconnaissances en maladie professionnelle des pathologies psychiques liées au travail	43
4.1.2. Procédure de reconnaissance en maladie professionnelle.....	44
4.1.2.1. Les conditions de reconnaissance	44
4.1.2.2. L'instruction des dossiers.....	45

4.2. Cas particulier du Québec	46
Partie II. ELABORATION D'UNE GRILLE APPLIQUEE A L'ETUDE DES DOSSIERS.....	48
1. ELABORATION DE LA GRILLE.....	49
1.1. Grille G0.....	49
1.2. Grille G0 bis	51
1.3. Grille G0 ter	52
2. PROCEDURE PREALABLE A L'ETUDE DES DOSSIERS	52
Partie III. ETUDE ET ANALYSE DES DOSSIERS	53
1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	54
1.1. Objectif.....	54
1.2. Matériel et méthode	54
1.2.1. Type d'étude	54
1.2.2. Population concernée.....	54
1.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	55
1.2.4. Recueil des données.....	55
1.2.5. Plan d'analyse des données	56
1.2.5.1. Matériel.....	56
1.2.5.2. Données recueillies	56
1.2.5.3. Remarques-précisions méthodologiques	57
1.2.5.4. Analyses statistiques	58
1.2.6. Aspects éthiques.....	59
2. RESULTATS	59
2.1. Résultats descriptifs de l'ensemble des dossiers	59
2.1.1. Répartition des dossiers par année et par département.....	59
2.1.2. Pathologies déclarées.....	60
2.1.3. Sexe des déclarants.....	61
2.1.4. Caractéristiques socio-professionnelles et secteurs d'activité des déclarants.....	62
Graphique 8	62
2.1.5. Avis rendus	64
2.1.5.1. Avis du CRRMP	64
2.1.5.2. Avis du médecin du travail.....	64
2.1.5.3. Autres avis.....	65
2.1.6. Informations se rapportant à l'individu et son affection psychique	66
2.1.7. Informations sur le contexte de l'entreprise	67
2.1.8. Taux de remplissage des facteurs de risques psychosociaux.....	69
2.1.8.1. Intensité du travail.....	70
2.1.8.2. Temps de travail.....	72
2.1.8.3. Rapport sociaux au travail	75
2.1.8.4. Insécurité de la situation de travail.....	81
2.1.8.5. Les dimensions non représentées	82
2.1.9. Analyse des autres facteurs de majoration	83
2.1.10. Analyse des autres facteurs de risques professionnels	83
2.2. Analyse comparative en fonction de la décision du CRRMP.....	84
2.2.1. Analyse avec les autres avis présents dans le dossier	84
2.2.1.1. Analyse avec les avis du médecin du travail et les avis sapiteurs	84
2.2.1.2. Analyse avec les avis du médecin conseil placé au sein de la CPAM et du psychiatre	

2.2.2. Analyse avec les données de l'individu et de son affection psychique	86
2.2.3. Facteurs de risques et avis du CRRMP	87
3. DISCUSSION	90
3.1. Comparaison avec les données nationales	90
3.1.1. Données nationales du CRRMP	90
3.1.2. Données de la population active en Aquitaine.....	91
3.2. Importance de certains facteurs dans la prise de décision	92
3.3. Comparaison des résultats avec les études de suivi des facteurs de risques psychosociaux en France.....	94
3.4. Limites de l'étude	95
PARTIE IV. ELABORATION ET PROPOSITION D'UNE NOUVELLE GRILLE	97
1. GRILLE G1 CONSTRUITE A L'ISSUE DE L'ETUDE	98
2. PROPOSITION DE LA GRILLE FINALE G2	98
CONCLUSION.....	103
BIBLIOGRAPHIE	105
ANNEXES	109

GLOSSAIRE

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

COCT : Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPS : Risques Psychosociaux

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

SIP : Santé et Itinéraire Professionnel

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

SST : Service en Santé au Travail

IP : Incapacité Permanente

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

IPP : Incapacité Permanente Prévisible

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - 10^{ème} édition

DSM-IV TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - 4^{ème} édition texte révisé

AT : Accident du Travail

HAS : Haute Autorité de Santé

ALD : Affection de Longue Durée

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

LATMP : Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

CPP : Consultation de Pathologie Professionnelle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

RNV3P : Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

TASS : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NR : Non Renseigné

PQ : Pluriquotidien

Q : Quotidien

H : Hebdomadaire

M : Mensuel

P : Présent

CMI : Certificat Médical Initial

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

TMS : Trouble Musculo-Squelettique

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

MCP : Maladie à Caractère Obligatoire

RSI : Régime Social des Indépendants

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

RFFST : Réseau Francophone de Formation en Santé au Travail

INTRODUCTION

En 2014, 51 631 pathologies ont été reconnues en maladie professionnelle en France (1). Une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux de maladie professionnelle annexés au Code de la Sécurité Sociale et si elle répond aux conditions médicales et administratives de ce tableau. Depuis la loi du 27 janvier 1993, une procédure complémentaire permet également de reconnaître le caractère professionnel d'une maladie lorsque les tableaux de maladie professionnelle ne correspondent pas. Dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) doit constituer un dossier et le transmettre au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) chargé d'établir un lien direct ou essentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle. Ce système complémentaire a traité environ 18 000 dossiers en 2014 parmi lesquels, les psychopathologies constituent une part de plus en plus importante depuis les cinq dernières années.

Mais ce dispositif soulève des difficultés constatées par les membres de la commission des pathologies professionnelles du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT) relevant du ministère du travail qui évoque, dans son rapport final sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle publié en mars 2013, un « traitement des demandes par les CRRMP hétérogène et fluctuant ». Pour l'amélioration de ces pratiques, ils ont formulé des recommandations afin d'aider les CRRMP à apprécier les liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle.

De plus, avec les nouvelles formes d'organisation du travail, nous assistons à l'émergence des risques psychosociaux dans les entreprises. Ces psychopathologies d'origine professionnelle constituent aujourd'hui un enjeu de santé public en terme de prévention de par leur coût pour la Caisse « accident du travail – maladie professionnelle » mais aussi pour les conséquences sur la santé mentale des travailleurs et la santé économique des entreprises.

L'objectif de notre étude est d'élaborer une grille décrivant les éléments qui devraient être documentés lors de l'instruction des dossiers, selon nos résultats obtenus et suivant les recommandations formulées par le COCT, en vue de leur présentation au CRRMP.

Dans un premier temps, nous étudierons les interactions entre le travail et la santé mentale pour dégager ensuite les facteurs délétères et identifier les mécanismes de survenue de psychopathologies. Nous ferons ensuite un rappel sur la réglementation relative à la reconnaissance de maladies professionnelles dans le régime général avec un focus sur les psychopathologies. Puis nous terminerons notre première partie par une présentation des éléments comparatifs en Europe du mode de reconnaissance de ces troubles.

Partie I. GENERALITES

1. SANTE MENTALE ET TRAVAIL

1.1. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) définit la santé mentale comme « *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ». La santé mentale fait donc référence à l'absence de troubles mentaux et comprends trois dimensions : la santé mentale positive (qui associe bien-être, ressources psychologiques et capacités d'action dans les rôles d'action), la souffrance psychique et les troubles mentaux.

La souffrance psychique correspond à un état de mal-être qui se manifeste le plus souvent par des symptômes anxieux et dépressifs réactionnels à des situations éprouvantes et par des difficultés existentielles. Soulignons que cet état de mal-être ne s'accompagne pas nécessairement d'une pathologie ou d'un trouble mental. C'est la mesure de son degré d'intensité, sa permanence et sa durée ainsi que ses conséquences qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge et faire basculer la personne dans la maladie.

Les troubles mentaux renvoient au domaine de la psychiatrie et font référence à des classifications diagnostiques internationales correspondant à des ensembles de symptômes et de critères spécifiques. La souffrance au travail renvoie à la connaissance nosologique mais aussi à l'expertise des conditions de travail. Etablir un lien est donc bien dans les compétences de la médecine du travail.

1.2. Travail et souffrance mentale

1.2.1. Rapport de l'homme au travail

Selon certains philosophes, le travail est défini par l'ensemble des activités par lesquelles l'homme satisfait ses besoins et transforme la réalité mais aussi par toute activité dont le produit a été obtenu par un effort ou sous la contrainte, même sans lien avec un besoin (3). Le travail ne serait donc pas uniquement le fait de produire ou de fabriquer mais également un mouvement de transformation de l'identité.

La psychologie du travail s'appuie notamment sur la pyramide de Maslow (figure 1) (4). Il s'agit d'une pyramide des besoins qui schématise une théorie élaborée dans les années 1949 par le psychologue Abraham Maslow sur la motivation. Cette pyramide est constituée de cinq niveaux que l'on chercherait à satisfaire dans l'ordre de construction du dessin ci-dessous :

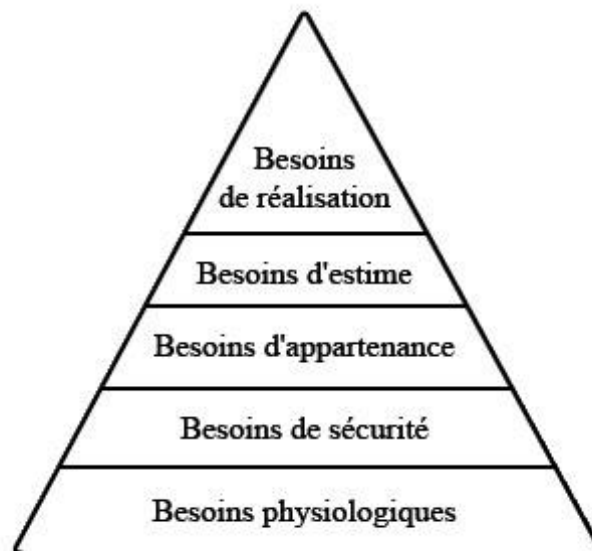


Figure 1 : Pyramide de Maslow

Maslow développe l'idée que la **motivation** pousse l'individu à atteindre ses objectifs qui sont de satisfaire ses différents besoins, jusqu'aux plus élevés. Au sommet de la pyramide se trouvent les besoins de réalisation aussi appelés besoins d'accomplissement personnel ou accomplissement de soi. Il s'agit là des besoins fondamentaux de l'homme dont la satisfaction suppose la relative satisfaction de divers besoins sensiblement plus concrets en rapport avec les autres et l'environnement quotidien. Quatre sphères d'accomplissement sont alors décrites : la famille, la vie sociale, les activités annexes comme le sport et les loisirs et enfin le travail. Le travail représente donc bien un élément essentiel à l'accomplissement de soi. S'il est source de souffrance morale, les besoins de réalisation et d'accomplissements de soi s'en trouvent alors perturbés.

1.2.2. Psychopathologie et psychodynamique du travail

Afin d'approcher l'analyse des processus en cause dans l'apparition des pathologies liées au travail, il faut une théorie des rapports entre subjectivité et travail, accordant au travail un statut qui soit autre chose qu'un décor. Il faut procéder à une analyse du travail comme on le ferait d'un objet clinique.

C'est précisément cela même que se donne pour objet la psychodynamique du travail selon C. DEJOURS (5) : prendre le travail comme une activité humaine dont on cherche à saisir cliniquement les ressorts, les échecs et les réussites. La psychodynamique et la psychopathologie du travail procèdent, toutes deux, à des investigations sur les rapports entre travail et santé mentale qui ne se limitent pas à l'analyse des effets délétères du travail sur la santé. Elles étudient aussi les situations dans lesquelles le rapport au travail est favorable à la santé.

La psychopathologie du travail est fondée au sortir de la deuxième guerre mondiale par un groupe de chercheurs réunis autour de LE GUILLANT (6). Selon Duarte ROLO, elle se concentre alors sur « l'étude des rapports entre les contraintes de travail et la santé mentale et étudie les gens dans leur lieu de travail réel dans le but de déceler ce qui, dans la pathologie mentale, est dû au travail. La psychopathologie du travail part du principe que travailler n'est pas uniquement produire ou fabriquer, c'est aussi un mouvement de transformation de l'identité. S'approprier l'expérience du travail revient à s'approprier sa propre subjectivité et cherche ainsi à mettre en évidence ce qui, dans l'affrontement de l'homme à sa tâche, met sa santé mentale en danger ».

Au centre des développements de la psychopathologie du travail, on trouve la thèse de la centralité du travail (6) qui stipule que le travail est au centre de processus essentiels, tant en ce qui concerne la condition humaine que l'évolution de la société. Le travail est impliqué dans l'affiliation sociale des individus et dans la structuration des rapports sociaux. Le deuxième grand concept sur lequel repose la psychopathologie du travail est la notion de réel au travail. L'expérience du réel au travail est ce qui se fait connaître à l'homme par sa résistance à la maîtrise technique et à la connaissance scientifique. C'est une expérience subjective de l'échec, du doute, de l'impuissance.

La psychopathologie du travail s'est ensuite inspirée des apports de la théorie psychanalytique (notions de mécanismes de défense, conception psychanalytique du sujet au travail) et la rencontre des deux disciplines donnera naissance à une nouvelle approche, la psychodynamique du travail. Christophe DEJOURS (7) est à l'origine de cette nouvelle discipline qui se définit comme l'analyse de la souffrance psychique résultant de la confrontation des hommes à l'organisation du travail et des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail. Elle place au centre de sa réflexion la souffrance au travail (8).

C. DEJOURS part du postulat que dans certaines conditions, une souffrance émerge entre une histoire individuelle avec des projets, des espoirs et des désirs et une organisation du travail qui les ignore. Les individus mettent alors en place des stratégies défensives qui rendent cette souffrance non immédiatement repérable. Mais le travail peut aussi être source de plaisir et de satisfaction lorsqu'il est librement organisé ou librement choisi et lorsque les exigences du travail s'accordent avec les besoins

du travailleur. Le plaisir au travail est alors défini comme l'état de bien-être psychique d'un individu lorsque son travail lui donne la chance de satisfaire ses désirs de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie. A l'inverse, la souffrance psychique au travail émerge lorsque le travail devient un espace de lutte où les travailleurs doivent se situer entre bien-être et maladie.

1.2.3. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail

Les recherches en psychopathologie et psychodynamique du travail s'efforcent de comprendre pourquoi et comment le même travail, en fonction de son organisation, peut s'inscrire dans une dynamique de destruction ou, au contraire, de construction de la santé (5).

Selon Nicolas CHAIGNOT, docteur en sciences politiques et sociales, « *pour rendre compte des transformations actuelles des organisations du travail et de leurs incidences sur la santé humaine, l'analyse de la subjectivité au travail constitue un ancrage théorique et pratique fondamental* (9) » (10). Par la notion de centralité du travail, la psychopathologie du travail montre que si le réel tend à résister à la volonté humaine, il s'agit, pour les travailleurs, de résister à l'emprise de l'organisation du travail sur eux-mêmes. Pourtant, si des formes d'opposition au travail perdurent toujours, l'heure est plutôt d'avantages à la défaite, à la démobilisation des travailleurs et donc à une absence de résistance au sens politique et moral du terme.

« *La démultiplication des pathologies mentales et psychosomatiques en situation de travail résultent d'une vulnérabilité complexe du sujet mais aussi d'un échec des collectifs de travail à protéger le sujet de la maladie mentale. [...] Ainsi, l'existence des formes d'opposition à la domination au travail est intimement lié au fait que nous vivons dans un Etat de droit plus ou moins démocratique qui les autorise formellement. L'élément fondamental qui a changé les relations sociales au travail est l'affaiblissement considérable des solidarités collectives des salariés* » (10) qui constituaient une protection psychologique très importante contre les atteintes à la santé tant mentale que physique (11). Leur détérioration est intimement liée aux nouvelles formes d'organisation du travail.

On ne peut parler de causalité directe entre maladie mentale et organisation du travail en raison des rapports complexes de la subjectivité. Toutefois, on peut insister sur la nature spécifique du rapport du travail, marqué par la soumission, et ses incidences sur le fonctionnement psychique humain. Ainsi, C. DEJOURS parle de « *trois composantes du rapport homme-organisation du travail [qui] peuvent être prises en compte : la fatigue qui fait perdre à l'appareil mental la souplesse de ses rouages, le système frustration-agressivité réactionnelle qui laisse sans issue une part importante de l'énergie pulsionnelle ; l'organisation du travail en tant que courroie de transmission d'une volonté étrangère*

qui s'oppose aux investissements pulsionnels et aux sublimations » (8). La clinique du travail montre que dans les catégories de pathologies de surcharge et de pathologies de l'isolement, les organisations du travail jouent un rôle décisif dans le déclenchement des décompensations psychopathologiques (10).

1.3. Incidences psychopathologiques du travail sur la santé mentale

Nous avons vu que le travail est structurant sur la santé mentale mais aussi que, dans certaines situations de travail, le rapport contraintes/bénéfices peut se compenser ou, au contraire, se renforcer. Les contraintes peuvent alors devenir pathogènes et venir altérer la santé mentale du travailleur.

On parle de contraintes pathogènes ou délétères lorsqu'elles sont (12):

- Durables : elles pourront alors générer un état de stress chronique qui représente un risque pour la santé.
- Subies : les facteurs de risques psychosociaux sont plus délétères lorsqu'ils sont imposés que lorsqu'ils sont choisis.
- Nombreuses : l'accumulation des contraintes est un facteur aggravant selon des modèles mathématiques en revanche mal élucidés.
- Incompatibles : la coexistence de certains facteurs « antagonistes » affecte particulièrement la santé.

Enfin, les suicides et tentatives de suicide peuvent avoir un lien avec le travail mais la recherche de liens avec des contraintes professionnelles est difficile. Il est parfois compliqué de faire une distinction entre les difficultés rencontrées dans la sphère privée et professionnelle. Le travail a des incidences majeures sur les relations dans la sphère privée et vice-versa.

2. L'EMERGENCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) AU TRAVAIL

2.1. Les risques psychosociaux

Dès 2007, Mr NASSE Philippe, vice-président du Conseil de la Concurrence, et Mr LEGERON Patrick, directeur général de stimulus, sont missionnés par le ministre du travail de l'époque pour rédiger un rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Dans les suites immédiates de ce rapport, un collège d'expertise est créé pour élaborer des propositions sur un système de suivi de ces risques psycho-sociaux par l'intermédiaire d'indicateurs statistiques. Ce collège, constitué par l'Insee, comprend des statisticiens, des ergonomes, des chercheurs en gestion et en médecine du travail, des économistes, des épidémiologistes, des sociologues, des psychologues et des psychiatres.

Pour pouvoir mettre en place des indicateurs de suivi des risques psychosociaux, il est apparu nécessaire de les définir et de les classer. Les risques psychosociaux sont définis comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (13).

Les risques psychosociaux correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non (12):

- du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face
- des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes
- des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...)

Les facteurs de risque, à l'interface de l'individu et de sa situation de travail, peuvent être classés selon six dimensions retrouvées généralement dans la littérature scientifique internationale (13) (14):

- L'intensité et temps de travail

- Les exigences émotionnelles
- L'autonomie insuffisante
- La mauvaise qualité des rapports sociaux
- Les conflits de valeurs et les conflits d'éthiques
- L'insécurité de la situation de travail

Les risques psychosociaux peuvent donc être induits par l'activité elle-même ou être générés par l'organisation et les relations du travail. L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé des salariés, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques, de troubles anxio-dépressifs, d'épuisement professionnel,...

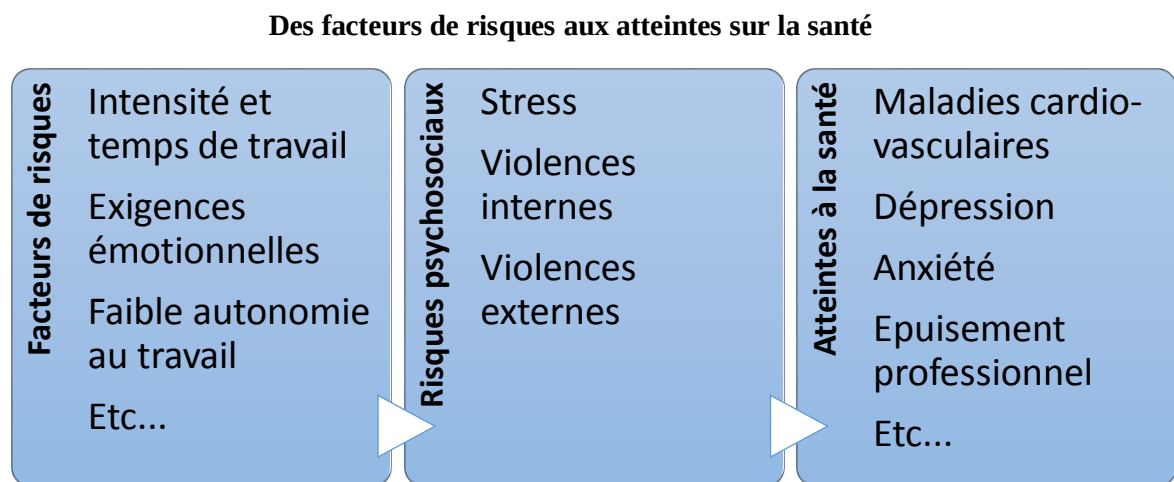


Figure 2

2.2. Les facteurs de risque en milieu de travail

2.2.1. Intensité et temps de travail

L'intensité et temps de travail fait référence à la notion d'exigences du travail en terme de temps et d'intensité.

2.2.1.1. Intensité de travail

L'intensité de travail englobe les exigences en relation avec la notion d'exécutions du travail en termes **quantitatifs** (contrainte de temps, quantité de travail excessive,...) mais aussi qualitatifs en termes de **complexité** des tâches, de demande contradictoire, de responsabilité,... qui constituent la complexité du travail.

Parmi les déterminants de l'intensité de travail, on retrouve les **contraintes de rythmes**. Une certaine vitesse d'exécution peut être imposée aux travailleurs en fonction de contraintes internes à l'entreprise comme secondaires à des décisions organisationnelles ou techniques (normes de production, cadence de machine, dépendance au travail de collègues en amont ou en aval). Le collègue considère que le cumul de trois contraintes au moins peut définir des situations de forte intensité.

Une cause fréquente d'intensité excessive du travail est liée au niveau de précision des objectifs de travaux. Ils peuvent être soit quantitatifs (objectif chiffré à réaliser dans le mois ou nombre de pièce à produire en un temps déterminé) soit qualitatifs (réponses apportées aux clients). Pour peu que ces **objectifs** soient **mal définis ou flous**, on peut alors s'attendre à un écart entre les objectifs que se fixe le salarié et ceux attendus par l'employeur.

Intervient ensuite la notion d'**objectifs irréalistes**. Selon le rapport du collège d'expertise, il s'agit là d'une cause fréquente d'intensité excessive du travail, qu'elle soit volontaire ou involontaire. L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) définit ce risque comme une inadéquation des objectifs de travail avec les moyens et les responsabilités (14). Cette notion est bien distincte de la notion d'objectif flou. En effet, les objectifs peuvent être clairement définis sans pour autant avoir les ressources nécessaires à leur réalisation.

Pour pallier au travail à la chaîne et aux gestes répétitifs, la notion de **polyvalence** avec un élargissement des tâches, des postes ou des fonctions a fait son apparition dans les années soixante-dix. Sa fonction première était donc de diversifier le travail de manière positive. Mais cette diversification peut vite devenir problématique si elle est subie ou non préparée ce qui va entraîner une dévalorisation de soi ou une perte du sens du métier avec l'accroissement de la charge mentale engendrée. La polyvalence peut aussi être utilisée comme un moyen détourné de densifier le travail et donc augmenter

la charge de travail. La polyvalence doit toujours être étudiée en parallèle du niveau de formation et d'expérience.

Les **responsabilités** représentent un aspect susceptible d'accroître l'intensité et la complexité du travail notamment en termes de délai et de qualité.

Les aspects d'**instructions contradictoires** et d'**interruptions d'activité** renvoient aux contraintes organisationnelles. Faire face à des demandes contradictoires complique le travail et entraîne une charge de travail supplémentaire. De même, les interruptions perturbent le travail en cours et multiplient les phases de démarrage qui sont souvent complexes et qui peuvent générer des erreurs.

Enfin, pour mener à bien sa tâche, il est important que le salarié possède les connaissances et les compétences nécessaires. De nos jours, les changements organisationnels ou technologiques sont fréquents et peuvent mettre les salariés en difficultés si les qualifications des postes sont changées. Cet aspect formation est, comme vu plus haut, à rattacher à la polyvalence. En effet, plus un poste de travail est polyvalent, plus la formation est importante car diversifiée. Les risques émergent donc en cas de **sous-qualification** du salarié et le rapport du collègue d'expertise y associe la nécessité de **s'adapter fréquemment à un environnement nouveau**.

2.2.1.2. Temps de travail

Pour évaluer le temps de travail, le référentiel le plus accessible reste la **durée hebdomadaire du travail**. En effet, les connaissances scientifiques actuelles permettent de dire qu'au-delà de 45 heures par semaine, le travail peut avoir des dommages pour la santé quelle que soit la satisfaction qu'éprouve le salarié dans son travail (15) (16) (17).

De même, le **travail en horaires atypiques** a des répercussions sur la santé physique et mentale des salariés. Il s'agit du **travail de nuit**, du **travail posté** et des **horaires décalés**. Dans l'organisation du temps de travail, un risque important récemment pointé du doigt, est l'**extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail** qui vient accroître la charge de travail et diminue le temps de récupération physique et mentale. Mais ce risque peut être majoré si cette disponibilité demandée aux salariés est incertaine et entraîne une adaptation improvisée des horaires. L'usage des mails est représentatif de cette tendance.

Dans son rapport, le collège d'expertise parle du **présentéisme** (18) qui correspond au fait de travailler alors que le salarié aurait dû être en arrêt maladie pour des raisons de santé. Cet indicateur renvoie à un dysfonctionnement organisationnel de l'entreprise.

Des durées de travail hebdomadaire supérieures à 45 heures et l'imprévisibilité des horaires de travail retentissent fortement sur l'organisation de la vie personnelle. L'impact sur la santé des difficultés de **conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle** est démontré dans de nombreux travaux (19) (20). Cette problématique est un des axes des nouvelles politiques basées sur la qualité de vie au travail.

2.2.2. Exigences émotionnelles

Les exigences émotionnelles se rencontrent d'avantages dans les métiers de service où l'on peut retrouver des situations de tension et de contact avec la clientèle, la souffrance ou la détresse d'autrui. Ces exigences émotionnelles intrinsèques à l'activité induisent donc une charge mentale et psychologique forte dans la réalisation du travail.

La **relation avec le public** constitue un des principaux risques de cette dimension lorsqu'elle est à l'origine de **situation de tension**. Ces situations de tension vont ensuite être à l'origine de difficultés au travail comme des interruptions ponctuelles, une augmentation des erreurs, une démobilitation professionnelle,... mais aussi une **peur au travail** (notion d'insécurité). Cette peur au travail fait à la fois référence à la peur de survenue d'un accident mais aussi aux violences externes (engendrées par contact avec le public) et à la peur de l'échec.

Ce contact coûteux psychiquement pour les salariés l'est d'autant plus si les moyens pour agir efficacement vis-à-vis de la demande sont insuffisants.

Ces situations impliquent de devoir **maîtriser ses émotions**. De la relation avec le public, des situations de tension ou du contact avec la souffrance d'autrui, les salariés vont devoir dissimuler ou simuler des émotions pour cacher leurs propres émotions ou leurs ressentis du moment et cela constitue une contrainte supplémentaire.

2.2.3. Autonomie et marge de manœuvre

L'autonomie au travail repose sur la possibilité pour le salarié d'être acteur dans son travail, de participer aux décisions, d'utiliser ses compétences et de s'épanouir dans son travail. Cette thématique a connu un regain d'intérêt à la fin des années 1970 grâce à R. KARASEK qui montra l'intérêt d'examiner simultanément la « *demande psychologique* » et la « *latitude décisionnelle* » (21). Ainsi, la combinaison d'une forte demande avec une faible latitude constitue une situation à risque appelée « *job strain* » (« *situation de travail tendue* »).

L'autonomie dans la tâche englobe plusieurs types d'autonomie. La première est l'**autonomie procédurale** c'est-à-dire le choix dans la façon de travailler tant dans l'organisation que sur le choix des procédés. Une baisse de l'autonomie procédurale entraîne une perte d'intérêt du salarié pour son travail.

Le second type d'autonomie est l'**autonomie temporelle** avec la possibilité d'interrompre son travail quand on le souhaite, pour les pauses par exemple.

Le troisième risque relevé dans cette catégorie est l'**utilisation et le développement des compétences**. Chaque salarié utilise au quotidien un bagage de compétences qu'il a acquis au cours de sa formation et de sa carrière. Pour valoriser son travail, il doit donc les maintenir et en développer de nouvelles. Si tel n'est pas le cas, le salarié se retrouve dans une situation de dévalorisation progressive de ses qualifications professionnelles qui aboutit à une dépréciation de soi et de ses capacités puis à un désengagement dans le travail.

2.2.4. Rapports sociaux au travail

Les rapports sociaux englobent à la fois les relations entre salariés d'une même entreprise mais aussi entre les salariés et l'organisation qui les emploie. Ces rapports sociaux au travail ont fait l'objet de nombreuses études notamment au travers du « *soutien social* » par KARASEK, de la notion d'« *équilibre efforts-récompenses* » en particulier exposée par SIEGRIST (22) (23) et d'une notion plus récente intitulée la « *justice organisationnelle* ». Cette dernière correspond à l'équité dans la distribution des ressources et des avantages au regard des efforts accomplis et en comparaison avec ce que donnent et reçoivent les collègues occupant un poste similaire. Le modèle du « *déséquilibre efforts-récompenses* » de SIEGRIST repose lui sur l'hypothèse qu'une situation de travail, se caractérisant par

une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions sur le plan émotionnel et physiologique potentiellement délétères.

Un premier risque se retrouve donc dans la **relation avec les collègues**. La qualité des relations entre collègues et l'intégration dans un collectif de travail influent sur le bien-être au travail (24). Les possibilités d'entraide et de coopération facilitent la réalisation des tâches. Les collègues et le collectif de travail interviennent dans l'intégration sociale en favorisant les solidarités et les moments de convivialité.

Le second risque fait référence à la **relation avec la hiérarchie**. Ceci renvoie bien sûr aux relations au quotidien du salarié avec son supérieur mais aussi à la disponibilité du supérieur pour ses subordonnés et à ses capacités d'écoute, de soutien et d'action en cas de besoin par les agents.

D'autres items viennent se surajouter et concernent d'avantages les relations que le salarié entretient avec son entreprise. On retiendra en particulier la **reconnaissance dans le travail** qui se manifeste au travers de la **rémunération**, des **perspectives de carrière** du salarié et de l'**évaluation du travail** sur le plan collectif et individuel. Avec les nouvelles organisations de travail, ces évaluations sont devenues des outils de management essentiels mais dénoncées par certains auteurs au titre de la psychodynamique du travail selon C. DEJOURS.

Le dernier volet, et non des moindres, de cette partie est la **violence interne**. Elle est relative à toutes les attitudes, tous les comportements et actes hostiles présents sur le lieu de travail entre personnes membres de l'organisation à laquelle appartient le travailleur. Parmi les formes de violences internes, on retrouve la discrimination, le harcèlement moral et le harcèlement sexuel qui constituent des formes très spécifiques dont la caractérisation est du domaine judiciaire et non médical.

2.2.5. Conflits de valeurs et conflits éthiques

Les **conflits de valeur** renvoient à l'état de mal-être ressenti par le travailleur, lorsque ce qu'on lui demande de faire vient en contradiction avec ses normes professionnelles, sociales ou subjectives, compte tenu de la nature du travail à réaliser ou encore du temps et des moyens dont il dispose. Certains auteurs ont appelé cette situation d' « *impératifs dissonants* ».

Ainsi on retrouve donc les problèmes liés à un **conflit éthique** entre les exigences du travail et les valeurs personnelles ou professionnelles.

Vient ensuite la notion de **qualité empêchée** induite par l'organisation du travail ou le manque de moyen mis à disposition pour réaliser un travail de qualité.

Enfin, le **travail inutile** fait aussi partie des risques psychosociaux. L'utilité du travail renvoie à la contribution significative du salarié pour la mission qui lui est confiée.

2.2.6. Insécurité de la situation de travail

L'insécurité de l'emploi et du travail est un facteur de risque pour la santé des travailleurs dans la mesure où elle réduit le sentiment de maîtrise de la situation. Elle comprend à la fois l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail.

L'insécurité socio-économique comprend la **sécurité de l'emploi**, du **salaire** et de la **carrière**. S'il existe des doutes sur le maintien des activités dans une entreprise, cela entraîne des incertitudes à l'origine d'une peur de perdre son emploi, la crainte de voir baisser son salaire en cas de changement d'activité, la mise en place de contrat de travail précaire ou la modification du déroulement de carrière.

La **conduite du changement dans l'entreprise** est un aspect primordial en cas de modifications organisationnels, stratégiques ou technologiques d'une structure. Toute situation de changement s'accompagne en général d'une surcharge de travail, d'une remise en cause des compétences et d'atteinte au sens donné du travail. Elle peut aussi engendrer une incertitude sur l'avenir du métier.

La **soutenabilité du travail**, en fonction des facteurs physiques (ambiance thermique, travail en hauteur, manutention manuelle de charges lourdes, contrainte posturale,...) et psychosociaux, peut entraîner une souffrance au travail si elle s'avère compromise.

Cette thématique fait aussi partie intégrante d'une politique managériale moderne d'une entreprise.

2.3. Les enquêtes de suivi des facteurs de risques psychosociaux

La première enquête de suivi est **l'enquête SUMER** (25) réalisée en France par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) dans le secteur privé entre 1994 et 2010. Elle décrit les contraintes organisationnelles, les expositions professionnelles de type physique, biologique et chimique auxquelles sont soumis les salariés. Il s'agit d'une enquête transversale dont la dernière vague de 2010 est représentative de 92% des salariés.

Un premier questionnaire, rempli par le médecin du travail avec le salarié explore, entre autre, les contraintes organisationnelles et relationnelles. Y sont détaillées les caractéristiques du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec le public.

En 2010, un auto-questionnaire a été rajouté pour étudier la perception qu'a le salarié de son travail et sur la relation qu'il fait entre sa santé et son travail. Il aborde ainsi les risques psychosociaux via le questionnaire de KARASEK (26) et de SIEGRIST (27), l'anxiété, la dépression, les accidents, les arrêts maladie, la satisfaction au travail, la santé perçue, la relation santé-travail et les comportements de maltraitance subis dans le cadre professionnel.

L'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) (28) est une étude conçue par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et la DARES, dans le but d'explorer les liens entre les problèmes de santé et les parcours professionnels et conditions de travail. Il s'agit d'une enquête longitudinale réalisée sur la population générale.

L'enquête s'est déroulée en face à face et abordait les thèmes de l'enfance et les études, l'emploi et le travail, les activités sociales et le sentiment d'isolement, les revenus du ménage et la santé. Le volet emploi et travail étudie les épisodes successifs de l'itinéraire professionnel (emploi, chômage ou inactivité), les principaux changements de travail et de conditions de travail, le travail actuel (contraintes temporelles, nuisances, dimension collective du travail, autonomie, moyens de travail, type de reconnaissance) et l'appréciation globale des enquêtés sur leur itinéraire professionnel.

EVREST (Evolution et Relation en Santé au Travail) (29) est un dispositif de veille et de recherche en santé au travail. Construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs, il vise à décrire non seulement les salariés, les dangers des conditions de travail mais aussi l'ensemble des risques auxquels ils sont exposés, y compris les risques psychosociaux à l'aide d'un questionnaire très court rempli lors des consultations. Mais il ne s'agit pas d'une enquête épidémiologique qui permet un questionnement approfondi des risques psychosociaux mais chacun des six axes proposés par le

Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail fait l'objet d'une à trois questions.

Enfin, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), en coopération avec la médecine du travail et les Services en Santé au Travail (SST), a mis en place le projet **SAMOTRACE** (30) pour mesurer simultanément les caractéristiques du salarié, l'état de sa santé mentale et son exposition aux risques psychosociaux. Ce projet a été réalisé à l'aide d'un auto-questionnaire et d'un questionnaire au cours de visite périodique de salariés. Les facteurs de risques psychosociaux étudiés étaient la notion de déséquilibre effort/récompense, le surinvestissement, l'exposition à des violences physiques, verbales, discriminations ou menaces et les problèmes d'éthiques professionnelles.

3. LE COMITE REGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CRRMP)

3.1. Création et mission

En France, les dommages corporels ou pertes de salaires dus aux accidents du travail, aux accidents de trajet ou aux maladies professionnelles sont indemnisables par un système d'assurance des risques professionnels. Ceci s'applique uniquement aux travailleurs du régime général et ce système d'assurance est géré par la branche accidents du travail/maladies professionnelles de l'Assurance Maladie. Le financement se fait par l'intermédiaire des employeurs pour chacun de leurs établissements.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons uniquement aux cas des maladies professionnelles et non aux accidents du travail.

Une maladie professionnelle peut être indemnisée en vertu du principe de présomption d'origine selon la loi du 25 octobre 1919. Les maladies professionnelles qui bénéficient de ce principe sont détaillées dans des tableaux des maladies professionnelles (31) qui déterminent l'accès à la réparation. Mais toutes les maladies susceptibles d'avoir une origine professionnelle ne sont pas référencées dans ces tableaux. C'est pourquoi la loi du 27 janvier 1993 a institué un système complémentaire permettant la reconnaissance de pathologies exclues des tableaux comme maladie professionnelle. Cette loi s'appuie sur la base d'une recommandation communautaire de 1962. Ce système complémentaire concerne non seulement les pathologies non représentées dans les tableaux mais aussi les pathologies pour lesquelles toutes les conditions médico-légales définies dans les tableaux ne sont pas remplies.

Ce système complémentaire est à l'origine de la création des Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles selon la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 et consolidée en 2013.

Le CRRMP doit élaborer un avis motivé permettant à l'organisme de Sécurité sociale de statuer sur l'origine professionnelle de la maladie présentée par la victime lorsque celle-ci relève du système complémentaire instauré par les alinéas 3 et 4 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité Sociale (32) et ne peut donc pas bénéficier de la présomption d'origine. Pour rendre cet avis motivé, le CRRMP doit mettre en évidence l'existence d'un lien, soit direct (alinéa 3), soit direct et essentiel (alinéa 4), entre le travail habituel de la victime et l'affection qu'elle présente donc un lien avec un risque professionnel.

- l'alinéa 3 concerne « *les pathologies pour lesquelles 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* ».

- l'alinéa 4, lui, fait référence aux « *pathologies caractérisées mais non désignées dans un tableau de maladies professionnelles* » à la condition qu'« *elle entraîne le décès [...] ou une Incapacité Permanente (IP) d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage donnée* ». Ce taux est fixé à 25% et est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité

L'analyse des avis donnés par les CRRMP a pour objectifs de contribuer à l'évolution des tableaux mais aussi d'harmoniser les pratiques des CRRMP au plan national.

3.2. Champs de compétence des comités

Nous rappellerons ici tout particulièrement les dispositions figurant dans la version consolidée de 2013 du guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (33).

Le CRRMP concerne :

- les demandeurs du régime général, du régime agricole, du régime des mines. Il n'est pas compétent pour les fonctionnaires ou les dépendants du régime des indépendants.

- les demandeurs relevant d'une collectivité, d'une administration, d'un établissement ou d'une entreprise assurant directement la charge de la réparation en vertu d'une autorisation antérieure au 13 mai 1960 (prise en vertu de l'article L. 413-13).

L'article D. 461-26 issu du décret n° 95-645 du 9 mai 1995 relatif au CRRMP indique que chaque comité régional a pour compétence territoriale « *l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés* » (CNAMTS). Il précise également que, « *en tant que besoin, le comité peut se réunir au chef-lieu de chacun des départements compris dans son ressort* » (34).

3.3. Composition des comités

Selon l'article D. 461-27 (35), il existe trois membres de droit au sein des CRRMP :

- le médecin-conseil régional mentionnée à l'article R. 315-3 ou un de ses représentants,
- le médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L. 8123-1 du Code du Travail ou un de ses représentants,
- un professeur des universités praticien hospitalier ou un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle.

Seuls ces trois membres participent à la discussion et constituent un avis qui s'impose à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

3.4. Constitution du dossier

Comme nous venons de le voir, le CRRMP doit établir un avis motivé sur l'existence ou non d'un lien direct ou d'un lien direct et essentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle. Pour faciliter l'exercice de sa mission, le comité doit pouvoir s'appuyer sur des documents permettant la recherche de ce lien.

La Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail a mis en place un groupe de travail pour élaborer des recommandations sur les documents

nécessaires à l'évaluation du lien de causalité (36). Ces recommandations ont ensuite été reprises dans la circulaire CIR-12/2014 de la CNAMTS pour les CRRMP (37). Cette étape de constitution du dossier est primordiale pour la suite de la procédure.

En particulier, les informations doivent provenir de cinq sources documentées :

- Documents adressés par le demandeur
- Documents fournis par le médecin du travail
- Documents établis par le médecin-conseil de l'organisme de Sécurité Sociale chargé de l'instruction du dossier
- Documents provenant de l'employeur
- Documents issus de l'enquête administrative de l'organisme de Sécurité Sociale

Le demandeur doit fournir tous les documents pour appuyer sa demande. Il peut s'agir aussi bien de documents médicaux que de documents non médicaux pour étayer son argumentaire.

Selon le Code de la Sécurité Sociale (38), toute demande de reconnaissance de maladie professionnelle doit s'accompagner d'un avis motivé du médecin du travail. Il existe une fiche type adressée au médecin du travail (annexe 1) mais le COCT en propose une plus adaptée aux affections psychiques (annexe 2). Elle permet de récupérer des informations sur l'existence de facteurs de risques extraprofessionnels et des renseignements sur les facteurs de risques présents dans l'entreprise.

Doit également figurer dans le dossier, le rapport du médecin conseil et tous les éléments en sa possession qui ont pu lui permettre d'établir un taux d'IP prévisible supérieur ou égal à 25% à savoir les antécédents personnels et familiaux, l'histoire de la maladie, les traitements et les éventuels suivis.

Le médecin-conseil doit aussi donner son point de vue sur le caractère professionnel probable, possible ou improbable de l'affection.

Un autre document indispensable est le compte-rendu de l'avis sapiteur lorsqu'il a été demandé.

L'avis de l'employeur sur l'origine professionnelle de la pathologie est toujours demandé. De plus, le Code de la Sécurité Sociale précise qu'il peut donner des informations « *décrivant notamment*

chaque poste de travail tenu par [le demandeur] depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel » (36).

Dans le cadre des affections psychiques, souvent d'origine multifactorielles et qui, dans un environnement professionnel, vont faire appel à des capacités d'adaptation propres à chacun, cette enquête joue un rôle majeur pour rechercher l'existence d'un lien direct et essentiel. En effet, les agents enquêteurs sont en contact direct avec l'employeur et le demandeur et souvent dans l'environnement de travail ou dans le cadre de vie du demandeur. Ce rapport contient donc les témoignages des différentes parties ainsi que ceux des collègues, de la famille, des clients ou autres témoins. En plus de fournir ces témoignages, il est demandé aux enquêteurs une description et une analyse détaillée des éléments concrets et factuels de la situation sans pour autant établir un lien de causalité.

Pour améliorer cette étape essentielle, le COCT a été amené à préciser ce que le CRRMP a besoin de connaître de la situation du demandeur et du contexte pour donner son avis (36). Par situation du demandeur, il entend la définition du poste de travail du demandeur et l'appréciation de sa situation de travail individuelle au regard des facteurs de risques psychosociaux tels qu'ils sont énumérés dans le rapport du Collège d'expertise. Les éléments du contexte comprennent une présentation sommaire de l'entreprise, le document unique et les plans d'action de prévention, notamment sur les risques psychosociaux, et les actions menées par le médecin du travail. En revanche, le groupe de travail du COCT ne se positionne pas sur la forme de présentation du rapport d'enquête ou sur les supports scientifiques mais, comme vu précédemment, il propose un modèle de fiche pour le recueil de l'avis du médecin du travail (annexe 2) ainsi qu'un tableau relevant les informations subjectives devant être validées ou invalidées lors des enquêtes.

3.5. Cas particuliers des affections psychiques

Les affections psychiques ne font pas partie des pathologies inscrites dans le système des tableaux de maladie professionnelle mais peuvent tout de même être reconnues au titre de l'alinéa 4. C'est donc en ce sens que l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité Sociale a été modifié par la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 – art. 27 en apportant les précisions suivantes (39) : « *Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire* ». Ceci signifie donc qu'une pathologie psychique peut bien être reconnue en maladie professionnelle au titre de l'article L. 461-1 alinéa 4 lorsqu'il est établi qu'elle est directement et essentiellement causée par le travail habituel de la victime. Le lien essentiel correspond à un élément nécessaire et indispensable ce qui signifie que le rôle des nuisances professionnelles (lien

direct) doit être prépondérant dans la genèse de la maladie. Cela n'exclut donc pas qu'un événement extra-professionnel puisse être présent (caractère non exclusif). La recherche d'antécédent psychiatrique et d'un événement extra-professionnel est donc importante mais leur présence ne suffit pas à réfuter l'origine professionnelle d'une psychopathologie.

Ceci n'est toutefois possible que si la pathologie entraîne un taux d'IP d'au moins 25%. Cet IP est fixé par le médecin-conseil de l'organisme d'assurance. Il a été convenu que, pour les affections psychiques, le médecin-conseil fixe non pas un taux d'IP mais un taux d'Incapacité Permanente « Prévisible » (IPP) pour palier à ce problème (40).

Conformément au guide et à la circulaire précitées, seules trois pathologies, dont les critères diagnostics sont rappelés dans ces documents, peuvent alors entraîner un taux d'IP prévisible suffisant, et reconnues comme ayant un lien avec des facteurs environnementaux et possiblement professionnels :

- La dépression, qui concerne la majorité des dossiers de reconnaissance en pathologie professionnelle
- L'anxiété généralisée
- L'état de stress post-traumatique, reconnu plus souvent au titre d'un accident du travail

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, n'a pas fait l'objet de recommandations spécifiques de ce groupe de travail (40) car il ne figure pas dans les nosographies d'usage international, à savoir la Classification Internationale des Maladies - 10^{ème} édition (CIM-10) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - 4^{ème} édition texte révisé (DSM-IV TR). De même, le mobbing et le harcèlement ne font pas non plus partie de ces recommandations car il s'agit là de termes juridiques.

Il n'y a pas non plus les troubles addictifs ni les tentatives de suicide. Ces dernières sont considérées comme des complications des pathologies citées ci-dessus et pourront être reconnues au titre d'un accident du travail (AT).

Enfin, les dernières pathologies psychiques pouvant être en lien avec l'activité professionnelle sont les troubles de l'adaptation qui sont des pathologies ayant une gravité faible et donc peu susceptibles d'entraîner un taux d'IP prévisible supérieur à 25%.

3.5.1. Critères en rapport avec les troubles dépressifs

Il existe donc deux classifications internationales pour définir les troubles dépressifs, la CIM-10 et le DSM-IV TR. Ces deux définitions sont d'ailleurs reprises par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son guide d'Affection de Longue Durée (ALD) (41).

Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 sont (42):

A-Critères généraux (obligatoires) :

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique

B- Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

(1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables

(3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité

C- Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi

(2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée

(3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type

(4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations

(5) Diminution de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés)

(6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type

(7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale importante

Le diagnostic d'épisode dépressif est porté en présence d'au moins quatre symptômes (deux symptômes de la liste B et au moins deux symptômes de la liste C ; ou trois symptômes de la liste B et au moins un symptôme de la liste C).

Les critères diagnostiques selon le DSM-IV TR sont (43) :

A- Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur, au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. pleure)

(2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

B- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte

C- Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants

D- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), **ou d'une affection médicale générale** (ex. hypothyroïdie)

E- Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur

3.5.2. Critères en rapport avec les troubles anxieux généralisés

Le trouble anxieux généralisé est une entité clinique du trouble anxieux.

La CIM-10 définit le trouble anxieux généralisé comme une anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée (42). Le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

Les critères diagnostiques selon le DSM-IV TR sont (43) :

A- Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail)

B- La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation

C- L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois) :

(1) Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout

(2) Fatigabilité

(3) Difficultés de concentration ou trous de mémoire

(4) Irritabilité

(5) Tension musculaire

(6) Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)

D- L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un autre trouble de l'Axe I, par exemple l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le trouble anxieux de séparation), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme l'hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post traumatique

E- L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

F- La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par ex. hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

3.5.3. Critères en rapport avec les états de stress post-traumatiques

L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) est lui aussi une entité clinique des troubles anxieux. Il est à différencier de l'état de stress aigu qui survient dans les quatre semaines qui suivent le traumatisme et dont les troubles durent au moins deux jours. L'ESPT survient, lui, à distance du traumatisme et les troubles durent au moins un mois.

Selon la CIM-10 (42), l'ESPT constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

Les critères diagnostiques selon le DSM-IV TR sont (43) :

A- Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur

A- L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse

(3) Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication)

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

C- Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

(3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres

(6) Restriction des affects (par ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres)

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D- Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) Irritabilité ou accès de colère
- (3) Difficultés de concentration
- (4) Hypervigilance
- (5) Réaction de sursaut exagérée

E- La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois

F- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois

Chronique : si la durée des symptômes est de trois ou plus

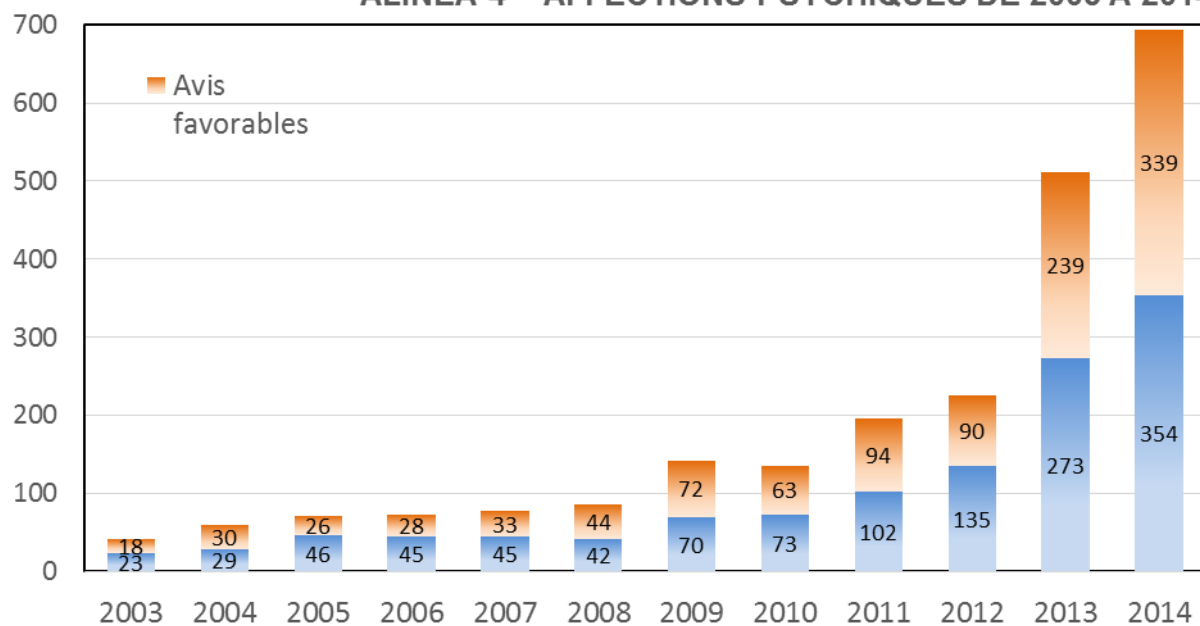
Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress

3.6. Bilan du dispositif

Dans le rapport de gestion 2014 de la CNAMTS (1), un bilan est fait sur les demandes de reconnaissance en pathologie professionnelle traitées par les CRRMP en alinéa 4 pour les affections psychiques. Le graphique 1 montre ainsi l'évolution au fil des années du nombre d'avis favorables et défavorables. Nous constatons que, de 2003 à 2012, l'augmentation du nombre total d'avis est quasi-linéaire. A partir de 2013, nous observons une augmentation franche du nombre total d'avis (225 en 2012 puis 512 en 2013). Ceci correspond, comme nous l'avons vu plus haut, à la suppression de la notion de stabilisation et à la création de la notion d'IP prévisible.

ALINÉA 4 - AFFECTIONS PSYCHIQUES DE 2003 À 2014

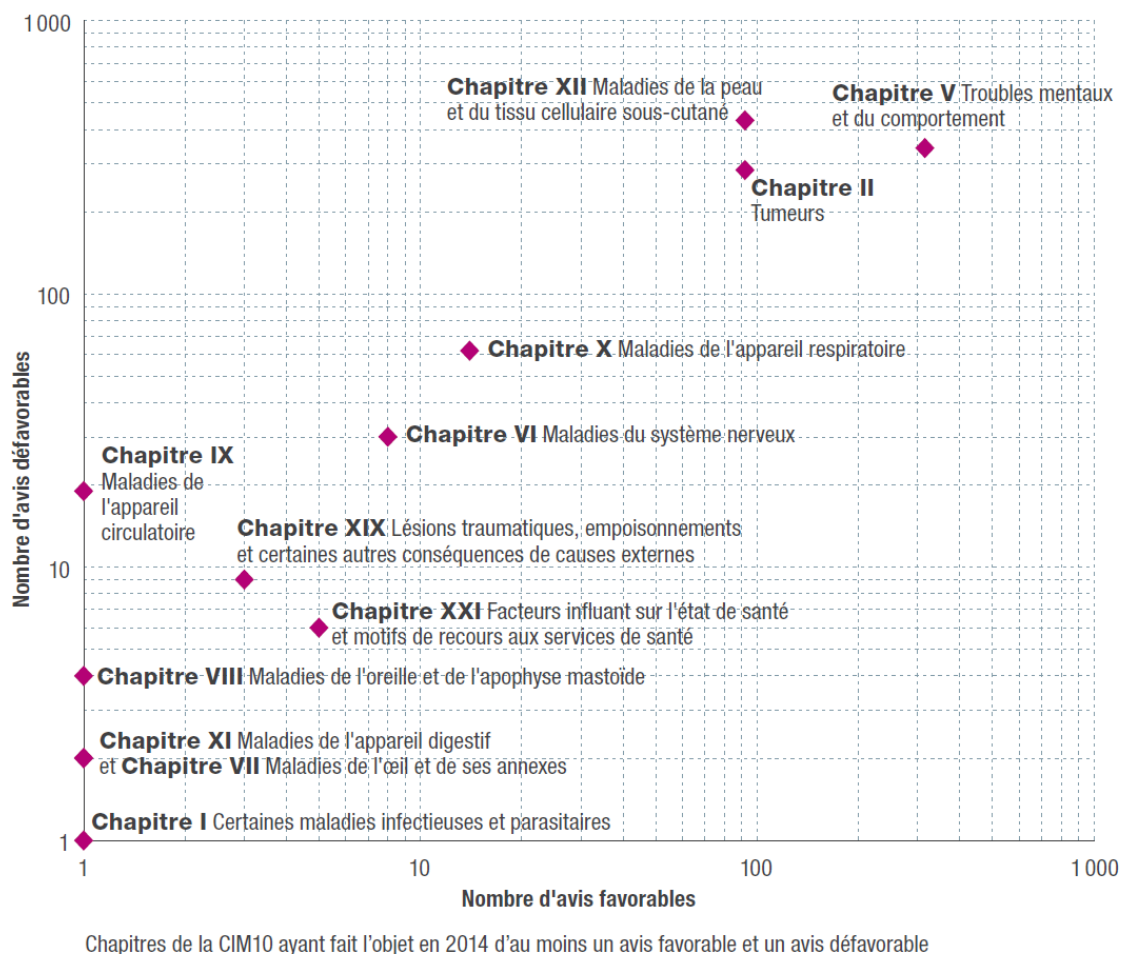


Graphique 1

Si nous comparons maintenant le nombre d'avis favorables/défavorables rendus en alinéa 4 sur l'année 2014 (graphique 2) par chapitre de la CIM-10, nous constatons bien que les troubles mentaux et du comportement sont les plus nombreux.

Ce constat a amené à évoquer, pour les risques psychosociaux, le terme de pathologie émergente.

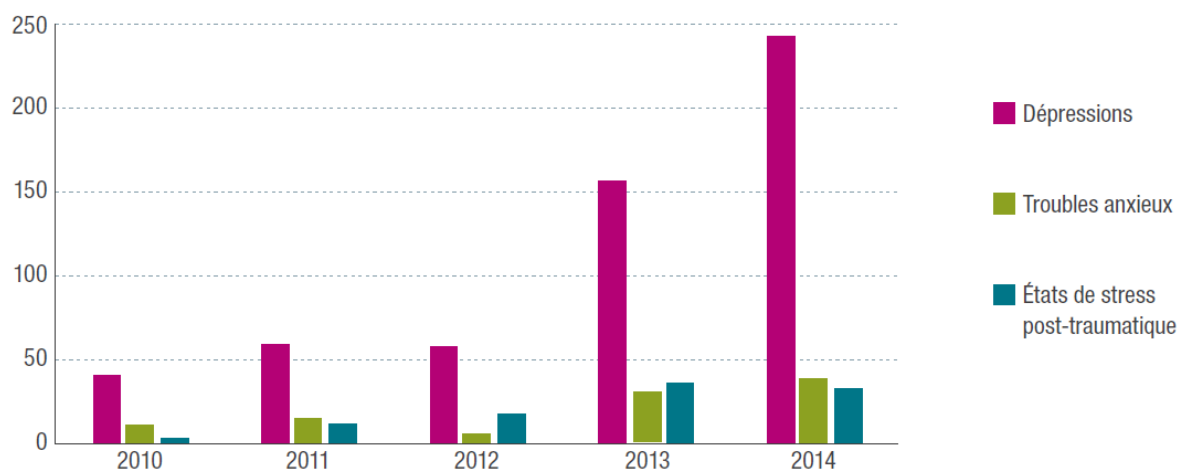
Nombres d'avis favorables et défavorables prononcés par les CRRMP en alinéa 4 en 2014 par chapitre de la CIM10*



Graphique 2

Comme nous l'avons rappelé, seules trois affections psychiques peuvent à priori être reconnues en maladie professionnelle : la dépression, le trouble anxieux et l'état de stress post-traumatique. Dans le diagramme suivant (graphique 3), nous voyons l'évolution des avis favorables dans le temps en fonction de la pathologie et nous constatons que les dépressions sont largement surreprésentées par rapport aux autres pathologies.

Nombre d'avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2010 à 2014



Graphique 3

4. APPROCHE EUROPEENNE DE LA RECONNAISSANCE DES AFFECTIONS PSYCHIQUES EN MALADIE PROFESSIONNELLE

Nous venons donc de voir les modalités de reconnaissance des pathologies psychiques en maladie professionnelle en France. Mais qu'en est-il dans les autres pays ?

4.1. Point comparatif en Europe

D'une manière générale, il est partout acquis que l'environnement de travail peut avoir un impact sur la santé physique mais aussi mentale des travailleurs. En revanche, la question de la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies psychiques ne fait pas l'unanimité en Europe. Un point comparatif sur ces possibilités de reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail et les procédures de reconnaissance en maladie professionnelle a été réalisé par le forum européen de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles sous la coordination d'EUROGIP. 10 pays européens ont participé à cette étude : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse (44).

4.1.1. Possibilités de reconnaissances en maladie professionnelle des pathologies psychiques liées au travail

En préambule, seul les Pays-Bas ne possèdent pas d'assurance sociale spécifique vis-à-vis des risques professionnels. Il n'y a donc pas de procédure de demande de reconnaissance à des fins d'indemnisation. Tous les autres pays de l'étude possèdent un système spécifique d'assurance sociale des accidents du travail et des maladies professionnelles. Et tous, en dehors de l'Espagne et de la Suède, ont un système mixte de reconnaissance c'est-à-dire une liste nationale de maladies professionnelles (conférant une présomption d'origine professionnelle) d'un côté et de l'autre, un système complémentaire de reconnaissance pour les pathologies non inscrites sur la liste. Ces pays ont donc un système de reconnaissance comparable au notre.

Un seul pays possède un tableau de maladie professionnelle pour une affection psychique depuis 2005. Il s'agit du Danemark pour le trouble de stress post-traumatique. Il s'agit donc bien d'une reconnaissance au titre de la liste de maladies professionnelles.

La Belgique, le Danemark et l'Italie ont, comme la France, recours à une reconnaissance au titre du système complémentaire. Pour cela, la réglementation de ces pays exige de démontrer l'existence d'un lien direct et essentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle.

En l'absence de système mixte de reconnaissance, la Suède et l'Espagne ont des procédures particulières :

- le système suédois repose sur un système de reconnaissance unique sur la preuve. Il n'existe pas de liste non plus et toutes les demandes sont examinées au cas par cas.
- en Espagne, les pathologies non inscrites sur les tableaux ne peuvent être reconnues qu'en accident du travail. Il faut que le travail en soit la cause exclusive ou qu'il ait joué un rôle aggravant sur une pathologie préexistante.

Trois pays ne permettent toujours pas la reconnaissance d'affections psychiques en maladie professionnelle. Il s'agit de la Finlande, de l'Allemagne et de la Suisse :

- en Finlande, la législation ne reconnaît en maladie professionnelle que les pathologies causées par des agents physiques, chimiques ou biologiques au travail. Un groupe de travail a étudié l'opportunité

d'intégrer le facteur psychique dans la définition des maladies professionnelles afin de permettre leur reconnaissance mais il a conclu à un manque de connaissances et de preuves scientifiques et médicales sur ce lien causal.

- en Allemagne et en Suisse, il existe bien un système complémentaire normalement ouvert à toute pathologie mais ces pays considèrent que l'état des connaissances actuelles ainsi que les preuves médicales et scientifiques sont insuffisantes pour pouvoir prendre des décisions positives.

4.1.2. Procédure de reconnaissance en maladie professionnelle

4.1.2.1. Les conditions de reconnaissance

Tous les pays possédant un système complémentaire exigent que le demandeur apporte la preuve par un lien direct et essentiel ou déterminant ou très probable, les termes variant en fonction du pays. Et, dans tous ces pays, la recherche d'une cause extra-professionnelle est primordiale.

L'Italie est le pays qui a posé le plus de restriction à son système complémentaire. Une pathologie psychique ne peut être reconnue comme maladie professionnelle que si elle est due à des conditions spécifiques et particulières imputables à des dysfonctionnements nés de l'organisation du travail. Pour se faire, un comité a été mandaté pour définir des méthodes de diagnostic étiologique de ces pathologies engendrées par le stress subi sur le lieu de travail. Ne sont alors reconnues maladies professionnelles que les pathologies psychiques en lien avec des incohérences dans le processus d'organisation du travail donc pas le licenciement, réaffectation,...Sont exclus les risques dus aux situations induites par les dynamiques psychologiques et relationnelles communes au milieu professionnel et au cercle de vie sociale et familiale. Les pathologies couvertes par l'assurance correspondent au syndrome de désadaptation et à l'état de stress post-traumatique.

En Suède, la maladie psychique doit être directement associée au travail et doit avoir entraînée une perte de revenus ou des séquelles psychologiques durables pour être reconnue maladie professionnelle. Comme en Italie, une loi du 1^{er} juillet 2002 définit les risques psychosociaux ne pouvant être à l'origine de la pathologie, à savoir les fermetures d'entreprises, les réductions de personnels, les conflits interpersonnels ou liés au contrat de travail, une modification des tâches par l'employeur, une absence de promotion ou le sentiment d'être sous-estimé.

En Espagne, seuls les troubles affectifs, les troubles phobiques et névrotiques, les troubles du comportement avec déficiences physiques ou organiques et les troubles de la personnalité peuvent être reconnus en maladie professionnelle.

Au Danemark, n'importe quel trouble peut être reconnu au titre des maladies professionnelles.

4.1.2.2. L'instruction des dossiers

Aucun des pays étudiés ne possède de réelle spécificité pour l'instruction des dossiers mais deux pays, en plus de la France, ont élaboré des outils d'aide à destination des organismes d'assurance.

L'instruction d'une maladie hors tableau est toujours confiée à une entité au sein de l'organisme d'assurance. Au Danemark et en Belgique, il s'agit d'une structure unique au niveau national alors que dans les autres pays, les personnes en charge ont une compétence territoriale.

Au Danemark, il existe un Comité des Maladies Professionnelles en charge de l'instruction de ces dossiers. Il est composé de représentants des salariés, d'employeurs et d'experts médicaux et doit rechercher la présence d'un lien causal entre la pathologie et le travail. C'est au demandeur d'en apporter la preuve mais il existe quand même une enquête réalisée par l'organisme d'assurance qui l'assiste en interrogeant l'employeur, en rassemblant les données médicales et en fournissant des articles scientifiques pertinents. La demande est examinée uniquement lorsque l'état de santé du demandeur est stabilisé. Le Danemark est un des deux pays possédant des outils pour l'instruction des dossiers. Le Comité des Maladies Professionnelles s'appuie sur un document de référence sorti en 2007 sur le lien entre les facteurs psychosociaux liés au travail et le développement des troubles mentaux. Il rassemble de nombreuses études scientifiques.

En Italie, c'est aussi au demandeur de prouver le lien entre la pathologie et le travail mais l'organisme d'assurance INAIL participe au rassemblement de ces preuves. La demande de reconnaissance est alors faite par le demandeur mais aussi un spécialiste en médecine du travail et un expert en médecine légale. Là aussi, l'état de santé du demandeur doit être stabilisé. L'Italie avait elle aussi diffusé en 2003 une circulaire auprès de ses structures territoriales pour fixer les modalités de traitement des demandes notamment sur la vérification des conditions de risque et pour l'établissement

du diagnostic. Elle a ensuite été annulée mais continue de donner des orientations sur les méthodes et les critères utilisés pour le diagnostic des pathologies psychiques liées au travail.

En Belgique, l'instruction du dossier est réalisée par un médecin de l'organisme d'assurance Fonds des Maladies Professionnelles et il doit rechercher la présence d'un lien causal direct et déterminant entre la pathologie et le travail. Il peut tout de même demander l'expertise d'un spécialiste. La décision de reconnaissance est ensuite prise sur la base du dossier d'instruction par des médecins externes à ce Fonds des Maladies Professionnelles et des fonctionnaires internes.

En Suède, l'Agence d'Assurance instruit la demande. La reconnaissance ne peut se faire que s'il existe de plus sérieux motifs en faveur d'une présomption du caractère professionnel de la maladie qu'en faveur du contraire et que si le salarié a subi une perte de revenus pendant au moins un an. Pour cela, des témoignages auprès de l'employeur, des collègues, des syndicats et des représentants de l'Administration sont recueillis. En cas de refus, une autre assurance complémentaire (AFA Försäkring) peut prendre en charge un accident dont le caractère professionnel n'a pas été reconnu par l'agence d'assurance sociale. C'est par cette voie que de nombreux troubles mentaux sont reconnus.

En Espagne, le dossier est instruit par le médecin de l'organisme d'assurance qui détermine si la pathologie est causée de manière exclusive par le travail ou aggravée par lui. Mais la plupart des demandeurs passent par les voies juridiques qui reconnaissent les pathologies psychiques comme accidents du travail et cette décision s'impose aux organismes d'assurance.

4.2. Cas particulier du Québec

Au Québec, toutes les lésions attribuables aux conditions de travail peuvent faire l'objet d'une demande d'indemnisation dans la mesure où elles sont causées par un accident du travail ou constituent une maladie professionnelle (45). Ces maladies sont définies dans l'article 2 de la Loi sur les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles (LATMP) comme étant « *une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou liée directement aux risques particuliers de ce travail* ». Ces lésions concernent aussi les affections psychiques. En revanche, une liste de maladie est annexée à cette loi et « *le travailleur atteint d'une maladie visée dans cette annexe est présumé atteint d'une maladie professionnelle s'il a exercé un travail correspondant à cette maladie d'après l'annexe* » (art.29) mais ces présomptions ne s'appliquent jamais aux troubles psychiques. En parallèle à notre système complémentaire, si la maladie n'est pas mentionnée dans l'annexe ou si le

travail ne correspond pas, l'article 30 permet au travailleur de démontrer que la maladie dont il est atteint constitue une maladie professionnelle au sens de la loi.

Les autres provinces canadiennes ont, elles, choisi d'exclure de la portée de leur législation les lésions psychiques qui ne sont pas associées à un traumatisme aigu en partie sous la pression du milieu des affaires.

Les critères permettant la reconnaissance du caractère professionnel des lésions psychiques se sont développés en jurisprudence, car ce sont les tribunaux administratifs qui ont le dernier mot quant à l'interprétation et à l'application de la LATMP. Pour satisfaire aux critères jurisprudentiels, le travailleur doit alors démontrer qu'il a été exposé à une situation exceptionnellement stressante au travail. Ces critères étant essentiellement subjectifs et flous, les demandes sont souvent contestées. La vie privée du travailleur fait souvent l'objet de l'attention des experts et du tribunal et la qualification d'événement stressant peut être controversée. Lorsque les conditions stressantes se manifestent graduellement, comme dans le cas du harcèlement psychologique, il appartient au tribunal de déterminer ce qui dépasse la situation stressante « normale » dans une entreprise québécoise.

Le caractère controversé des réclamations pour lésions psychiques est attribuable en partie au fait que les expertises médicales associées à ce type de réclamation ne peuvent se fonder sur des mesures dites objectives pour confirmer la gravité d'un problème de santé mentale, son étiologie et le rôle contributif des caractéristiques de la personne. Le droit assure une réparation, même si la personnalité ou les problèmes personnels de la personne malade ont pu contribuer au développement de sa lésion, dans la mesure où une maladie professionnelle est survenue en raison des conditions de travail ou lorsque les événements traumatisants vécus au travail, assimilables à un accident du travail, ont pu aggraver la condition de l'individu ou rendre symptomatique une condition jusqu'alors latente.

Partie II. ELABORATION D'UNE GRILLE APPLIQUEE A L'ETUDE DES DOSSIERS

1. ELABORATION DE LA GRILLE

Plusieurs étapes ont été nécessaires à la construction de la grille (annexe 3). En s'appuyant sur les données de la littérature, une première ébauche a ensuite pu être soumise à l'avis de différents intervenants du CRRMP. Les dernières modifications ont été décidées après la réalisation d'un test sur cinq dossiers.

1.1. Grille G0

L'objectif de la grille G0 est de rassembler le plus exhaustivement possible, l'ensemble des critères nécessaires aux membres du CRRMP pour les aider dans l'élaboration de leur avis. Comme nous l'avons vu dans la première partie de la thèse, pour reconnaître une affection psychique en maladie professionnelle, le CRRMP doit mettre en évidence un lien direct et essentiel entre la pathologie et le travail.

Le lien direct vise à approuver et à caractériser les expositions subies. L'INRS (31) le définit comme la connaissance bibliographique de cas analogues ce qui constitue un élément évidemment important mais non décisif. L'analyse de la sémiologie et l'évaluation de la cohérence du diagnostic (positif et différentiel) jouent un rôle déterminant dans l'évaluation de l'imputabilité, de même que l'étude de la relation chronologique entre exposition et maladie, en accordant, le cas échéant, une importance particulière aux délais d'apparition des symptômes et à la survenue d'une éventuelle récurrence à la reprise de l'exposition.

Appliqués aux psychopathologies, les éléments qui justifient un lien direct sont (46) :

- La présence de facteurs de risques psychosociaux retrouvés dans l'entreprise
- L'évolutivité de la symptomatologie présentée par rapport à l'exposition professionnelle habituelle (amélioration ou aggravation)
- Le délai d'apparition de la pathologie par rapport aux événements professionnels produits
- La présence et l'orientation des avis médicaux spécialisés, émanant d'un psychiatre, du médecin traitant ou du médecin du travail.

Le lien essentiel recherche la présence ou non de facteurs extraprofessionnels pouvant être à l'origine de la pathologie déclarée. L'INRS (31) précise que l'exigence d'un lien essentiel n'exclut pas nécessairement l'incidence d'autres facteurs que professionnels, mais il est nécessaire que les facteurs professionnels constituent l'élément perturbateur déterminant et prépondérant dans l'apparition de la maladie.

Dans le cadre de notre étude, le lien essentiel se caractérise par :

- L'existence ou non d'un terrain psychiatrique à risque
- L'existence d'un événement déclencheur d'origine extra-professionnel.

A partir de ces éléments, la grille a été construite en plusieurs parties en lien avec la démarche d'examen d'un dossier :

- La première partie reprend les éléments médicaux de l'individu avec les antécédents, les éléments caractérisant la pathologie actuelle, la notion d'événements déclencheurs professionnels ou extra-professionnels et la chronologie entre l'apparition de la maladie et les expositions professionnelles. On retrouve donc dans cette partie à la fois des éléments du lien direct et du lien essentiel.
- Une deuxième partie rassemble, de la manière la plus exhaustive possible, l'ensemble des facteurs de risques psychosociaux (lien direct) ainsi que les éléments du contexte de l'entreprise.
- La troisième partie porte sur les risques professionnels autres que les facteurs de risques psychosociaux déjà détaillés dans la seconde partie.
- Enfin, un tableau détaille l'ensemble des avis motivés que nous avons retrouvé dans les dossiers exploités (éléments du lien direct) ainsi que la décision finale du CRRMP.

La deuxième partie est la plus importante car elle répertorie l'ensemble des facteurs de risques psychosociaux retrouvés dans la littérature. Son élaboration repose sur les données bibliographiques issues principalement de trois documents principaux. Le premier est le rapport GOLLAC (13) qui a permis une classification de référence des risques psychosociaux en six dimensions et retrouvée dans la grille, à savoir :

- L'intensité et le temps de travail
- Les exigences émotionnelles
- L'autonomie et les marges de manœuvre
- Les rapports sociaux au travail
- Les conflits de valeurs
- L'insécurité de la situation de travail

Chacune de ces dimensions est ensuite divisée en famille (par exemple contraintes de rythme, objectifs irréalistes, charge de travail, ... pour la dimension intensité du travail) afin de classer les facteurs de risques par thème. Cette classification a été réalisée en fonction du rapport GOLLAC (13) mais aussi avec l'outil d'évaluation des risques psychosociaux de l'INRS (14) et les recommandations sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les CRRMP du COCT (36).

Pour faciliter le comparatif entre les différents documents déclaratifs présents dans les dossiers, il a semblé nécessaire de réaliser plusieurs colonnes afin de recenser l'ensemble des critères retrouvés

en fonction des témoignages. Trois colonnes ont donc été créées : la première pour le salarié qui dépose le dossier de demande de reconnaissance de maladie professionnelle, une deuxième pour le médecin du travail et enfin une troisième pour l'ensemble des témoignages rapportés par les enquêteurs des CPAM à savoir l'employeur et les collègues principalement.

Un tableau final reprend l'ensemble des avis pouvant être retrouvé dans un dossier : l'avis sapiteur, l'avis du psychiatre traitant, du médecin du travail, du médecin traitant, du médecin conseil qui évalue le taux d'IP, de l'inspecteur du travail sans oublier l'avis émis par le CRRMP après instruction de dossier.

A l'issue de ce travail de mise en forme, deux interrogations demeuraient : comment coter la présence de chaque facteur de risque les uns en fonction des autres et comment faire ressortir une notion de fréquence, de répétitivité et d'intensité ?

1.2. Grille G0 bis

Néanmoins, cette première trame G0 a été présentée en réunion collégiale afin de recueillir les avis des personnalités présentes, à savoir :

- Un médecin conseil régional siégeant au CRRMP
- Deux Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail d'Aquitaine participant au CRRMP
- Trois praticiens hospitaliers en pathologie professionnelle intervenant au CRRMP
- Deux psychologues du travail du service de Consultations de Pathologies Professionnelles (CPP) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

Les principaux sujets de discussion ont aussi porté sur la cotation des facteurs de façon individuelle mais aussi les uns par rapport aux autres. Trois notions semblaient alors importantes : l'intensité (avec une cotation allant de 1 à 4), la fréquence (de pluriquotidien à mensuel) et la durée d'exposition (en mois).

Les psychologues du travail ont relevé l'absence de facteurs présents dans le thésaurus des expositions professionnelles du Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P) de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) utilisé dans l'ensemble des services de CPP. Ces facteurs ont donc été rajoutés à la deuxième partie dans le paragraphe « Autres facteurs de majoration ».

1.3. Grille G0 ter

A partir de la grille élaborée, un test de faisabilité a été réalisé sur cinq dossiers. Plusieurs difficultés ont alors été rencontrées :

- Il est très difficile et surtout subjectif de quantifier, à partir des données existantes dans le dossier, l'intensité d'exposition à un facteur de risque. Dans les témoignages, les salariés retranscrivent les difficultés rencontrées sans qu'il soit possible d'établir une échelle d'intensité ; il est en revanche parfois possible de quantifier la fréquence et la durée d'exposition mais pas toujours. La cotation de l'intensité a alors été retirée de la grille. Pour la fréquence, en cas d'impossibilité de précision, un « P » pour « Présent » a été rajouté.

- La retranscription des risques à partir des différents témoignages conduit à relever un certain nombre de facteurs de risques sans pour autant qu'ils soient vécus comme délétères par les salariés ; il est nécessaire de garder une certaine neutralité à la lecture des dossiers afin de bien relever uniquement les facteurs de risques subis dans les témoignages.

Enfin, chaque grille est accompagnée d'une feuille, numérotée pour les besoins de l'anonymisation des dossiers, reprenant les renseignements d'ordre généraux comme la pathologie, le métier et le secteur d'activité de l'entreprise. La version finale de la grille G0 ter avec la feuille de présentation numérotée sont présentées en annexe 4.

2. PROCEDURE PREALABLE A L'ETUDE DES DOSSIERS

La réalisation de cette étude nécessite naturellement l'accès aux dossiers d'affections psychiques étudiés par le CRRMP d'Aquitaine pour la période choisie, donc du premier janvier 2013 au trente juin 2015. Un courrier de présentation générale de l'étude et de demande d'accès aux dossiers (annexe 5) a préalablement été adressé au directeur de la Direction Régionale du Service Médical d'Aquitaine (DRSM) pour obtenir l'accord de principe. Secondairement, sur demande expresse de la DRSM, une convention de collaboration a été établie entre la DRSM et le service de pathologie professionnelle du CHU de Bordeaux (annexe 6) ainsi qu'une fiche relative au respect du secret professionnel médical figurant en annexe 7.

De même, l'étude portant aussi sur les enquêtes réalisées par les CPAM, un courrier d'information et de demande d'utilisation des données dans un cadre universitaire (annexe 8) a été adressé à chacune d'entre elles avec le protocole et la grille.

Partie III. ETUDE ET ANALYSE DES DOSSIERS

1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1.1. Objectif

L'objectif de l'étude est d'élaborer une grille finale G2 à partir des éléments qui devraient être documentés pour optimiser l'instruction des dossiers en s'inspirant de la circulaire CIR-12/2014 de la CNAMTS (37) et en vue de leur présentation au CRRMP pour élaborer un avis motivé conformément à la réglementation. Cette circulaire reprend les recommandations du COCT sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les CRRMP.

Dans un premier temps, nous décrirons les caractéristiques administratives, sociodémographiques, socioprofessionnelles et médicales des salariés ayant saisi le CRRMP d'Aquitaine pour une psychopathologie. Puis nous identifierons les éléments à recueillir lors de la constitution des dossiers en vue de leur passage au CRRMP afin d'aider les membres du comité dans leur prise de décision.

1.2. Matériel et méthode

1.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, exhaustive et rétrospective des dossiers de pathologies psychiques présentés au CRRMP d'Aquitaine entre le premier janvier 2013 et le trente juin 2015.

1.2.2. Population concernée

Les dossiers concernés sont l'ensemble des dossiers d'affections psychiques étudiés par le CRRMP d'Aquitaine entre le premier janvier 2013 et le trente juin 2015. La date du premier janvier 2013 a été choisie afin d'avoir uniquement des dossiers présentant un taux d'IP prévisible supérieur ou égal à 25%.

1.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Les dossiers de demande de reconnaissance de pathologie professionnelle concernant une affection psychique ;
- Les travailleurs issus du régime de la sécurité sociale générale donc des CPAM ;
- Les dossiers dont la demande de reconnaissance en maladie professionnelle a été examinée par le CRRMP d'Aquitaine.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les dossiers ne traitant pas d'une affection psychique ;
- Les salariés issus des régimes de sécurité sociale autre que celui de la sécurité sociale générale (Mutuelle Sociale Agricole (MSA), minier, fonction publique, SNCF, ...) ;
- Les dossiers traités en dehors de la période de l'étude donc avant le premier janvier 2013 et après le trente juin 2015 ;
- Les dossiers traités par le CRRMP d'Aquitaine sur demande du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS).

Au total, cinquante salariés ont saisi le CCRMP d'Aquitaine pour une demande de reconnaissance d'une psychopathologie en maladie professionnelle. Sur ces cinquante dossiers, un dossier a été exclu de l'étude car le demandeur a retiré sa demande avant l'instruction et l'enquête de la CPAM n'a pas pu être réalisée. Nous n'avons donc ni le déclaratif du salarié ni les témoignages de l'employeur ou des collègues pour étudier les facteurs de risques psychosociaux présents.

1.2.4. Recueil des données

L'étude des dossiers s'est faite au sein des locaux de la DRSM d'Aquitaine. Une grille a été remplie pour chaque dossier d'affection psychique avec, systématiquement, un numéro d'anonymat attribué et une feuille jointe reprenant notamment les données administratives anonymisées. Le recueil des données s'est fait de façon manuelle.

1.2.5. Plan d'analyse des données

1.2.5.1. Matériel

Le masque de saisie et la saisie des données ont été réalisés avec le logiciel EPIDATA version 3.1. Ce travail a été fait avec l'aide d'un épidémiologiste.

1.2.5.2. Données recueillies

Pour chaque dossier, un recueil rétrospectif des données suivantes a été effectué :

- données administratives du dossier : date de présentation en comité et provenance géographique du dossier
- caractéristiques sociodémographiques du déclarant : sexe, date de rédaction du certificat médical initial, déclarant (salarié victime ou ayant-droit si le déclarant était décédé)
- caractéristiques socio-professionnelles du déclarant : poste de travail qui sera ensuite traduit dans la catégorie socio-professionnelle auquel il appartient à partir du niveau 1 de la nomenclature française simplifiée des Professions et Catégories Socio-professionnelle de 2003 établie par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (47). Sont relevés également le type de contrat et la date d'entrée dans l'entreprise
- secteur d'activité économique de l'entreprise concernée selon une classification en quatre groupes : l'industrie, le commerce, la construction et les services. La nomenclature choisie est celle utilisée par l'INSEE (48) dans le but de faire un comparatif de nos données avec celles de la population active en Aquitaine telles qu'elles sont présentées dans la littérature
- données médicales : diagnostic de la pathologie déclarée dans le rapport du médecin conseil, antécédents médicaux, pathologies associées, présence d'un traitement psychotrope, existence d'un suivi psychiatrique
- contexte de l'entreprise : notion d'un environnement socio-économique défavorable, interventions de l'inspection du travail, alertes formulées en CHSCT et présence de cas similaires dans la société. Ces critères sont cotés en oui/non/Non Renseigné (NR).
- expositions professionnelles subies selon la grille préétablie : facteurs de risques psychosociaux dans un premier temps puis les autres facteurs de risques professionnels. Les facteurs de risques psychosociaux sont notés « P » si présents. Dans la mesure du possible, la fréquence et la durée d'exposition sont aussi relevées. La fréquence d'exposition se décline en pluriquotidien (PQ), quotidien (Q), hebdomadaire (H), mensuel (M) ou moins souvent (-). La durée d'exposition est cotée en nombre

de mois d'exposition et +12 au-delà de douze mois d'exposition. La cotation des autres facteurs de risques professionnels s'est faite en oui/non/Non Renseigné (NR).

- avis rendu par le médecin du travail : favorable, défavorable, ne se prononce pas ou non renseigné
- autres avis rendus par le médecin traitant, le psychiatre traitant, l'avis sapiteur, l'enquêteur de la CPAM et l'inspecteur du travail avec la même cotation que pour l'avis du médecin du travail
- avis rendu par le CRRMP : favorable ou défavorable pour la reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle

Seule la notion de favorable ou défavorable concernant l'avis du CRRMP est relevée. La partie « motivée » de l'avis n'a pu être relevée car, pour des raisons de classement administratif, elle ne figure pas dans les dossiers.

1.2.5.3. Remarques-précisions méthodologiques

Concernant la fréquence et la durée d'exposition de l'exposition professionnelle subie :

Il est très difficile d'attribuer à une exposition professionnelle une gradation en terme de fréquence et de durée d'exposition (ponctuelle, quotidienne, continue,...). Les dossiers sont constitués de témoignages dans lesquels ces données ne sont pas hiérarchisées ou datées. En l'absence de données chiffrées objectivables concernant la fréquence et la durée d'exposition, nous avons tout de même relevé leur présence (P) afin que ces expositions puissent être prises en compte.

Concernant la réalité de l'exposition subie :

La présence d'une exposition est basée sur différentes sources d'informations : le témoignage du déclarant et du contradictoire à savoir l'employeur et les salariés mais aussi dans l'avis motivé du médecin du travail ou du psychiatre traitant lorsqu'ils sont présents. D'autres sources peuvent apporter une objectivité supplémentaire à la réalité d'une exposition subie à savoir un compte rendu d'intervention de l'inspection du travail ou d'une enquête menée dans le cadre du Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) de l'entreprise. Les différentes sources d'informations ont été notifiées dans le recueil des données.

Il reste cependant très délicat d'identifier au travers des témoignages les différentes causes pouvant être à l'origine d'une psychopathologie et de les pondérer les unes par rapport aux autres. Les caractéristiques individuelles et la subjectivité d'un vécu singulier s'intriquent et interfèrent avec les facteurs de risques psychosociaux.

A la lecture des dossiers, il faut laisser de côté de son propre ressenti et veiller à bien relever les facteurs de risque déclarés comme « subis » par le déclarant en toute objectivité.

Concernant l'existence d'un terrain personnel à risque :

Une attention particulière a été portée sur l'existence d'un antécédent personnel psychiatrique avec un relevé systématique du diagnostic et de sa date pour chaque dossier. Là encore, il s'agit principalement de données rapportées par le salarié mais dans certains cas, nous avons pu retrouver des courriers de spécialistes et des comptes rendus d'hospitalisation permettant de confirmer l'existence ou non d'un terrain particulier. Il s'agit là d'un élément important qui, s'il est présent, peut rendre impossible l'établissement du lien essentiel.

Concernant l'existence de facteurs déclencheurs/traumatisants :

Cette notion d'évènement déclencheur extra-professionnel fait référence à des éléments plutôt extrinsèques comme un décès récent, un divorce, un évènement familial pouvant altérer la santé mentale du déclarant. Cette notion de cofacteur est largement recherchée par les membres du CRRMP car elle occupe une place centrale dans la notion du lien essentiel.

Lorsqu'un évènement déclencheur a une origine professionnelle, nous allons pouvoir évaluer le délai d'apparition entre cet évènement déclencheur et le début des symptômes ce qui va venir alimenter la notion de lien direct.

1.2.5.4. Analyses statistiques

Une analyse descriptive globale a été réalisée en exprimant les données qualitatives sous forme de pourcentage afin d'être comparées aux données chiffrées relatives à la population salariée d'Aquitaine.

Les variables d'intérêt ont été comparées en fonction de l'avis rendu par le CRRMP à l'aide du test exact de Fisher et du test de Student. Le seuil de significativité retenu était de 5%.

Le traitement des données a été réalisé avec les logiciels EXCEL et EPIINFO version 3.5.1.

1.2.6. Aspects éthiques

La saisie des informations a été réalisée de façon manuelle par une personne unique et aucune donnée nominative concernant l'entreprise ou le salarié n'a été recueillie. Les données ont bien sûr été anonymisées au moment du recueil conformément à l'engagement pris avec la DRSM dans la convention et dans la fiche de respect du secret médical.

2. RESULTATS

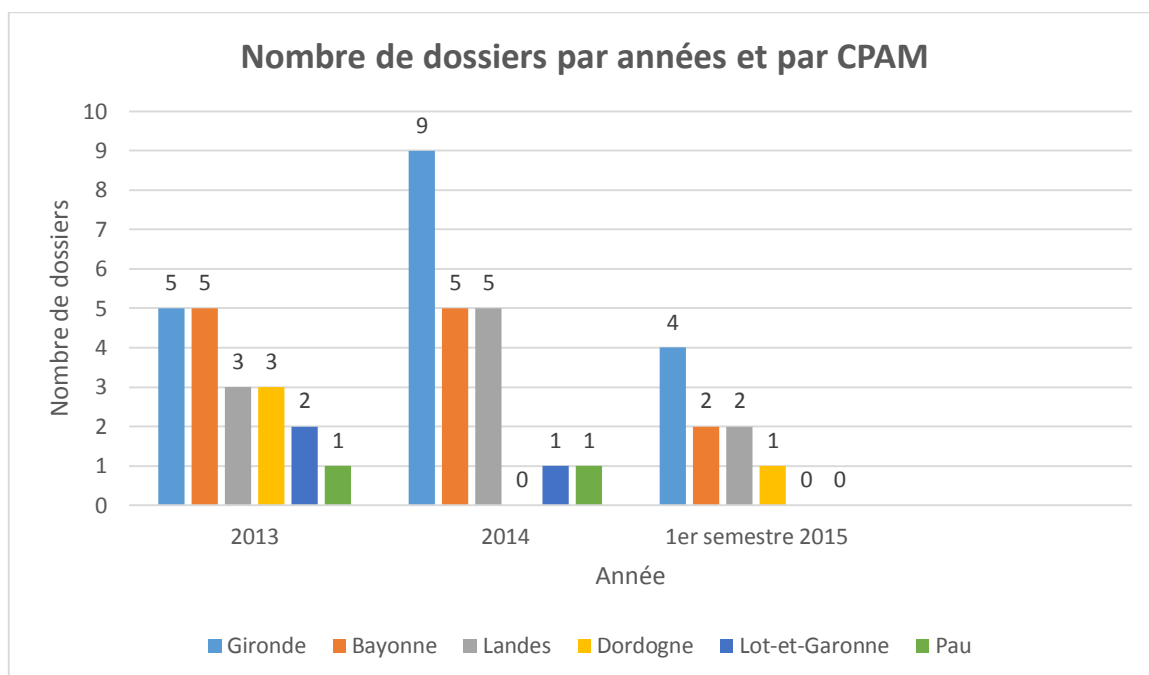
2.1. Résultats descriptifs de l'ensemble des dossiers

2.1.1. Répartition des dossiers par année et par département

Le CRRMP d'Aquitaine traite les dossiers émanant de six CPAM différentes : Gironde, Bayonne, Pau, Dordogne, Landes et Lot-et-Garonne.

Au total, 49 dossiers de psychopathologies ont été étudiés au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles d'Aquitaine. La répartition des dossiers par CPAM et par année est montrée dans le graphique 4 suivant.

Les principales CPAM pourvoyeuses de dossiers sont la Gironde, le secteur de Bayonne et les Landes avec respectivement un total de dix-huit dossiers (soit 36,7%), douze dossiers (soit 24,5%) et dix dossiers (soit 20,4%) sur la durée totale de l'étude.

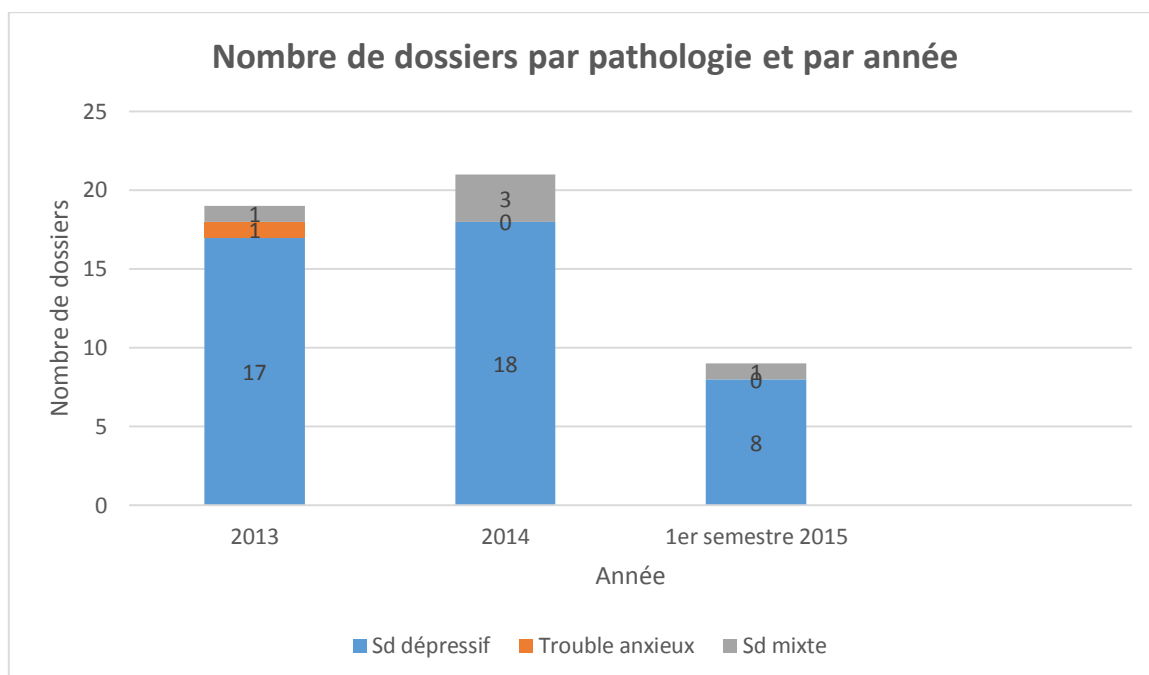


Graphique 4

2.1.2. Pathologies déclarées

Comme vu dans la première partie, seules trois psychopathologies peuvent faire l'objet d'une demande de reconnaissance en maladie professionnelle : l'état de stress post-traumatique, le syndrome dépressif et le trouble anxieux généralisé. Le graphique 5 montre le nombre de dossiers par pathologie et par année telles qu'elles sont mentionnées dans le rapport du médecin conseil.

Sur la période totale de l'étude, les dossiers de syndrome dépressif représentent 87,8% des demandes (soit quarante-trois dossiers), nous avons 10,2% de syndrome anxio-dépressif (soit cinq dossiers) et 2,04% de troubles anxieux (un seul dossier).

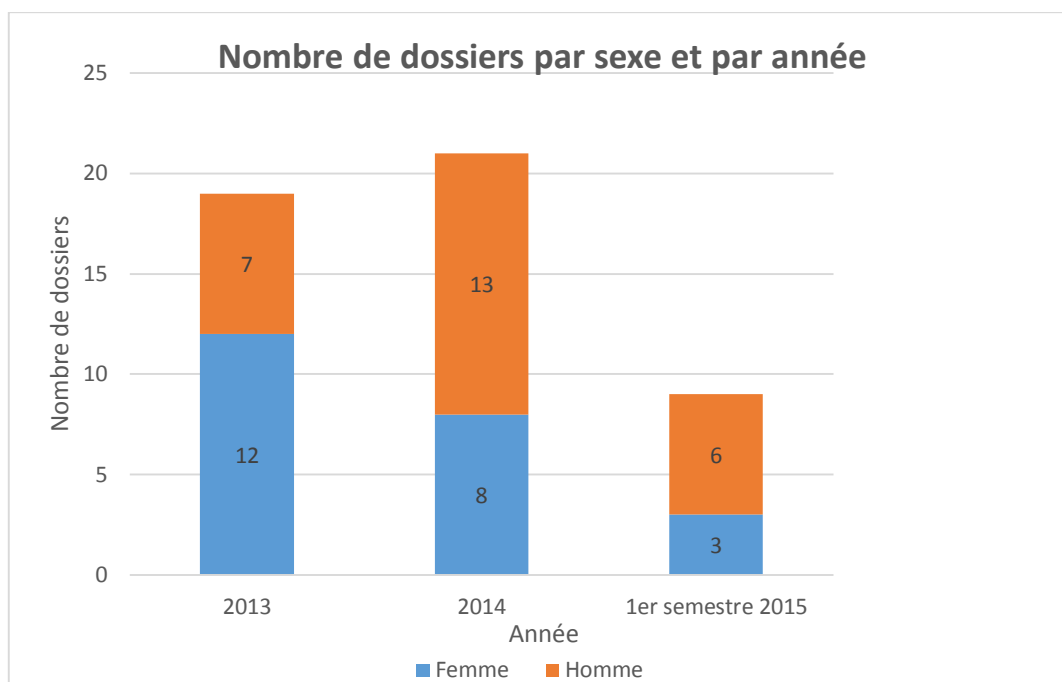


Graphique 5

2.1.3. Sexe des déclarants

Le graphique suivant montre la répartition des dossiers par sexe et par année. Cela fait un total de vingt-six dossiers pour les hommes (53,1%) contre vingt-trois pour les femmes (46,9%). Le sex-ratio est de 1,13%.

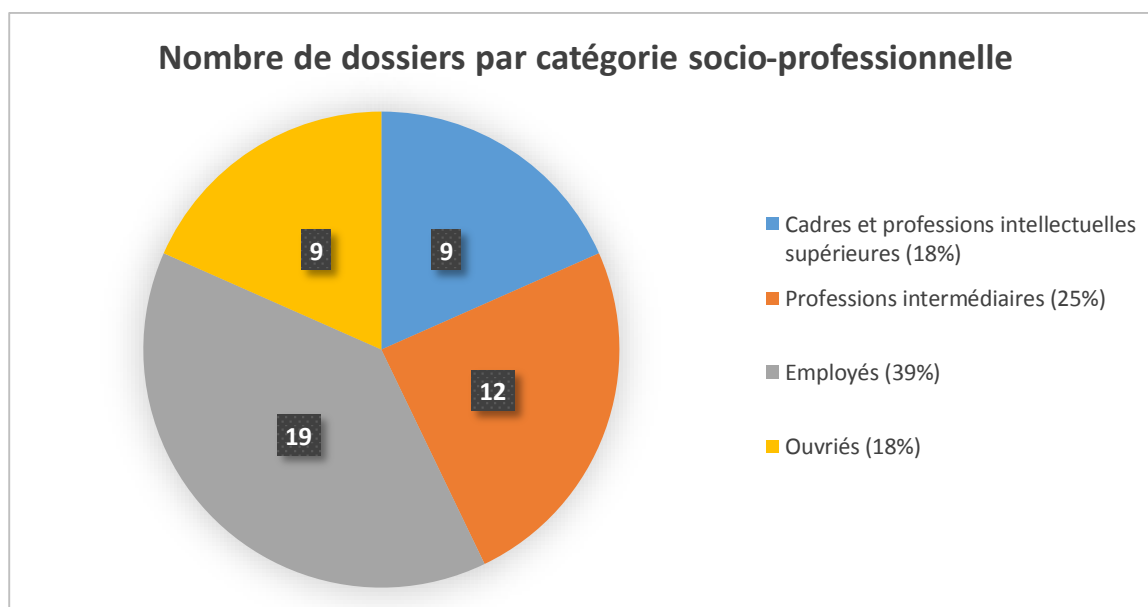
Mais si nous regardons cette répartition en fonction des années, nous remarquons qu'elle s'est inversée entre 2013 et 2014 avec plus de déclarants masculins pour 2014 et le premier semestre 2015.



Graphique 6

2.1.4. Caractéristiques socio-professionnelles et secteurs d'activité des déclarants

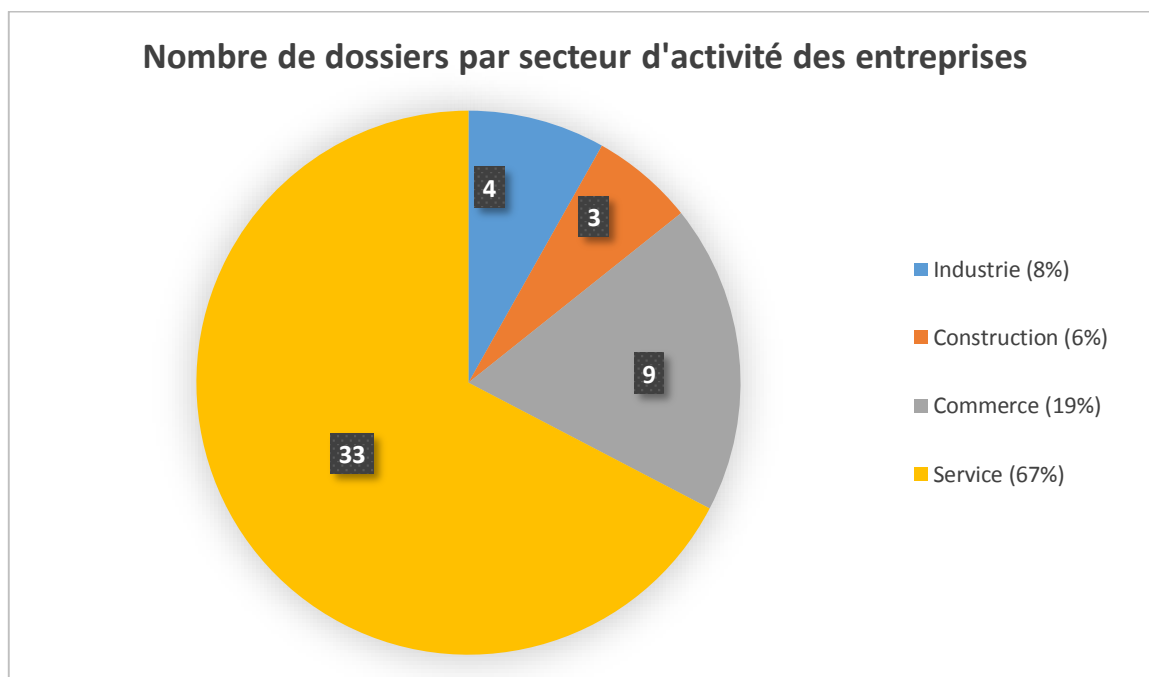
Voici le nombre de dossiers présentés en CRRMP d'Aquitaine par catégorie socio-professionnelle sur la durée de l'étude.



Graphique 8

Les dossiers du régime de la MSA n'étant pas inclus, il n'y a pas de dossier de la catégorie agriculteur et ouvrier agricole. Notons qu'il n'y a pas non plus de dossier de la catégorie artisans, commerçants et chef d'entreprise.

Voyons ce qu'il en est pour les secteurs d'activité des entreprises concernées sur le graphique 9 suivant :



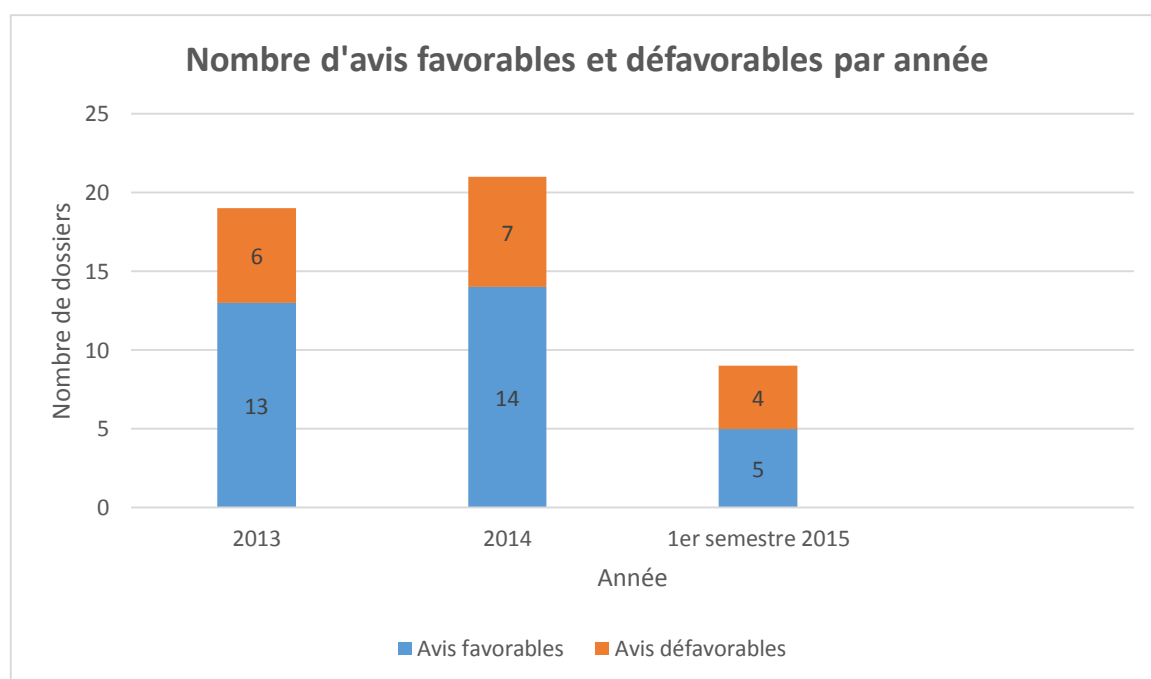
Graphique 9

En raison d'un effectif trop petit, le test du Khi deux n'a pu être utilisé pour comparer notre échantillon avec la population active en Aquitaine. Nous avons utilisé le test de Fisher exact en comparant les données deux à deux. Pour les secteurs d'activité et les catégories socio-professionnelles, notre échantillon est représentatif ($p > 0,05$) de la population active en Aquitaine (48) (47).

2.1.5. Avis rendus

2.1.5.1. Avis du CRRMP

Le nombre d'avis favorables et défavorables du CRRMP en fonction des années est représenté dans le graphique 7. Cela fait un total de trente-deux avis favorables (65,3%) pour dix-sept avis défavorables (34,7%).



Graphique 7

2.1.5.2. Avis du médecin du travail

Sur quarante-neuf dossiers étudiés, quarante possèdent un avis du médecin du travail soit 81,6%.

Sur ces quarante dossiers, nous avons :

- Dix-neuf avis favorables soit 47,5%
- Six avis défavorables soit 15%
- Quinze dossiers où le médecin ne se prononce pas soit 37,5%

2.1.5.3. Autres avis

Les autres avis relevés dans la grille sont les avis du médecin conseil des CPAM, du médecin traitant, du psychiatre traitant, les avis sapiteurs, des enquêteurs de la CPAM et des inspecteurs du travail.

Médecin conseil placé auprès de la CPAM:

Dix-sept dossiers possèdent un avis du médecin conseil soit 34,69% des dossiers. Parmi ces dossiers, nous avons douze avis favorables (70,59%) et cinq avis défavorables (29,41%).

Médecin traitant :

Quarante-quatre avis favorables du médecin traitant sont retrouvés (89,8% des dossiers). Il s'agit de l'ensemble des certificats médicaux initiaux (CMI) complétés par le médecin traitant et dont la pathologie comporte la mention « professionnelle » ou « secondaire au travail ». Les cinq dossiers restants sont des dossiers sans avis.

Psychiatre traitant :

Onze avis favorables sont retrouvés dans des courriers de psychiatres traitants (22,45%). Aucun avis défavorable n'est présent.

Avis sapiteur :

Sur l'ensemble des dossiers étudiés, vingt dossiers possèdent un avis sapiteurs soit 40,81%. Mais sur ces vingt avis, quatre sont favorables à la reconnaissance (20%) et les seize autres ne se prononcent pas.

Enquêteur de la CPAM et inspecteur du travail :

Aucun avis n'est retrouvé pour ces deux interlocuteurs.

2.1.6. Informations se rapportant à l'individu et son affection psychique

Pour rappel, cette première partie de la grille concerne les antécédents personnels, les données sur la pathologie actuelle et l'existence d'un événement déclencheur d'origine professionnelle ou non. Ces informations sont principalement rapportées par le demandeur directement ou via le rapport du médecin conseil ainsi que dans l'avis du médecin du travail. Elles peuvent être confirmées par la présence de courriers de psychiatres traitants ou autres spécialistes ainsi que par des comptes rendus d'hospitalisation. Le tableau suivant présente l'ensemble des résultats pour le déclaratif du salarié. Le critère « apparition des symptômes secondairement à la dégradation des conditions du travail » n'apparaît pas car il n'a jamais été rempli pour l'ensemble des dossiers.

Descriptif de l'individu et son affection psychique

INDIVIDU ET SON AFFECTION PSYCHIQUE	TOTAL n = 49					
	OUI		NON		NR	
	n	%	n	%	n	%
<u>Antécédents personnels</u>						
Psychiatriques	8	16,33	21	42,85	20	40,82
Hospitalisation en psychiatrie	5	10,2	6	12,24	38	77,56
Autre antécédent	13	26,53	1	2,04	35	71,43
<u>Pathologie actuelle</u>						
Amélioration clinique en dehors des périodes de travail	1	2,04	0	0	48	97,96
Traitement depuis plus de 6 mois	38	77,56	1	2,04	10	20,4
Suivi psychiatrique régulier	34	69,39	3	6,12	12	24,49
Pathologie associée	2	4,08	0	0	47	95,92
Avis sapiteur	19	38,78	0	0	20	61,22
<u>Existence d'un événement déclencheur</u>						
Origine professionnelle	26	53,06	0	0	23	46,94
Origine extra-professionnelle	8	16,33	1	2,04	40	81,63

NR : Non Renseigné dans le dossier

Tableau 1

Les pathologies associées présentes dans deux dossiers concernaient des troubles musculosquelettiques (TMS) dont une pathologie de l'épaule et une hernie discale. Pour aucun des deux dossiers, l'origine professionnelle de ces pathologies n'est démontrée.

Les événements déclencheurs d'origine professionnels rencontrés sont multiples. Les plus fréquents sont un changement de hiérarchie (huit dossiers), une agression verbale avec une personne interne à l'entreprise ou externe (cinq dossiers), une sanction injustifiée (trois dossiers) et l'arrivée d'un nouveau collègue (deux dossiers). Les causes suivantes ne sont retrouvées qu'à une reprise : mutation sur un autre site, départ d'un collègue, fermeture de site, réorganisation de l'entreprise, accident de travail grave d'un collègue, changement de service et annonce d'un plan social.

Les événements déclencheurs d'origine extra-professionnelle sont de l'ordre de deux catégories : un décès récent d'un proche pour cinq dossiers et divorces ou séparations récents pour quatre dossiers. Un dossier présentait à la fois les deux types d'évènement.

2.1.7. Informations sur le contexte de l'entreprise

Ces informations permettent de se faire une idée sur le contexte socio-économique de l'entreprise et si des alertes ont pu être formulées en CHSCT ou auprès de l'inspection du travail. L'étude des dossiers a permis de mettre en évidence l'intervention de l'inspecteur du travail dans neuf dossiers et la notion de rachat récent de l'entreprise dans six dossiers. A noter la présence de plusieurs cas au sein d'une entreprise dans trois dossiers mais il s'agit de trois salariés de la même entreprise.

Le tableau suivant montre la répartition des données pour le déclaratif salarié. Il n'y a, pour le contexte de l'entreprise, aucune réponse négative pour l'ensemble des témoignages, le tableau ne fait donc apparaître que le nombre de réponses positives.

Descriptif du contexte de l'entreprise

CONTEXTE DE L'ENTREPRISE	TOTAL n = 49					
	Déclaratif salarié		Déclaratif médecin du travail		Déclaratif employeur	
	n	%	n	%	n	%
Intervention de l'inspection du travail	9	18,37	1	2,04	1	2,04
Alerte formulée en CHSCT	3	6,12	2	4,08	0	0
Contexte social défavorable	0	0	0	0	0	0
Contexte économique défavorable	3	6,12	1	2,04	0	0
Entreprise placée en redressement judiciaire	0	0	0	0	0	0
Rachat récent de l'entreprise	6	12,24	1	2,04	1	2,04
Externalisation de l'entreprise	0	0	0	0	0	0
Suppression de poste en cours	1	2,04	0	0	0	0
Présence de plusieurs cas au sein de l'entreprise	3	6,12	0	0	0	0
Présence de cas reconnus en MP au sein de l'entreprise	1	2,04	0	0	0	0

MP : maladie professionnelle

Tableau 2

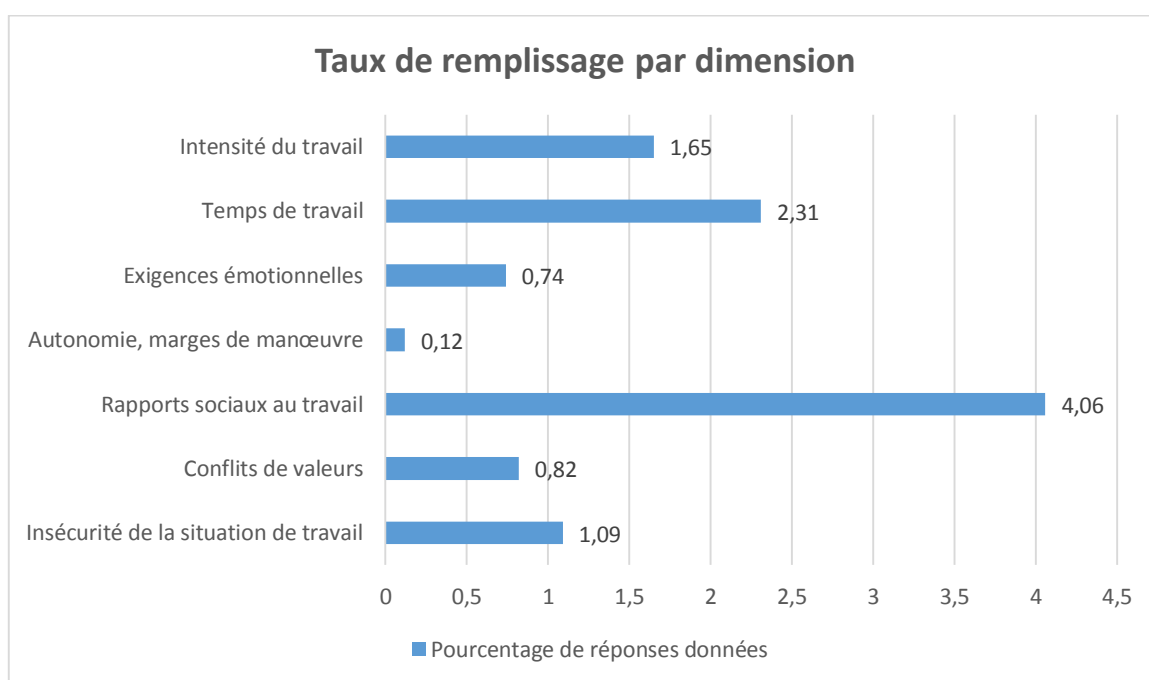
Sur les neuf dossiers affirmant l'intervention de l'inspecteur du travail, deux seulement présentaient le rapport de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

L'ensemble des informations retrouvées dans les déclaratifs du médecin du travail et de l'employeur sont toujours présentes dans celui du salarié. Il n'y a cependant pas de correspondance entre les réponses du médecin du travail et de l'employeur.

2.1.8. Taux de remplissage des facteurs de risques psychosociaux

Toujours dans le cadre de l'analyse descriptive, nous allons maintenant étudier le taux de remplissage pour l'ensemble des facteurs de risques psychosociaux. Le taux de remplissage correspond au nombre de variables déclarées présentes ou absentes (donc sans les « non renseigné ») pour chaque facteur de risques en fonction du nombre de dossiers.

Pour plus de clarté, la dimension « intensité et temps de travail » sera séparée en deux dimensions différentes. Dans le graphique suivant sont répertoriés les taux de remplissage par dimension.



Graphique 10

Nous constatons que trois dimensions semblent être plus représentées dans les différents témoignages : l'intensité et le temps de travail, les rapports sociaux au travail et l'insécurité de la situation de travail.

Selon l'INRS (12), l'accumulation des facteurs de risques psychosociaux est un élément aggravant dans l'altération de la santé. Nous avons donc étudié, dans le tableau suivant, le nombre de facteurs retrouvés présents dans l'ensemble des déclarations.

Nombre de facteurs de risques psychosociaux présents par dossier

Nombre de facteurs de risques	Nombre de dossiers concernés	Pourcentage de dossiers concernés
De 1 à 5	7	14,3
De 6 à 10	19	38,8
De 11 à 15	19	38,8
De 16 à 20	3	6,1
TOTAL	49	100%

Tableau 3

Nous constatons que la majeure partie des dossiers possèdent entre six et quinze facteurs de risques avec une moyenne de 9,8 facteurs de risques par dossier.

Nous allons maintenant étudier chacune des trois dimensions les plus renseignées plus en détail pour voir si certains facteurs ressortent plus que d'autres. Pour cela, nous ne retiendrons que les facteurs dont le taux de remplissage est supérieur à 10% dans le déclaratif du salarié c'est-à-dire présents dans au moins cinq dossiers sur les quarante-neuf. Pour chaque facteur ainsi retrouvé, nous étudierons l'ensemble des réponses données pour l'ensemble des témoignages.

2.1.8.1. Intensité du travail

Pour rappel, l'intensité du travail comprend huit familles de facteurs de risque différentes :

- Les contraintes de rythme
- Les objectifs irréalistes
- La charge de travail
- Les objectifs flous
- La polyvalence
- Les responsabilités importantes
- Les instructions contradictoires et les interruptions d'activités
- La sous-qualification

Sur ces huit familles, seules trois possèdent des facteurs de risques présents à plus de 10% dans le déclaratif du salarié : la charge de travail, la polyvalence et la sous-qualification.

Charge de travail :

Le facteur de risques retrouvé dans cette famille est la « surcharge de travail ressentie » à 28,57%, contre 6,12% pour la « sous charge de travail ressentie ». Le tableau suivant montre l'ensemble des réponses retrouvées.

Réponses pour la surcharge de travail ressentie

	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues	Autres
Réponse Oui/Présent	14	5	2	5	2
Réponse Non	0	0	2	0	0
Total	14	5	4	5	2
N - %	28,57	10,20	8,16	10,20	4,08

Tableau 4

Les deux réponses négatives de l'employeur sont retrouvées dans des dossiers où le salarié a déclaré présente cette surcharge.

Cette notion de surcharge de travail est également confirmée par un rapport du CHSCT et de l'inspection du travail dans deux dossiers différents.

Une notion de fréquence d'exposition est retrouvée dans cinq dossiers, il s'agit à chaque fois d'une fréquence quotidienne et trois de ces mêmes dossiers ont une durée d'exposition supérieure à un an.

Polyvalence :

Le facteur de risque retrouvé à plus de 10% est le « glissement des tâches et des responsabilités (ambiguïté des rôles) », présent à 14,29% soit dans sept dossiers. Aucune fréquence et durée d'exposition n'a pu être complétée pour ce facteur de risque. Voyons l'ensemble des réponses dans le tableau ci-après :

Réponses pour le glissement des tâches et des responsabilités

	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse Oui/Présent	7	1	0	7
Réponse Non	0	0	1	0
Total	7	1	1	1
N - %	14,29	2,04	2,04	2,04

Tableau 5

Sous-qualification :

Le facteur de risque présent est l'« absence de formation existante » présent à 20,41% soit dans dix dossiers. A noter qu'aucun médecin du travail ne s'est prononcé sur ce thème. Aucune fréquence et durée d'exposition n'a pu être complétées pour ce facteur.

Réponses pour l'absence de formation

	Déclaratif salarié	Déclaratif employeur	Déclaratif Collègues	Autre
Réponse Oui/Présent	10	0	2	1
Réponse Non	2	5	0	0
Total	10	5	2	1
N - %	20,41	10,20	4,08	2,04

Tableau 6

Nous constatons que l'employeur a toujours contesté l'absence de formation déclarée par le salarié.

Une enquête de CHSCT a aussi mis en évidence ce facteur dans un dossier.

2.1.8.2. Temps de travail

Cette dimension comporte deux familles de facteurs de risques :

- durée et organisation du temps de travail

- conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle

Seule la première contient des facteurs présents à plus de 10%.

Le premier facteur de risques retrouvé est la « durée hebdomadaire supérieure à 40h » présent dans 18,37% des déclarations des demandeurs (soit neuf dossiers). La fréquence a pu être cotée dans neuf dossiers (18,37%) et, sur ces neuf dossiers, nous avons sept fréquences « hebdomadaires » (77,8%). Concernant la durée d'exposition, elle est présente dans cinq dossiers (10,2%) dont quatre avec une durée d'exposition supérieure à un an.

Réponses pour la durée hebdomadaire supérieure à 40h

	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse Oui/Présent	9	1	1	4
Réponse Non	0	0	2	0
Total	9	1	3	4
N - %	18,37	2,04	6,12	8,6

Tableau 7

Le facteur de risques suivant est l'«extension de la disponibilité au-delà des horaires de travail » présent à 14,29% soit dans sept dossiers. La fréquence est présente dans quatre dossiers (8,16%) : deux de manière quotidienne et deux de façon hebdomadaire. La durée d'exposition est supérieure à un an à deux reprises (4,08%).

Réponses pour l'extension de la disponibilité au-delà des horaires de travail

	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse Oui/Présent	7	1	0	2
Réponse	0	0	1	0

Non				
Total	6	1	1	2
N - %	14,29	2,04	2,04	4,08

Tableau 8

Le « dépassement habituel des horaires » est présent à 14,29% soit dans sept dossiers. Aucun médecin du travail ne s'est prononcé pour ce facteur et l'ensemble des réponses données par les salariés, les employeurs et les collègues sont des réponses positives.

Cinq dossiers présentent une fréquence d'exposition quotidienne et une hebdomadaire. Concernant la durée d'exposition, deux sont supérieures à un an, une égale à quatre mois et une égale à huit mois.

Ce facteur de risques signifie que le salarié reste à son poste de travail après son heure normale de débauche ou arrive avant son heure d'embauche. A l'inverse du facteur de risque précédent où il s'agit d'une disponibilité par téléphone ou par mail alors que le salarié a quitté son poste de travail.

Réponses le dépassement habituel des horaires

	Déclaratif salarié	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse	7	1	2
Oui/Présent			
Total %	14,29	2,04	4,08

Tableau 9

Les « heures supplémentaires non payées ou non récupérées » sont présentes à 12,24% soit dans six dossiers. Là non plus, nous n'avons pas d'information émanant du médecin du travail.

Quatre fréquences d'exposition mensuelles ont pu être relevées et une quotidienne. Trois durées d'exposition sont supérieures à un an et une égale à trois mois.

Réponses pour les heures supplémentaires non payées

	Déclaratif salarié	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse	6	0	3
Oui/Présent			
Réponse	0	1	0

Non			
Total	6	1	3
N - %	12,24	2,04	6, 12

Tableau 10

Enfin, le « repos hebdomadaire régulièrement inférieur à 48h » est présent à 12,24% soit dans six dossiers et à nouveau non renseigné par les médecins du travail.

Cinq fréquences hebdomadaires sont relevées, une quotidienne et une mensuelle. Une durée d'exposition de trois mois, une de quatre mois et deux supérieures à un an sont présentes.

Réponses pour le repos hebdomadaire inférieur à 48h

	Déclaratif salarié	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse	6	0	1
Oui/Présent			
Réponse	0	1	0
Non			
Total	6	1	1
N - %	12,24	2,04	2,04

Tableau 11

2.1.8.3. Rapport sociaux au travail

Il s'agit de la dimension la plus présente dans l'échantillon de dossiers étudiés. Pour rappel, les rapports sociaux au travail sont composés de six familles de facteurs de risque différentes :

- La relation avec les collègues
- La relation avec la hiérarchie
- La violence interne au travail
- La rémunération et carrière
- L'évaluation du travail
- L'attention portée au bien-être des collègues

Nous allons étudier chacune de ces familles séparément car elles comportent toutes des facteurs de risques avec un taux de remplissage supérieur à 10%.

Relation avec les collègues :

Deux facteurs de risques psychosociaux sont retrouvés. Le premier relevé est le « manque de soutien dans les situations difficiles » dans 10,20% des déclarations des salariés (soit cinq dossiers). Ni fréquence ni durée d'exposition ne sont spécifiées.

Le deuxième est la « situation de tension avec les collègues » dans 32,65% soit seize des déclarations des salariés, sans fréquence ni durée d'exposition non plus.

Réponses pour les facteurs de la relation avec les collègues				
	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
<u>Manque de soutien dans les situations difficiles</u>				
Réponse Oui/Présent	5	1	1	1
Réponse Non	0	0	1	0
Total	5	1	2	1
N - %	10, 20	2,04	4,08	2,04
<u>Situation de tension avec les collègues</u>				
Réponse Oui/Présent	14	4	6	3
Réponse Non	2	0	3	0
Total	16	4	9	3
N - %	32,65	8,16	18,37	6,12

Tableau 12

Relation avec la hiérarchie :

Tous les facteurs de risques de cette famille sont présents à plus de 10% dans le déclaratif du demandeur.

D'abord, le « déficit vécu de soutien de la hiérarchie dans les situations difficiles » est présent à 32,65% soit dans seize dossiers puis le « caractère distant de la hiérarchie » est présent dans cinq dossiers soit à 10,20%. Nous n'avons ni fréquence ni durée d'exposition sur ces facteurs de risques.

Le « changement récent ou multiple de la hiérarchie » concerne 18,37% des dossiers (soit neuf dossiers). Nous ne possédons pas d'information du médecin du travail sur ce facteur de risques ni sur la fréquence ni sur la durée d'exposition dans le déclaratif du salarié.

La « sensation de mise au placard » ressort à 12,27% soit dans six dossiers. Aucune fréquence n'est précisée mais nous avons une durée d'exposition de neuf mois dans un dossier.

Enfin, la « relation vécue délétère avec la hiérarchie » est présente à 71,43% des déclarations des salariés soit dans trente-cinq dossiers et nous avons un rapport de l'inspection du travail mentionnant ce facteur de risques. Sur les trente-cinq dossiers où le salarié évoque ce facteur de risque, six présentent une fréquence d'exposition quotidienne et une fréquence hebdomadaire. Nous avons aussi une durée d'exposition de plus d'un an dans neuf dossiers et de huit mois dans un.

Réponses pour les facteurs de la relation avec la hiérarchie

	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
<u>Déficit vécu de soutien de la hiérarchie dans les situations difficiles</u>				
Réponse Oui/Présent	16	3	0	4
Réponse Non	0	0	5	0
Total	16	3	5	4
N - %	32,65	6,12	10,2	8,16
<u>Caractère distant de la relation hiérarchique</u>				
Réponse Oui/Présent	5	0	0	0
Réponse Non	0	0	1	0
Total	5	0	1	0
N - %	10,20	0	2,04	0
<u>Changement récent ou multiple de la hiérarchie</u>				
Réponse Oui/Présent	9	2	1	2
Total %	18,37	4,08	2,04	4,08
<u>Sensation de mise au placard</u>				
Réponse Oui/Présent	6	0	0	1
Réponse Non	0	0	2	0
Total	6	0	2	1

N - %	12,27	0	4,08	2,04
<u>Relation vécue délétère avec la hiérarchie</u>				
Réponse Oui/Présent	35	7	16	15
Réponse Non	0	0	4	0
Total	35	7	20	15
N - %	71,43	14,29	40,82	30,61

Tableau 13

Nous constatons que le facteur de risque « relation vécue comme délétère » est largement surreprésenté par rapport à l'ensemble des autres facteurs de la grille et nous pouvons donc nous poser la question d'un biais de remplissage de ce facteur comme un facteur délétère et s'il n'a pas fait l'objet d'un double remplissage avec d'autres facteurs comme les agressions verbales par exemple.

Violence interne au travail :

Deux facteurs de risques sont présents à plus de 10%. Le premier correspond aux « comportements méprisants, agressions verbales, injures et menaces » que l'on retrouve dans 61,22% des déclarations des demandeurs (soit trente dossiers). Nous avons deux fréquences quotidiennes pour ce facteur de risques, quatre durées d'exposition supérieures à un an et une de un an.

Le second facteur de risques est le fait d'« être témoin de violence interne au sein de son entreprise » présent dans 12,24% du déclaratif salarié soit dans six dossiers. Uniquement des réponses positives sont répertoriées. Aucune fréquence n'est retrouvée mais nous avons une durée d'exposition d'un an.

Réponses pour les facteurs de la violence interne au travail

	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
<u>Comportements méprisants, agressions verbales, injures, menaces</u>				
Réponse	30	1	2	6
Oui/Présent				
Réponse	0	0	4	1
Non				
Total	30	1	6	7
N - %	61,22	2,04	12,24	14,29
<u>Etre témoin de violence interne au sein de son entreprise</u>				
Réponse	6	0	0	2
Oui/Présent				
Total %	12,24	0	0	4,08

Tableau 14

Rémunération et carrière :

Le seul facteur de risques retrouvé dans cette famille est la « rémunération jugée insuffisante » à 30,61% soit dans quinze dossiers. Ce facteur de risques n'est présent dans aucune déclaration du médecin du travail. Nous n'avons aucune durée d'exposition de précisée mais quatre dossiers précisent une fréquence mensuelle de ce facteur.

Réponses pour la rémunération jugée insuffisante

	Déclaratif salarié	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse	14	0	1
Oui/Présent			
Réponse	1	3	0
Non			
Total	15	3	1
N - %	30,61	6,12	2,04

Tableau 15

Evaluation du travail

Trois facteurs de risques sont concernés par la valeur seuil de 10%.

Le premier est la « procédure de contrôle perçue comme excessive » selon 16,33% des demandeurs soit huit dossiers donc un avec une durée d'exposition supérieure à un an. Un rapport de l'inspection du travail permet de confirmer l'existence de ce facteur dans un dossier.

Le second est le « déni de la qualité du travail » dans 10,20% des témoignages du salarié soit dans cinq dossiers. Pour ce facteur, l'ensemble des réponses sont positives et un rapport de l'inspection du travail confirme ce facteur dans un dossier qui est le même que pour le facteur précédent.

Puis nous trouvons la notion de « sanction injustifiée » dans 12,24% des cas soit dans six dossiers.

Aucune fréquence ni durée d'exposition n'est retrouvées pour les deux derniers facteurs de risques cités ci-dessus.

Réponses pour les facteurs de l'évaluation du travail

	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues	Autre
<u>Procédure de contrôle perçue comme excessive</u>					
Réponse	8	0	1	2	1
Oui/Présent					
Réponse	0	0	2	0	0
Non					
Total	8	0	3	2	1
N - %	16,33	0	6,12	4,08	2,04
<u>Déni de la qualité du travail</u>					
Réponse	5	1	0	0	1
Oui/Présent					
Total %	10,20	2,04	0	0	2,04
<u>Sanction injustifiée</u>					
Réponse	6	0	0	0	0
Oui/Présent					
Réponse	0	0	2	0	0

Non					
Total	6	0	2	0	0
N - %	12,24	0	4,08	0	0

Tableau 16

Attention portée au bien-être des salariés :

Cette famille contient un facteur de risques qui est le « déséquilibre dans la distribution du travail » dans 10,20% des dossiers soit cinq dossiers. Le médecin du travail n'a jamais mentionné ce facteur dans ses avis. Aucune fréquence ni durée d'exposition n'a été précisées.

Réponses pour le déséquilibre dans la distribution du travail

	Déclaratif salarié	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse	5	0	1
Oui/Présent			
Réponse	0	1	0
Non			
Total	5	1	1
N - %	10,20	2,04	2,04

Tableau 17

2.1.8.4. Insécurité de la situation de travail

La dimension sur l'insécurité de la situation de travail contient trois familles de facteurs de risques à savoir :

- La sécurité de l'emploi, du salaire et de la carrière
- Le caractère soutenable de la situation dans la durée
- La conduite du changement dans l'entreprise

Seule la première famille possède un facteur de risques présent à plus de 10%, il s'agit de la « procédure de licenciement en cours contre l'agent ou déjà effectuée » que nous retrouvons dans

42,86% des déclarations des demandeurs soit dans vingt-et-un dossiers. Sur l'ensemble de ces dossiers, il s'agit de vingt procédures de licenciement suite à une inaptitude au poste et un licenciement pour faute. Toutes les réponses données sont des réponses positives.

Réponses pour la procédure de licenciement				
	Déclaratif salarié	Déclaratif médecin du travail	Déclaratif employeur	Déclaratif collègues
Réponse Oui/Présent	21	3	4	1
Total %	42,86	6,12	8,16	2,04

Tableau 18

Nous venons de voir en détail les trois dimensions les plus présentes mais qu'en est-il des autres ?

2.1.8.5. Les dimensions non représentées

Nous avons vu précédemment que, selon la bibliographie, les facteurs de risques sont classés selon six grandes dimensions. Nous venons d'en étudier trois mais qu'en est-il pour les trois restantes à savoir :

- les exigences émotionnelles
- l'autonomie et les marges de manœuvre
- les conflits de valeurs

Pour les exigences émotionnelles, seuls le « contact direct avec le public » et le « vécu d'insécurité » sont retrouvés dans au plus trois dossiers (6,12%). Ces deux facteurs de risques appartiennent aux familles relation avec le public et peur au travail.

Pour l'autonomie et les marges de manœuvre, un seul facteur de risques sur les deux familles (autonomie dans la tâche et utilisation et développement des compétences) n'est présent que dans deux dossiers (4,08%). Il s'agit des « tâches non en rapport avec les qualifications du salarié ».

Enfin, les conflits de valeurs dénombrent trois facteurs de risques présents dans les dossiers : « faire un acte allant à l'encontre de ses principes » dans trois dossiers (6,12%), « être témoin impuissant d'actes allant à l'encontre de ses principes » pour deux dossiers (4,08%) et l' « absence de moyen pour faire un travail de qualité » dans un seul dossier (2,04%).

2.1.9. Analyse des autres facteurs de majoration

Cette partie de la grille met en avant deux critères. 22,45% des dossiers étudiés (soit onze dossiers) concernent des personnes reconnues comme travailleur handicapé. Dix-sept demandeurs (34,69% des dossiers) ont aussi fait un recours auprès des prud'hommes.

2.1.10. Analyse des autres facteurs de risques professionnels

La dernière partie de la grille concerne l'ensemble des facteurs de risques professionnels en dehors des facteurs de risques psychosociaux. Nous y retrouvons les risques physiques, biologiques, chimiques, les nanomatériaux et nanoparticules, les champs électromagnétiques, les radiations ionisantes, le risque d'incendie et d'explosion, le risque électrique et enfin les facteurs de pénibilité.

Seuls un risque physique et trois facteurs de pénibilité sont retrouvés dans le déclaratif du salarié. Le tableau suivant montre la répartition de ces facteurs dans le déclaratif salarié.

Réponses positives du salarié concernant les autres facteurs de risques professionnels

Autres facteurs de risques professionnels	Total n = 49	
	n	%
<u>Risque physique</u>		
Ambiance thermique	2	4,08
<u>Facteurs de pénibilité</u>		
Manutention de manuelle de charges lourdes	2	4,08
Bruit	2	4,08
Travail de nuit	1	2,04

Tableau 19

2.2. Analyse comparative en fonction de la décision du CRRMP

2.2.1. Analyse avec les autres avis présents dans le dossier

2.2.1.1. Analyse avec les avis du médecin du travail et les avis sapiteurs

Les tableaux suivants donnent les résultats issus du croisement des avis du médecin du travail et sapiteurs en fonction de l'avis émis par le CRRMP.

Comparaison des avis du médecin du travail avec l'avis du CRRMP

N = 25	Avis du médecin du travail		Avis du CRRMP	
	n	%	n	%
Favorable	19	76	19	76
Défavorable	6	24	6	24

^a Test exact de Fisher

Tableau 20

Comparaison des avis sapiteurs avec l'avis du CRRMP

N = 4	Avis sapiteur		Avis du CRRMP	
	n	%	n	%
Favorable	4	100	3	75
Défavorable	0	0	1	25

^a Test exact de Fisher

Tableau 21

Pour les deux croisements, p est supérieur au seuil de significativité donc il n'y a pas de différence entre les avis du CRRMP et les avis du médecin du travail ou sapiteurs. Donc nous pouvons conclure que les avis du médecin du travail et les avis sapiteurs sont concordants avec ceux du CRRMP.

2.2.1.2. Analyse avec les avis du médecin conseil placé au sein de la CPAM et du psychiatre traitant

Les tableaux suivants dressent les résultats issus du croisement entre l'avis du CRRMP avec l'avis du médecin conseil dans un premier temps, puis avec l'avis du psychiatre traitant dans un second temps.

La comparaison avec les avis des médecins traitant n'a pas été réalisée car il s'agit uniquement d'avis mentionnés sur les CMI.

Comparaison avec l'avis du médecin conseil placé au sein de la CPAM

N = 17	Avis du médecin conseil		Avis du CRRMP	
p ^a = 0,481	n	%	N	%
Favorable	12	70,59	9	52,94
Défavorable	5	29,41	8	47,06

^a Test exact de Fisher

Tableau 22

Comparaison avec l'avis du psychiatre traitant

N = 15	Avis du psychiatre traitant		Avis du CRRMP	
p ^a = 0,483	n	%	N	%
Favorable	15	100	13	86,67
Défavorable	0	0	2	13,33

^a Test exact de Fisher

Tableau 23

Pour les avis du médecin conseil et du psychiatre traitant, il n'y a pas de différence significative (p>0,05) entre leurs avis et celui du CRRMP.

2.2.2. Analyse avec les données de l'individu et de son affection psychique

L'intérêt de l'analyse des résultats en fonction de l'avis du CRRMP est d'évaluer si des critères peuvent être plus importants que d'autres dans la prise de décision afin de les faire apparaître dans notre grille finale.

Pour les critères de la partie « individu et son affection psychique », il semble important d'analyser ceux qui permettent de documenter le lien direct ou essentiel.

Le tableau suivant croise la présence ou l'absence d'antécédent psychiatrique avec l'avis du CRRMP. Pour plus de précision, une première analyse a été faite en fonction de la présence ou de l'absence d'antécédent personnel psychiatrique supérieur ou inférieur à dix ans puis avec des antécédents personnels psychiatriques diagnostiqués inférieurs à dix ans.

Comparaison des antécédents personnels psychiatriques supérieur ou inférieur à 10 ans en fonction de l'avis du CRRMP

N = 29	Avis favorable du CRRMP		Avis défavorable du CRRMP		p ^a
	n	%	n	%	
<u>Antécédent personnel psychiatrique inférieur ou supérieur à 10 ans</u>					0,433
Présent	4	22,22	4	36,36	
Absent	14	77,78	7	63,64	
<u>Antécédent personnel psychiatrique inférieur à 10 ans</u>					0,045
Présent	0	0	3	27,27	
Absent	18	100	8	72,73	

^a Test exact de Fisher

Tableau 24

Le test nous permet de dire qu'il n'y a pas de différence significative ($p > 0,05$) entre la présence d'un antécédent personnel psychiatrique quelle que soit la date de diagnostic et l'avis du CRRMP. En revanche, le p-value est inférieur au seuil de significativité lorsque l'on distingue les antécédents de plus de 10 ans de ceux de moins de 10 ans donc la différence devient significative.

Voyons maintenant s'il existe un lien entre la présence d'évènement extra-professionnel ou professionnel et la décision du CRRMP.

Comparaison de l'existence ou non d'un évènement extra-professionnel ou professionnel avec l'avis du CRRMP

	Avis du CRRMP favorable		Avis du CRRMP défavorable		N
	n	%	n	%	p ^a
<u>Evènement professionnel</u>					N = 26
					p = 1
Présent	16	100	10	100	
Absent	0	0	0	0	
<u>Evènement extra-professionnel</u>					N = 9
					p = 0,44
Présent	3	75	5	100	
Absent	1	25	0	0	

^a Test exact de Fisher

Tableau 25

Pour la notion d'évènement professionnel, nous ne pouvons à priori conclure en l'absence de données pour l'ensemble des variables.

Concernant l'évènement extra-professionnel, il n'y a pas de différence significative entre l'existence d'un évènement extra-professionnel et l'avis du CRRMP ($p > 0,05$), nous ne pouvons donc pas dire que l'existence d'un évènement extra-professionnel est plutôt défavorable à la reconnaissance en maladie professionnelle.

2.2.3. Facteurs de risques et avis du CRRMP

Nous avons vu que les dossiers étudiés contiennent en moyenne 9,8 facteurs de risques psychosociaux pour l'ensemble des témoignages. Voyons maintenant si le nombre de facteurs présents dans un dossier peut jouer un rôle dans la décision du CRRMP. Pour cela, nous avons utilisé le test du Student afin de comparer les moyennes du nombre de facteurs présents en fonction de l'avis du CRRMP.

Lorsque l'avis du CRRMP est favorable, nous retrouvons une moyenne de 9,88 facteurs de risques présents, et une moyenne de 9,59 pour les avis défavorables et le test de Student donne une p-value à 0,8258. On ne peut donc pas dire que la différence observée entre les moyennes est statistiquement significative. Autrement dit, les résultats observés pour notre échantillon ne nous permettent pas d'affirmer que le nombre de facteurs de risques présents interfère dans la décision du CRRMP.

Comparons maintenant la présence de certains facteurs de risques avec l'avis du CRRMP. L'analyse a été faite uniquement pour les facteurs de risques retrouvés à plus de 20% dans le déclaratif du salarié.

Dans la première dimension intensité de travail, deux facteurs de risques sont étudiés : la surcharge de travail ressentie et l'absence de formation existante. Le tableau suivant analyse donc ces facteurs avec l'avis du CRRMP.

Comparaison des facteurs de l'intensité de travail en fonction de l'avis du CRRMP					
	Avis favorable du CRRMP		Avis défavorable du CRRMP		N p
	n	%	n	%	
<u>Surcharge de travail ressentie</u>					N = 14 p = 1
Présent	9	100	5	100	
Absent	0	0	0	0	
<u>Absence de formation existante</u>					N = 10 p = 1
Présent	5	100	5	100	
Absent	0	0	0	0	

^a Test de Fisher exact

Tableau 26

Pour ces deux facteurs de risques, même si la p-value est supérieure à 0,05, nous ne pouvons conclure en l'absence de données lorsque les facteurs de risques sont absents.

L'autre dimension présentant des facteurs de risques présents à plus de 20% est les rapports sociaux au travail. Les tableaux suivants comparent la présence de chacun de ces facteurs avec l'avis du CRRMP.

Comparaison des facteurs des rapports sociaux au travail avec l'avis du CRRMP

	Avis favorable du CRRMP		Avis défavorable du CRRMP		N p ^a
	n	%	n	%	
<u>Situation de tension avec les collègues</u>					N = 16
					p = 1
Présent	9	90	5	83,33	
Absent	1	10	1	16,67	
<u>Déficit vécu de soutien avec la hiérarchie</u>					N = 16
					p = 1
Présent	12	100	4	100	
Absent	0	0	0	0	
<u>Relation vécue délétère avec la hiérarchie</u>					N = 35
					p = 1
Présent	20	100	15	100	
Absent	0	0	0	0	
<u>Comportements méprisants, agressions verbales, injures, menaces</u>					N = 30
					p = 1
Présent	18	100	12	100	
Absent	0	0	0	0	
<u>Rémunération jugée insuffisante</u>					N = 15
					p = 1
Présent	9	90	5	100	
Absent	1	100	0	0	

^a Test de Fisher exact

Tableau 27

3. DISCUSSION

3.1. Comparaison avec les données nationales

3.1.1. Données nationales du CRRMP

Concernant le nombre de dossiers de psychopathologies étudiés, nous constatons une augmentation de 33,5% entre 2013 et 2014 pour l'ensemble des CRRMP de France (1), en Aquitaine, cette augmentation est de 11% pour la même période ; l'évolution du nombre de dossiers est donc inférieure en Aquitaine. De même que le nombre de dossiers de psychopathologies augmente d'année en année, le taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail observé dans le cadre des quinzaines du programme des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) a augmenté sur la période 2007-2012 (49). Les psychopathologies constituent le troisième type de pathologies rencontrées dans les services de CPP en 2012 (50). Ceci peut s'expliquer d'une part par la couverture médiatique de plus en plus importante des pathologies liées au travail et par la sensibilisation accrue des salariés à ce problème de santé publique. Une autre explication peut se trouver dans l'altération des conditions de travail observée ces dernières années notamment à cause de nouvelles formes d'organisation et aux relations entre collègues et hiérarchie. Les associations entre conditions de travail et troubles de la santé mentale sont aujourd'hui largement étudiées (51).

Concernant le sexe des déclarants et le diagnostic des pathologies déclarées, le parallèle avec l'activité des CRRMP en France ne peut être réalisé car nous n'avons pas les données nationales.

Notons qu'aucune demande concernant un état de stress post-traumatique n'a été retrouvée durant la période étudiée pour le CRRMP d'Aquitaine. Peut-être ces dossiers ont-ils été traités au titre de l'accident du travail plutôt que de la maladie professionnelle ?

Concernant les avis rendus, les CRRMP de France (1) ont émis respectivement 46,7% et 51,1% d'avis favorables en 2013 et 2014, en Aquitaine, nous retrouvons 31,6% et 33,3% d'avis favorables pour les mêmes années.

Regardons maintenant le nombre d'avis favorables en fonction des pathologies déclarées : sur le plan national, pour 2013 et 2014, les avis favorables rendus concernent à 74,4% des syndromes dépressifs et à 12,8% des syndromes anxieux et autant pour les états de stress post-traumatiques. Pour

le CRRMP d'Aquitaine, les avis favorables concernent à 84,4% des syndromes dépressifs et à 3,1% des troubles anxieux. Mais les résultats du CRRMP sont réalisés en fonction de la classification de la pathologie selon la CIM-10 alors que, dans notre étude, il s'agit de la pathologie notée dans le certificat de demande de reconnaissance de maladie professionnelle et reprise par le médecin conseil. Nous avons donc en plus le diagnostic de syndrome mixte anxio-dépressif non présent dans les données nationales. Malgré cela, le syndrome dépressif semble être la pathologie la plus souvent reconnue maladie professionnelle en Aquitaine.

3.1.2. Données de la population active en Aquitaine

Concernant la répartition homme/femme, la population active en Aquitaine possède un sex-ratio de 1,07 (48). Dans notre échantillon, il est de 1,13. Les sex-ratios de ces deux échantillons sont superposables avec une légère surreprésentation masculine. Cette surreprésentation contraste avec l'habituelle prédominance féminine des problématiques psychiques observée dans la littérature en santé au travail (49). La comparaison de ces sex-ratio montre que notre échantillon est représentatif de la population active en Aquitaine ($p = 0,887$).

Concernant les secteurs d'activité socio-professionnelle, le secteur le plus représenté est celui des employés. Il faut noter que la catégorie artisans, commerçants et chefs d'entreprise est absente de notre échantillon car ils font partie du Régime Social des Indépendants (RSI) et ne peuvent donc pas déposer de dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle auprès du CRRMP.

Concernant les secteurs d'activité, les entreprises de services sont largement représentées par rapport aux autres.

Les tests comparatifs montrent que notre échantillon est représentatif de la population active en Aquitaine (47) (48) aussi bien en termes de répartition homme/femme, de catégories socio-professionnelles et de secteurs d'activité ($p > 0,05$). L'extrapolation de nos résultats à la population active en Aquitaine est toutefois délicate devant le faible nombre de dossiers étudiés. Il ne faut cependant pas oublier que le secteur agricole est absent de notre étude alors qu'il représente 2,74% des actifs en Aquitaine, de même que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise qui représentent 7,81% des actifs aquitains.

Le dernier point de comparaison de notre échantillon avec la population active en Aquitaine est la part de personne reconnue en situation de handicap. Seul le pourcentage de personnes salariées et reconnues travailleurs handicapés en Gironde a pu être trouvé (52). Il y a 13% de salariés possédant la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Notre échantillon en possède 22,45%.

En l'absence de chiffre pour la région Aquitaine, aucune analyse n'est possible mais nous pouvons penser qu'il y a une surreprésentation des salariés possédant une RQTH dans notre étude. L'hypothèse principale est que ces salariés ont probablement de multiples interlocuteurs médicaux et sociaux qui représentent autant de sources possibles pour les renseigner sur la possibilité de reconnaissance d'une psychopathologie en maladie professionnelle.

3.2. Importance de certains facteurs dans la prise de décision

L'avis du médecin du travail est normalement une pièce obligatoire du dossier. Cependant, il est parfois absent comme dans 18,4% des dossiers, probablement en raison du délai d'un mois pour l'obtenir à partir de la date de la demande de la caisse. Dans les dossiers où il est présent, le médecin du travail ne se prononce pas dans 37,5% (quinze dossiers). L'examen comparatif des avis rendus par le médecin du travail et le CRRMP permet de penser que le CRRMP aurait tendance à suivre l'avis du médecin du travail lorsque celui-ci est présent. L'avis du médecin du travail semble donc être un élément important au CRRMP pour apprécier la part attribuable au travail dans l'apparition de la psychopathologie par sa connaissance de l'entreprise et du salarié.

Concernant l'avis sapiteur, nous ne pouvons conclure sur l'existence d'un lien entre cet avis et celui du CRRMP en l'absence d'avis sapiteur défavorable. Mais il serait intéressant de voir si, comme l'avis du médecin du travail, cet avis sapiteur peut influencer le CRRMP. Pour cela, il faudrait un échantillon plus grand. Pour rappel, l'avis sapiteur est principalement demandé par le médecin conseil pour caractériser le diagnostic de la pathologie et pour calculer le taux d'IP prévisible. Nous avons pu constater lors de l'analyse que le CRRMP peut aussi être amené à demander un avis sapiteur lorsque celui-ci est absent. Peut-être l'avis sapiteur devrait-il être aussi une pièce obligatoire à la constitution du dossier, d'autant plus qu'il contient souvent des informations essentielles comme les antécédents psychiatriques ou l'existence d'un évènement extra-professionnel.

De même que l'avis du médecin du travail, les avis du psychiatre traitant et du médecin conseil semblent être concordants avec les avis du CRRMP. L'avis du psychiatre traitant est peut-être apparenté à l'avis sapiteur, correspondant ainsi à un avis d'expert par les membres du CRRMP d'où son importance dans la prise de décision.

Concernant la notion d'antécédent personnel psychiatrique, l'avis du CRRMP est plutôt favorable en l'absence d'antécédent psychiatrique depuis 10 ans, nous avons vu que leur datation rend le test

significatif ($p < 0,05$). Cette notion est importante car elle signifie qu'une personne ayant eu une affection psychique dans sa vie peut récidiver lors d'une exposition professionnelle délétère et cet antécédent n'empêchera pas, à priori, une reconnaissance en maladie professionnelle. Il est donc très important de renseigner les dates de diagnostics ou l'état de stabilité des antécédents psychiatriques dans les dossiers. Cette analyse prouve que le lien essentiel n'est pas rompu s'il existe un antécédent psychiatrique ancien ou stable.

Concernant les événements déclencheurs, nous ne pouvons conclure sur l'existence d'un lien entre l'avis du CRRMP et un événement professionnel. Concernant l'événement extra-professionnel, la différence n'est pas significative donc nous ne pouvons pas dire que l'existence d'un tel événement entraîne un avis défavorable par le CRRMP. L'ensemble des événements extra-professionnels relevés dans l'ensemble des dossiers dataient de moins trois ans donc nous n'avons pas fait d'analyse en fonction de la date de l'événement.

Concernant le nombre de facteurs de risques professionnels, les moyennes en fonction des avis favorables et défavorables sont respectivement de 9,9 et 9,6 pour une moyenne de 9,8 tout avis confondu. Après analyse avec le test de Student, il n'y a pas de différence significative entre les deux moyennes ($p > 0,05$), nous ne pouvons donc pas dire que l'accumulation de facteurs de risques psychosociaux soit liée à un avis favorable du CRRMP. Pourtant, la présence de facteurs de risques psychosociaux vient étayer le lien direct entre la pathologie et l'exposition professionnelle mais pas leur multiplicité. Malgré ce résultat, il reste important de bien étayer l'exposition professionnelle aux facteurs de risques psychosociaux lors de la constitution des dossiers.

Dans l'ensemble de la grille, les taux de remplissage sont toujours plus élevés pour le déclaratif du salarié que pour les autres. La quasi-totalité des réponses négatives est retrouvée dans le déclaratif de l'employeur qui, souvent, témoigne en contradiction du demandeur. En revanche, les déclarations des collègues, lorsqu'elles sont présentes, sont plutôt majoritairement en faveur du salarié. L'exploitation de toutes ces données est rendu complexe car les témoignages ne portent pas toujours sur les mêmes faits. Ce qui rend l'analyse contradictoire de tous ces témoignages difficile.

Concernant la fréquence et la durée d'exposition, nous remarquons qu'elles ne sont que très rarement renseignées. La première raison est qu'elles sont difficilement quantifiables pour certains facteurs de risques et dans l'ensemble des témoignages, les salariés racontent des événements précis ou énumèrent l'ensemble des difficultés rencontrées sans précision sur la fréquence ou la durée

d'exposition. Nous remarquons toutefois qu'il y a une dimension pour laquelle elles sont plus souvent renseignées, il s'agit du temps de travail. Les facteurs de risques psychosociaux concernés contiennent implicitement une notion de fréquence dans leur intitulé comme la durée de travail hebdomadaire et le repos hebdomadaire. Et très naturellement, lorsqu'un salarié évoque ces facteurs de risques, il précise la période concernée ou la date de début pour pondérer l'exposition.

Toutes ces observations montrent comment il est important d'avoir un déclaratif du salarié bien détaillé mais aussi un contradictoire pour essayer d'objectiver les expositions délétères. Dans cette perspective, les rapports de l'inspection ou du CHSCT représentent des sources d'informations importantes lorsqu'elles sont jointes au dossier pour apporter des éléments supplémentaires.

3.3. Comparaison des résultats avec les études de suivi des facteurs de risques psychosociaux en France

Concernant les facteurs de risques, le premier constat est que les taux de remplissage sont des très bas. Ceci laisse penser que chaque dossier contient finalement très peu d'informations concernant ces facteurs de risques. Pour rappel, la grille initiale a été construite le plus exhaustivement possible et semble bien contenir un trop grand nombre de facteurs de risques.

Notre échantillon est représentatif de la population active en Aquitaine du régime général ce qui peut nous permettre d'étendre nos résultats à cette population, mais nos résultats sont-ils en accord avec ceux retrouvés dans la littérature ?

A partir des nombreuses études épidémiologiques portant sur les relations entre les conditions de travail et l'état de santé, une synthèse a été réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) avec l'aide du groupe « Risques Psychosociaux » du Réseau Francophone de Formation en Santé au Travail (RFFST). Ce travail, présenté sous forme de tableau, met en évidence les liens identifiés entre les expositions professionnelles et les répercussions sur la santé mentale des travailleurs (53).

Dans ce tableau, pour les syndromes dépressifs et les troubles anxieux, les facteurs de risques présentant un niveau de preuve élevé ou modéré sont :

- Les contraintes de « KARASEK » avec une forte demande psychologique, un manque de latitude décisionnelle et un manque de support social (niveau de preuve élevé)
- Les contraintes de « SIEGRIST » avec des efforts importants, de faibles récompenses, un surinvestissement (niveau de preuve élevé)
- L'insécurité de l'emploi et du salaire (niveau de preuve moyen)

- Les violences internes (niveau de preuve moyen)
- Les changements organisationnels récurrents (niveau de preuve moyen)

Concernant la forte demande psychologique des contraintes de KARASEK, le seul facteur retrouvé dans notre étude est la surcharge de travail. Les facteurs de risques concernant la latitude décisionnelle ne ressortent pas dans notre échantillon mais ceux du support social oui avec les facteurs de la relation avec les collègues et la hiérarchie.

Concernant les contraintes de SIEGRIST, les efforts importants, en plus de la charge de travail, font référence aux interruptions dans le travail qui ne font pas partie de nos résultats. La faible récompense se retrouve dans le déni de la qualité du travail, la rémunération insuffisante et les sanctions injustifiées. Enfin, le surinvestissement fait référence à la durée hebdomadaire de travail supérieure à 40h et le dépassement habituel des horaires.

Les facteurs de risques de l'insécurité de l'emploi et du salaire ainsi que ceux des changements organisationnels font aussi partie des facteurs retrouvés à plus de 10% dans notre étude.

La violence interne correspond aux comportements méprisants et aux violences internes au sein de l'entreprise de notre grille.

En dehors de la latitude décisionnelle des contraintes de KARASEK, l'ensemble des facteurs de risques psychosociaux retrouvés dans la littérature le sont aussi dans notre étude.

Les conflits éthiques, les exigences émotionnelles, les injonctions contradictoires et les incompatibilités vie au travail/vie hors travail ne paraissent pas aussi délétères dans la littérature comme dans nos résultats.

Enfin, le glissement des tâches et des responsabilités, l'absence de formation existante et l'isolement ne semblent être pathogènes dans la littérature alors qu'ils sont présents à plus de 10% dans notre étude.

3.4. Limites de l'étude

Tous ces résultats sont tout de même à interpréter avec prudence devant le faible nombre de dossiers étudiés qui représente la limite principale de l'étude.

Du fait du faible nombre de dossiers étudiés, nous pouvons émettre des doutes sur la représentativité de notre échantillon à l'échelon national. De plus, les particularités socio-économiques de l'Aquitaine ne sont pas non plus transposables à toutes les régions de France.

Les dossiers de la MSA n'ayant pas été inclus, il manque l'ensemble des données pour cette population même si elle ne représentait que 2.74% de la population active en 2013 selon l'INSEE.

Une autre limite de l'étude est l'impossibilité de comparer nos résultats avec ceux d'un autre CRRMP ou de l'activité nationale des CRRMP. En effet, le rapport annuel de l'activité nationale des CRRMP de France ne fournit pas les détails permettant de faire un comparatif avec nos données.

L'analyse des résultats a soulevé un biais de remplissage concernant le facteur de risque « relation vécue délétère avec la hiérarchie » qui présente un taux de remplissage largement supérieur aux autres (71,43%). Tous les dossiers présentant un conflit avec un supérieur dans le déclaratif du salarié ont été rempli comme présent, même si le conflit faisait référence à un comportement méprisant, ou une relation distante du supérieur ce qui a entraîné un double remplissage de facteurs délétères pour certains dossiers.

Le biais de remplissage se retrouve aussi dans la difficulté du recueil de données subjectives et parfois difficile de retranscrire en termes de facteurs de risques psychosociaux.

PARTIE IV. ELABORATION ET PROPOSITION D'UNE NOUVELLE GRILLE

1. GRILLE G1 CONSTRUITE A L'ISSUE DE L'ETUDE

La grille G1 (Cf. annexe 9) est une grille intermédiaire construite à partir de l'ensemble des résultats de notre étude permettant un allègement important de notre grille initiale.

La grille doit servir au recueil des informations pour une personne donnée : salarié, employeur, collègue,... Les colonnes correspondantes aux différents témoignages ont été rassemblées en une colonne : à une grille correspond un interrogatoire.

A partir de la grille G0 ter, nous avons retiré tous les facteurs de risques retrouvés à moins de 10% dans l'ensemble des dossiers. Nous avons fait de même pour les critères des parties « individu et affection psychique », « contexte de l'entreprise » et « autres facteurs de risques professionnels ».

Ces étapes ont donc permis un allègement conséquent de la grille G0 ter. Mais cette grille est uniquement bâtie sur l'ensemble des résultats de notre étude avec une limite importante qui est le faible nombre de dossiers étudiés et il serait donc très restrictif de se baser uniquement sur les résultats de cette étude pour proposer une grille de recueil finale.

2. PROPOSITION DE LA GRILLE FINALE G2

La grille G2 doit tenir compte des résultats de l'étude mais elle doit aussi prendre en compte les données de la littérature et du contenu de la circulaire CIR 12/2014 de la CNAMTS (37) parue le 12/06/2014 qui diffuse les recommandations sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les CRRMP (cf. annexe 10). Ces recommandations ont été élaborées par un groupe de travail du COCT. Parmi ces documents, figurent ceux en provenance des services administratifs de l'organisme de sécurité sociale avec notamment la situation individuelle du demandeur avec les caractéristiques du travail habituel effectué.

Nous retrouvons les six dimensions mentionnées dans le rapport GOLLAC (13) avec pour chacune des sous-familles présentes dans notre grille initiale mais qui ont ensuite été enlevées du fait des résultats de notre enquête. Pour ne pas que la grille finale soit trop restrictive et pour suivre la

circulaire, il nous semble nécessaire que l'ensemble de ces sous-familles apparaissent dans la grille finale G2.

Cet outil vise à rassembler l'ensemble des éléments nécessaires à la justification de l'origine professionnelle ou non d'une psychopathologie. Il peut être utile aux enquêteurs des CPAM, pour le recueil de l'avis du médecin du travail mais aussi aux médecins intervenants dans les services de CPP. C'est pourquoi la première partie « individu et affection psychique » a été préservée (partie bleue), elle est bien sûr inutile aux enquêteurs des CPAM ou autres utilisateurs non médecins de la grille.

Afin d'éviter le biais de remplissage pour le facteur de risque « relation vécue délétère avec la hiérarchie », la définition est précisée selon le thésaurus des expositions professionnelles de l'ANSES. Ces relations délétères sont présentes lorsqu'il existe des critiques permanentes de la hiérarchie, un manque d'écoute et une asymétrie de communication.

Voici la grille G2 élaborée à partir des résultats trouvés sur notre échantillon de dossiers étudiés et des recommandations du COCT :

GRILLE DE LIEN DE CAUSALITE PATHOLOGIE PSYCHIQUE/MP

Personne interrogée : demandeur, employeur, collègue, médecin du travail

INDIVIDU ET AFFECTION PSYCHIQUE

• Antécédents personnels	OUI	NON	NR	Commentaires
Antécédent personnel psychiatrique, si oui : diagnostic et date				
Antécédent d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique				
Autre antécédent : diagnostic				

• Pathologie actuelle				
Amélioration clinique en dehors des périodes de travail				
Traitement pris depuis plus de 6 mois				
Suivi psychiatrique, si oui : rythmicité				
Pathologie associée : TMS, pathologie cardiovasculaire				

• Pathologie actuelle				
Evènement d'origine professionnelle, nature et date				
Evènement d'origine extra-professionnelle, nature et date				

Avis favorable	
Avis défavorable	

CRITERES SE RAPPORTANT AU TRAVAIL

Contexte de l'entreprise

	OUI	NON	NR	Commentaires
Intervention de l'inspection du travail (si oui : date)				
Alerte formulée en CHSCT (si oui : date)				
Contexte économique défavorable (chômage technique, blocage du salaire)				
Rachat récent de l'entreprise				
Présence de cas reconnu en MP au sein de l'entreprise (année)				

Intensité et temps de travail

Intensité de travail

• Contraintes de rythme	Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires
Dépendance du travail des collègues en amont ou en aval			
Contrainte de temps imposé, norme de production (délais à respecter)			
Demande extérieure obligeant à une réponse immédiate			

• Objectifs irréalistes

Notion d'objectif quantitatif ou qualitatif difficile à atteindre			
Inadéquation objectif/moyen			

• Charge de travail

Surcharge de travail ressentie			
--------------------------------	--	--	--

• **Polyvalence**

Penser à trop de choses en même temps			
Glissement des tâches et des responsabilités (ambiguïté des rôles)			

• **Instructions contradictoires et interruption d'activité**

Injonctions paradoxales			
-------------------------	--	--	--

• **Sous-qualification**

Absence de formation existante			
--------------------------------	--	--	--

Temps de travail

• **Durée et organisation du temps de travail**

Durée hebdomadaire supérieure à 48h			
Extension de la disponibilité au-delà des horaires de travail			
Dépassement habituel des horaires			
Heures supplémentaires non payées ou non récupérées			
Repos hebdomadaire régulièrement inférieur à 48h			

• **Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle**

Difficulté de conciliation entre travail et obligations familiales			
--	--	--	--

Exigences émotionnelles

• **Relation avec le public**

Contact direct avec le public (face à face)			
---	--	--	--

• **Empathie, contact avec la souffrance**

Contact avec des personnes en situation de détresse			
Devoir calmer les gens			

• **Peur au travail**

Vécu d'insécurité			
-------------------	--	--	--

• **Devoir cacher ses émotions**

Faire semblant d'être de bonne humeur			
---------------------------------------	--	--	--

Autonomie, marges de manœuvre

• **Autonomie dans tâche**

Impossibilité d'interrompre son travail quand on le souhaite			
--	--	--	--

• **Utilisation et développement des compétences**

Peu de développement des compétences professionnelles			
Pas d'acquisition de nouvelles compétences			
Tâche répétitive et monotone			

Rapport sociaux au travail

• **Relation avec les collègues**

Manque de soutien dans les situations difficiles			
Situation de tension avec les collègues			

• **Relation avec la hiérarchie**

	Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires
Déficit vécu de soutien de la hiérarchie dans les situations difficiles			
Caractère distant de la relation hiérarchique			

Changement récent ou multiple de la hiérarchie			
Sensation de mise au placard			
Relation vécue délétère avec la hiérarchie : critique, manque d'écoute, asymétrie de communication			

• **Violence interne au travail**

Agression physique			
Atteinte dégradante : harcèlement sexuel, discrimination raciale ou de genre			
Comportement méprisant, agressions verbales, injures, menaces			
Etre témoin de violence interne au sein de son entreprise			

• **Rémunération et carrière**

Rémunération jugée insuffisante			
---------------------------------	--	--	--

• **Evaluation du travail**

Procédure de contrôle perçue comme excessive			
Déni de la qualité du travail			
Sanction injustifiée			

• **Attention portée au bien-être des salariés**

Déséquilibre dans la distribution du travail			
--	--	--	--

Conflits de valeurs

• **Conflits éthiques**

Faire un acte allant à l'encontre de ses principes			
--	--	--	--

• **Qualité de travail empêchée**

Absence de moyen pour faire un travail de qualité			
---	--	--	--

• **Travail inutile**

Sensation de faire un travail inutile			
---------------------------------------	--	--	--

Insécurité de la situation de travail

• **Sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière**

	OUI	NON	NR	Commentaires
Peur de perdre son emploi				
Procédure de licenciement en cours contre l'agent ou déjà effectué				

• **Caractère insoutenable de la situation**

Incapacité de faire le même travail à 60 ans				
--	--	--	--	--

Autres facteurs de majoration

• **Statut médical ou social particulier**

Personne reconnue en situation de handicap				
--	--	--	--	--

• **Revendication de droit**

Action conduite à titre personnel (prud'hommes)				
---	--	--	--	--

Quantification de la fréquence en pluriquotidien (PQ)/hebdomadaire (H)/mensuel (M)/moins (-) ou présent (P) si fréquence non précisée.

Quantification de la durée d'exposition en mois.

O/N/NR : oui/non/non renseigné.

CONCLUSION

Pour se prononcer sur l'origine professionnelle de la pathologie, le CRRMP doit mettre en évidence un lien direct et essentiel entre la pathologie déclarée et l'exposition professionnelle. Or les psychopathologies ont une origine multifactorielle et la mise en évidence du lien direct et essentiel repose sur la différenciation entre la réalité objectivable d'une situation de travail et la perception subjective par le demandeur de cette même situation de travail.

Pour se faire, le CRRMP doit étayer son argumentaire tant sur les expositions professionnelles que sur la pathologie et les éventuels cofacteurs et doit donc pouvoir retrouver l'ensemble de ces informations dans le dossier d'instruction. L'objectif de cette thèse est l'élaboration d'une grille de critères pour optimiser la constitution des dossiers avant instruction par les membres du CRRMP.

Cette étude a ainsi permis de montrer l'importance de certaine pièce comme l'avis du médecin du travail, seul personne à avoir la connaissance du salarié, de sa pathologie et des expositions aux risques tout au long de sa carrière mais aussi la connaissance de l'état de santé des autres salariés. La notion d'antécédent personnel psychiatrique avec la date du diagnostic semble aussi être un élément essentiel à renseigner ainsi que l'existence d'un évènement déclencheur d'origine professionnel.

La comparaison de critère avec les avis du CRRMP comporte une limite importante dans son analyse dans la mesure où, d'une part les psychopathologies ont une origine multifactorielle et, d'autre part, l'avis du CRRMP repose sur des éléments du lien direct et essentiel. Le CRRMP prend donc en compte l'ensemble des critères présents dans le dossier pour rendre son avis. Ainsi, nous pouvons juste dire si certains influencent d'avantages que d'autres comme l'avis du médecin du travail.

Concernant les facteurs de risques, trois dimensions sont principalement retrouvées : l'intensité et le temps de travail, les rapports sociaux au travail et l'insécurité de la situation de travail.

La grille finale constitue une aide pour les enquêteurs des CPAM mais peut aussi être utilisée pour le recueil de l'avis motivé des médecins du travail ou pour les médecins en consultations de pathologies professionnelles. Compte tenu du faible nombre de dossiers étudiés, elle constitue un outil de travail qui se veut par nature évolutif et qui pourrait être soumis à une nouvelle étude sur une période plus importante ou dans un service de CPP afin d'être réévalué. Cet outil peut aussi être utilisé par les enquêteurs de la CPAM, les médecins du travail ou les médecins des CPP.

Mais ces réflexions sur les modalités de réparation des psychopathologies en maladie professionnelle peuvent aussi servir pour l'amélioration de la prévention primaire des risques psychosociaux en entreprise, et notamment sur les facteurs relevés dans notre étude. Les enquêtes de suivi des expositions professionnelles comme SUMER et SIP montrent d'ailleurs que si certaines expositions professionnelles diminuent comme les contraintes physiques, nous assistons plutôt à une augmentation aux facteurs de risques psychosociaux comme l'intensité du travail et les rapports sociaux (25) (28).

Cette prévention est d'ailleurs un des objectifs du Plan Santé au Travail 2016-2020 (54) à travers l'amélioration de la qualité de vie au travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance Maladie. Rapport de Gestion_2014.pdf [Internet]. 2015 [cité 13 mars 2016] p. 144. Disponible sur: http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20Gestion_2014.pdf
2. OMS | La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
3. Travail : Définition philosophique (fiche personnelle) - Travail-Définition-philosophique-fiche-personnelle.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://dicophilo.fr/aristote/wp-content/uploads/Travail-D%C3%A9finition-philosophique-fiche-personnelle.pdf>
4. La pyramide des besoins de Maslow – Psychologue du Travail [Internet]. [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/la-pyramide-des-besoins-de-maslow/>
5. Dejours C. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *Inf Psychiatr.* 2007;83(4):269–275.
6. Rolo D. De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail [Internet]. Paradoxa. 2008 [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: <https://paradoxa1856.wordpress.com/2008/04/23/de-la-psychopathologie-du-travail-a-la-psychodynamique-du-travail/>
7. ALDERSON M. La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques - 008833ar.pdf. *Santé Ment Au Quebec.* 2004;29(1):243-60.
8. Dejours C. Travail: usure mentale ? De la psychopathologie à la psychodynamique du travail [Internet]. Bayard éditions. 2000 [cité 21 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2001-3-page-177.htm>
9. Deranty J-P. Travail et expérience de la domination dans le néolibéralisme contemporain. *Actuel Marx.* 19 mai 2011;(49):73-89.
10. Chaignot N. Travailler dans le contexte des nouvelles formes d'organisation du travail : de quelle(s) résistance(s) parle-t-on ? [Internet]. <http://irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique>. 2013 [cité 21 juin 2016]. Disponible sur: <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=2189#ftn8>
11. Dejours C. Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale, Christophe Dejours, Documents - Seuil [Internet]. 1998 [cité 21 juin 2016]. 208 p. (Seuil). Disponible sur: /node/
12. Risques psychosociaux. Facteurs de risque - Risques - INRS [Internet]. [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>
13. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Cases C, Davezies P, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapp Collège D'expertise Sur Suivi Risques Psychosociaux Au Trav Faisant Suite À Demande Minist Trav L'Emploi Santé Ministère Trav*

- L'Emploi Dialogue Soc [Internet]. 2011 [cité 26 févr 2016]; Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_RPS_Gollac_Bodier.pdf
14. GUYOT S, LANGEVIN V, MONTAGNEZ A. Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU - Brochure - INRS [Internet]. 2013 [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206140>
 15. Wirtz A, Nachreiner F. The effects of extended working hours on health and social well-being--a comparative analysis of four independent samples. *Chronobiol Int.* juill 2010;27(5):1124-34.
 16. Spurgeon A, Harrington JM, Cooper CL. Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Occup Environ Med.* juin 1997;54(6):367-75.
 17. Taris TW, Ybema JF, Beckers DGJ, Verheijden MW, Geurts SAE, Kompier MAJ. Investigating the Associations among Overtime Work, Health Behaviors, and Health: A Longitudinal Study among Full-time Employees. *Int J Behav Med.* déc 2011;18(4):352-60.
 18. GOLLAC M, ASKENAZY P, BAUDELOT C, BROCHARD P. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Paris: La Documentation française; 2011 p. 223p.
 19. GARNER H, MEDA D, SENIK C. Conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, les leçons des enquêtes auprès des ménages. *Trav Empl* [Internet]. [cité 28 mars 2016];(102). Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_travail_emploi_102_Garner_Meda_Senik.pdf
 20. TRANCART D, GEORGES N, MEDA D. Horaires de travail des couples, satisfaction et conciliation entre vie professionnelle et vie familiale - Cairn.info. *Entre Fam Trav.* 2009;55-78.
 21. KARASEK RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Adm Sci Quaterly.* (24):235-308.
 22. SIEGRIST J, STARKE D, CHANDOLA T, GODIN I, MARMOT M, NIEDHAMMER I. The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004;58:1483-99.
 23. SIEGRIST J. The social causation of health and illness. *Hnadbook Soc Stud Health Med.* 2000;
 24. Gernet I, Dejours C. Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouv Rev Psychosociologie.* 28 déc 2009;(8):27-36.
 25. Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) : édition 2010 - Enquêtes (de A à Z) - Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social [Internet]. [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition>
 26. 2005.05-22.1.qxp - questionnaire-dares-karasek.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire-dares-karasek.pdf>
 27. Microsoft Word - Questionnaire ERI 2004.doc - Questionnaire SIEGRIST.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://docs.bossons-fute.fr/Documents/Risques%20psychosociaux/Questionnaire%20SIEGRIST.pdf>
 28. Santé et itinéraire professionnel (SIP) - Enquêtes (de A à Z) - Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social [Internet]. [cité 15 mars 2016]. Disponible

sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/sante-et-itineraire-professionnel-sip>

29. Bienvenue sur le site EVREST - Evolution et relation en santé travail [Internet]. [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: http://evrest.alamarge.org/_front/Pages/page.php?cat=9&item=29&page=2
30. COHIDON C, ARNAUDO B, MURCIA M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premier résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. BEH Thématique 25-26. 6 sept 2009;265-9.
31. ABADIA G, BRISBART C, COSSET Y, DELEPINE A, CHAPOUTIER-GUILLON A, GORVEL A. Les maladies professionnelles - Brochure - INRS [Internet]. INRS; 2012 [cité 11 mars 2016]. 360 p. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20835>
32. Code de la sécurité sociale - Article L461-1. Code de la sécurité sociale.
33. Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée) - Article de revue - INRS. Réf En Santé Au Trav. mars 2014;(137):91-120.
34. Code pénal - Article 461-26. Code pénal.
35. Code de la sécurité sociale - Article D461-27. Code de la sécurité sociale.
36. Groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle, de la Commission des pathologies professionnelles du COCT, ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social. Recommandations sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles - Article de revue - INRS. Réf En Santé Au Trav. sept 2014;(139):99-104.
37. JACQUETIN P, DE CADEVILLE O. CIR-12-2014.doc - CIR-12-2014.PDF [Internet]. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2014/CIR-12-2014.PDF>
38. Code de la sécurité sociale - Article R441-14. Code de la sécurité sociale.
39. Code de la sécurité sociale - Article L461-1 | Legifrance [Internet]. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006743127>
40. Groupe de travail sur les pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. 1ère partie: pathologies psychiques. rapport final. | Coordination Handicap Psychique [Internet]. 2012 [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.coordination01.fr/ressources/groupe-de-travail-sur-les-pathologies-dorigine-psychique-dorigine-professionnelle-1ere-partie-pathologies-psychiques-rapport-final/>
41. Collège de la Haute Autorité de Santé. ALD_23_GM_Troubles dépressifs_VD - gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf [Internet]. 2009 [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf

42. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur:
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#>
43. manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf [Internet]. Masson. [cité 20 mars 2016]. 1082 p.
Disponible sur: <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
44. kieffer christine. Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Étude sur dix pays européens. EUROGIP [Internet]. 2013 [cité 9 mars 2016]; Disponible sur:
<http://www.eurogip.fr/fr/publications/3473-quelle-reconnaissance-des-pathologies-psychiques-liees-au-travail-etude-sur-dix-pays-europeens>
45. Lippel K. L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculo-squelettiques liées au travail au Québec. Santé Société Solidar. 2006;5(2):91-9.
46. Chanson C, Leonard M, Thaon I, Penven E, Speyer E, Paris C. Reconnaissance des psychopathologies par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles de Lorraine entre 2005 et 2011. Arch Mal Prof Environ. juin 2013;74(3):279-88.
47. Insee - Définitions, méthodes et qualité - PCS 2003 - Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées [Internet]. [cité 9 mars 2016]. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm
48. NOTTER I. Chiffres clés Aquitaine 2014 - Direccte Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes [Internet]. 2015 [cité 9 mars 2016]. Disponible sur: <http://aquitaine-limousin-poitou-charentes.direccte.gouv.fr/Chiffres-cles-Aquitaine-2014>
49. LEMAITRE A, Valenty M. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des quinze années MCP 2008 à 2011 [Internet]. 2014 [cité 13 mars 2016] p. 101. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2014/Programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-MCP-en-France>
50. AFSSET _ Modele rapport - RNV3P-Ra-Octobre2012.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2016].
Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-Ra-Octobre2012.pdf>
51. Malard L, Chastang J-F, Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. Int Arch Occup Environ Health. févr 2015;88(2):235-46.
52. (rapport activité page de garde.pdf) - rapport_activite_mdph.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2016].
Disponible sur: http://www.mdp33.fr/rapport_activite_mdph.pdf
53. CHOUANIERE D, COHIDON C, EDEY GAMASSOU C, KITTEL, LAFFERRERIE A, LANGEVIN V. Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques - Article de revue - INRS. Doc Pour Médecin Trav. 2011;(127):509-17.
54. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Plan Santé au Travail 2016-2020 [Internet]. [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : fiche médecin travail

Risques Professionnels

Contact
N° sécurité sociale
Prénom, Nom
Date A.T./M.P

Adresse de retour

Service Médical
Secrétariat du service médical

• Avis sur la pathologie déclarée

.....
.....
.....

• Avis sur son origine

.....
.....
.....

• Avis sur le risque d'exposition dans l'entreprise

.....
.....
.....

• Commentaires

.....
.....
.....

Cachet - signature du médecin du travail de l'entreprise

Coordonnées du médecin du travail :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Date :

Annexe 2 : fiche proposée pour le recueil de l'avis motivé du médecin du travail

- **Avis sur la pathologie déclarée**

- Avez-vous constaté cette pathologie ?
- Depuis quelle date ?
- Dans quelles circonstances ?
- Existait-il, à votre connaissance, des raisons extraprofessionnelles particulières pouvant expliquer l'apparition de cette pathologie (pathologies personnelles, contexte familial, relations sociales, ...) ?

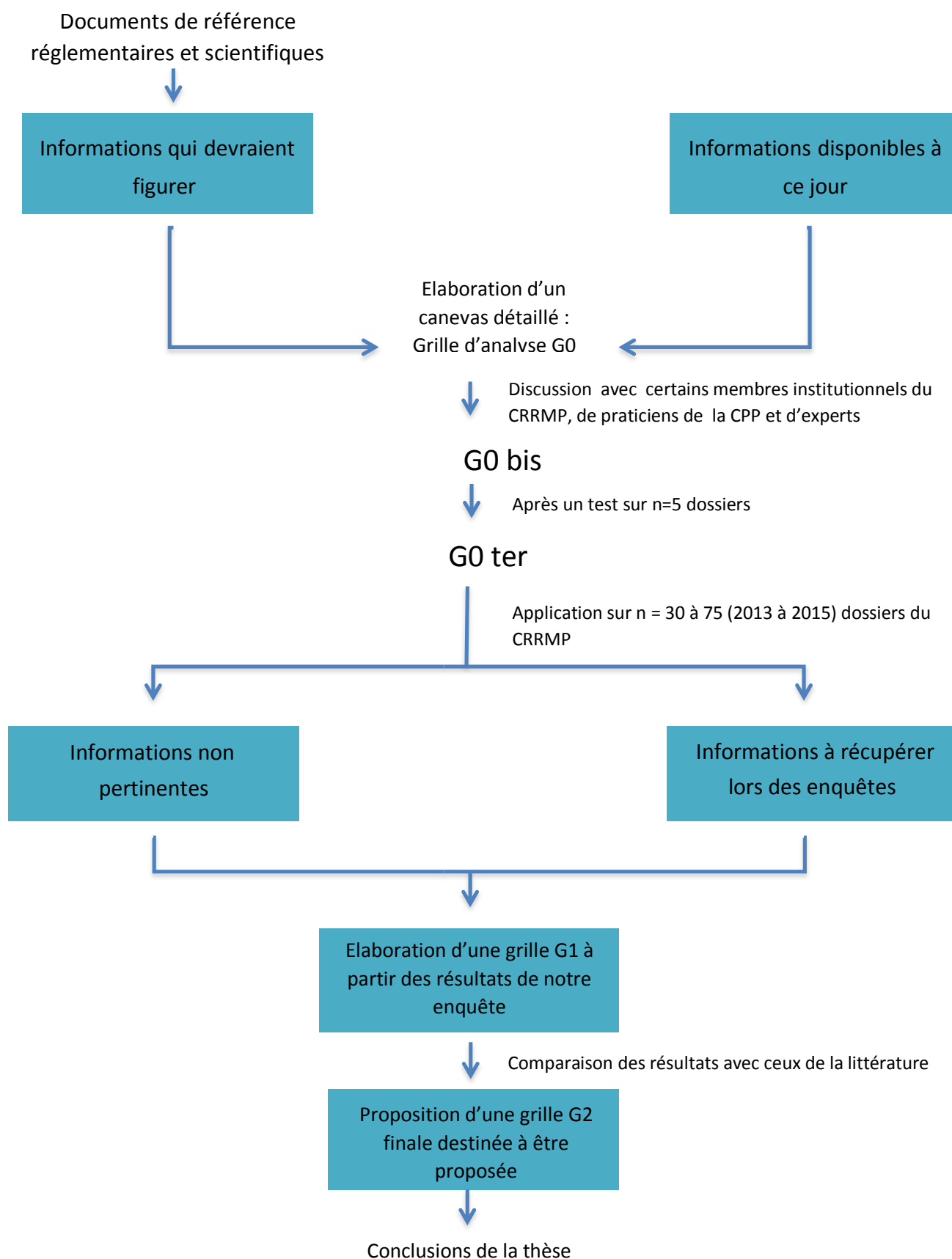
- **Avis sur le risque d'exposition dans l'entreprise**

- Quels ont été les postes occupés et les activités exercées à ces postes avant l'apparition de la pathologie ?
- Existait-il des situations particulières à ces postes, pouvant expliquer l'apparition de cette pathologie (particularités organisationnelles, managériales, relationnelles, ...) ?
- Des mesures spécifiques ont-elles été mises en oeuvre au sein de l'entreprise ? Quel impact ont-elles eu ?

- **Avis sur son origine**

- Selon vous, la pathologie a-t-elle une origine essentiellement professionnelle ?

Annexe 3 : Méthodologie



Annexe 4 : Grille G0 ter

GRILLE N°

Pathologie déclarée

Date du CMI

Date de la séance du CRRMP

Métier

Type de contrat et date d'entrée dans l'entreprise

Secteur d'activité de la société

Taille de l'entreprise

GRILLE DE LIEN DE CAUSALITE PATHOLOGIE PSYCHIQUE/MP

Version du 29/09/2015

INDIVIDU ET AFFECTION PSYCHIQUE

	DECLARATIF SALARIE				DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	DOCUMENTE		
	OUI	NON	NR	Commentaires	OUI	OUI	NON	QUI
• Antécédents personnels								
Antécédent personnel psychiatrique, si oui : diagnostic et date								
Antécédent d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique								
Autre antécédant : diagnostic et date								
• Pathologie actuelle								
Apparition des symptômes secondairement à la dégradation des conditions de travail								
Amélioration clinique en dehors des périodes de travail								
Traitement pris depuis plus de 6 mois								
Suivi psychiatrique, si oui : rythmicité								
Pathologie associée : TMS, pathologie cardiovasculaire (si oui : diagnostic et date)								
Avis sapiteur								
• Existence d'un événement déclencheur/traumatisant								
Evènement d'origine professionnelle, nature et date								
Evènement d'origine non professionnelle, nature et date								

CRITERES SE RAPPORTANT AU TRAVAIL

	DECLARATIF SALARIE				DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE		
	OUI	NON	NR	Commentaires	OUI	Employeur	Collègues	Autre
Contexte de l'entreprise								
Intervention de l'inspection du travail (si oui : date)						O/N/NR	O/N/NR	O/N/NR et qui
Alerte formulée en CHSCT (si oui : date)								
Contexte social défavorable (mouvement social, grève, préavis)								
Contexte économique défavorable (chomage technique, blocage du salaire)								
Entreprise placée en redressement judiciaire								
Rachat récent de l'entreprise								
Externalisation de l'activité								
Suppression de poste en cours								
Présence de plusieurs cas au sein de l'entreprise								

DECLARATIF SALARIE					DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE		
						Employeur	Collègues	Autre
Autre (jugement, ...) : type et date					OUI	O/N/NR	O/N/NR	O/N/NR et qui
Présence de cas reconnu en MP au sein de l'entreprise (année)								

DECLARATIF SALARIE					DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE		
						Employeur	Collègues	Autre
Intensité et temps de travail								
Intensité du travail								
					Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires	
• Contraintes de rythme							O/N/NR	O/N/NR
Dépendance du travail des collègues en amont ou en aval								O/N/NR et qui
Contrainte de temps imposée, norme de production (délais à respecter)								
Cadence rythmée par le fonctionnement de machine								
Demandes extérieures obligeant à une réponse immédiate								
Rythme soutenu								
• Objectifs irréalistes								
Notion d'objectif quantitatif ou qualitatif difficile à atteindre								
Inadéquation objectif/moyen								
• Charge de travail								
Surcharge de travail ressentie								
Soucharge de travail ressentie								
• Objectifs flous								
Objectif pas clairement défini ou flou								
• Polyvalence								
Penser à trop de choses en même temps								
Occupation de différents postes								
Rotation régulière entre plusieurs postes en fonction des besoins de l'entreprise								
Glissement des tâches et des responsabilités (ambiguïté des rôles)								
• Responsabilités importantes								
Fonction à forte responsabilité (humaine, financière ou de sécurité)								
Activité demandant une vigilance, une concentration, une attention soutenue								
Effectuer des licenciements, annonce de fin de mission								
• Instructions contradictoires et interruptions d'activité								
Injonctions paradoxales								
Interruption d'une tâche avant d'être achevée								
Etre fréquemment dérangé dans son travail (notion de perturbation)								
• Sous-qualification								
Manque de qualification								
Niveau de compétences nécessaires sous-estimé								
Absence de formation existante								

DECLARATIF SALARIE			DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE			
				Employeur	Collègues	Autre	
	Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires		O/N/NR	O/N/NR	O/N/NR et qui
Nécessité de s'adapter fréquemment à un environnement nouveau				OUI			
Temps de travail							
• Durée et organisation du temps de travail							
Durée hebdomadaire supérieure à 40h							
Travail en horaire atypique							
Travail posté							
Extension de la disponibilité au delà des horaires de travail							
Dépassement habituel des horaires							
Heures supplémentaires non payées ou non récupérées							
Imprévisibilité des horaires de travail							
Repos hebdomadaire régulièrement inférieur à 48h							
Astreinte téléphonique avec ou sans intervention							
• Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle							
Déplacement professionnel avec nuits hors domicile							
Temps de trajet domicile-travail supérieur à 2h/j							
Difficulté de conciliation entre travail et obligations familiales							
Exigences émotionnelles							
• Relation avec le public							
Contact direct avec le public (face à face)							
Contact par téléphone							
Situation de tension, altercation avec le public							
• Empathie, contact avec la souffrance							
Contact avec des personnes en situation de détresse							
Devoir calmer les gens							
Impossibilité d'agir efficacement vis-à-vis de la souffrance d'autrui							
• Peur au travail							
Manque de moyens de protection collective/individuelle							
Vécu d'insécurité							
Peur de ne pas bien faire son travail							
Peur de l'échec							
• Devoir cacher ses émotions							
Travail imposant un contrôle permanent ou excessif des émotions							
Faire semblant d'être de bonne humeur							
Pas ou peu de liberté pour décider comment faire son travail							
Impossibilité d'influencer le déroulement de son travail							

Autonomie, marges de manœuvre	DECLARATIF SALARIE			DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE		
	Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires		Employeur	Collègues	Autre
• Autonomie dans la tâche				OUI	O/N/NR	O/N/NR	O/N/NR et qui
Impossibilité d'interrompre son travail quand on le souhaite							
Moment de pause imposé							
• Utilisation et développement des compétences							
Absence de créativité							
Peu de développement des compétences professionnelles							
Pas d'acquisition de nouvelles compétences							
Tâche répétitive et monotone							
Tâche non en rapport avec les qualifications du salarié							
Rapports sociaux au travail							
• Relation avec les collègues							
Manque de soutien dans les situations difficiles							
Pas ou peu d'aide entre collègues pour mener les tâches à bien							
Situation de tension avec les collègues							
Situation de concurrence ou de rivalité excessive							
Collègue professionnellement incompetent							
Travailleur isolé							
• Relation avec la hiérarchie							
Déficit vécu de soutien de la hiérarchie dans les situations difficiles							
Caractère distant de la relation hiérarchique							
Changement récent ou multiple de la hiérarchie							
Sensation de mise au placard							
Relation vécue délétère avec la hiérarchie							
• Violence interne au travail							
Agression physique							
Atteinte dégradante : harcèlement sexuel, discrimination raciale ou de genre							
Comportement méprisant, agressions verbales, injures, menaces							
Etre témoin de violence interne au sein de son entreprise							
• Remunération et carrière							
Absence de plan de carrière							
Rémunération jugée insuffisante							
Déficit perçu de promotion professionnelle							
Rétrogradation							
Attente d'affectation sur un autre poste							
Prime sur objectif							
• Evaluation du travail							
Procédure de contrôle perçue comme excessive							
Contrôle continu par des moyens matériels (vidéosurveillance, informatique,...)							

DECLARATIF SALARIE				DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE		
					Employeur	Collègues	Autre
	Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires		O/N/NR	O/N/NR	O/N/NR et qui
Contrôle continu par la hiérarchie en contact visuel permanent				OUI			
Piratage du matériel fourni pour surveillance							
Déni de la qualité du travail							
Forme d'évaluation rigide (critères restreints ou inadéquats)							
Sanction injustifiée							
• Attention portée au bien-être des salariés							
Absence de réaction de la hiérarchie face aux alertes formulées							
Déni de la réalité de la situation par la hiérarchie							
Pas ou peu d'attention portée au bien-être de ses subordonnées							
Déséquilibre dans la distribution du travail							
Conflits de valeurs							
• Conflits éthiques							
Faire un acte allant à l'encontre de ses principes							
Etre témoin impuissant d'actes allant à l'encontre de ses principes							
• Qualité de travail empêchée							
Absence de moyen pour faire un travail de qualité							
• Travail inutile							
Sensation de faire un travail inutile							
Pas de travail fourni							
Insécurité de la situation de travail							
• Sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière				OUI	NON	NR	Commentaires
Contrat à durée déterminée							
Temps partiel involontaire, subi							
Travail informel							
Peu ou pas de perspective de carrière							
Peur de perdre son emploi							
Procédure de licenciement en cours contre l'agent ou déjà effectuée							
• Caractère soutenable de la situation dans la durée							
Incapacité de faire le même travail à 60 ans							
• Conduite du changement dans l'entreprise							
Restructuration lourde avec licenciement de personnel							
Rythme des changements organisationnels et technologiques : progressifs ou brutaux, à plusieurs reprise?							
Impact négatif du changement sur la trajectoire individuelle							

	DECLARATIF SALARIE			Commentaires	DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE		
	OUI	NON	NR			Employeur	Collègues	Autre
Avenir incertain du métier								
Obligation d'une reconversion professionnelle								
Absence de conduite du changement								
Réaffectation imposée sur un autre poste du même site								
Réaffectation imposée sur le même poste mais d'un autre site								

Autres facteurs de majoration

• Statut médical ou social particulier						
Retour après absence (maladie, AT/MP, congès maternité/parental/annuel, CIF)						
Personne reconnue en situation de handicap						

• Revendication de droit						
Action conduite à titre personnel (prud'hommes)						
Action conduite du fait d'un engagement social ou d'un mandat électif						

• Prise de position						
Dénonciation d'agissements supposés ou prétendus malhonnêtes en rapport avec l'activité						
Externalisation d'un problème externe à l'entreprise (Inspection du travail, avocat,...)						
Autre prise de position ou acte individuel mettant en cause l'entreprise						

AUTRES FACTEURS DE RISQUES PROFESSIONNELS

• Risque physique						
Position debout prolongée ou piétinement						
Travail sur écran						
Vibration						
Ambiance thermique (froid, chaleur, humidité, saleté)						
Chute de hauteur						

• Risque biologique						
Bactéries						
Champignons microscopiques						
Virus						
Endoparasites						
Prions ou agents transmissibles non conventionnels						

• Risque chimique						
Colle						
Résine						
Diluant						
Colorant						

DECLARATIF SALARIE				DECLARATIF MEDECIN DU TRAVAIL	CONTRADICTOIRE		
					Employeur	Collègues	Autre
	OUI	NON	NR	OUI	O/N/NR	O/N/NR	O/N/NR et qui
Dégraissant							
Peinture							
Agent CMR							
Autre							
• Nanomatériaux, nanoparticules							
• Champs électromagnétiques							
• Radiations ionisantes							
• Incendie, explosion							
• Risque électrique							
• Facteurs de pénibilité							
Manutention manuelle de charges lourdes							
Contrainte posturale							
Vibration mécanique							
Agent chimique dangereux							
Activité exercée en milieu hyperbare							
Température extrême							
Bruit							
Travail de nuit							
Travail en équipes successives alternantes							
Travail répétitif							

Quantification de la fréquence en pluriquotidien (PQ)/quotidien (Q)/hebdomadaire (H)/mensuel (M)/moins (-) ou présent (P) si fréquence non précisée.

Quantification de la durée d'exposition en mois.

O/N/NR : oui/non/non renseigné

	Avis					
	Médecin conseil	Médecin traitant	Psychiatre traitant	Sapiteur	Enquêteur CPAM	Inspecteur du travail
Favorable						
Défavorable						
Ne se prononce pas						
Non renseigné						

Avis CRRMP	
Favorable	
Défavorable	

Avis du médecin du travail	
Favorable	
Défavorable	
Ne se prononce pas	
Non renseigné	

Annexe 5 : Courrier au directeur régional de la DRSM

**MR LE DIRECTEUR REGIONAL
DIRECTION REGIONALE DU
SERVICE MEDICAL AQUITAINE
80 AV DE LA JALLERE - BP 250
33028 BORDEAUX CEDEX**

A Bordeaux, le 27 Avril 2015

Copie :

- Docteur FERNANDEZ

- Docteur POIRIER

Monsieur le Directeur,

Le service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle du Centre Hospitalier de BORDEAUX souhaite réaliser une thèse, sur les modalités d'évaluation du lien de causalité entre affections psychiques et activité professionnelle par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles d'AQUITAINE.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une réflexion nationale mais aussi régionale.

En effet, aujourd'hui, en l'absence de tableau de maladies professionnelles concernant les affections psychiques, comme vous le savez, celles-ci peuvent être reconnues en maladie professionnelle par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qu'au titre de l'article L .461-1 alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale. Cela nécessite que la maladie présente une gravité justifiant une incapacité permanente (IP) égale ou supérieure à 25% et qu'un lien direct et essentiel avec l'activité professionnelle ait été mis en évidence par avis motivé d'un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

Mais ce dispositif soulève des difficultés constatées de manière unanime par les membres de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) relevant du ministère du Travail, de l'emploi et du Dialogue social qui évoque dans son rapport final sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle publié en Mars 2013, un « traitement des demandes par les CRRMP hétérogène et fluctuant » et a formulé des recommandations afin d'aider les CRRMP à apprécier les liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle.

Nous souhaitons donc contribuer à l'analyse de ces problèmes avec les membres du CRRMP d'AQUITAINE, sous la forme d'une thèse de Médecine du Travail.

En s'appuyant donc sur la bibliographie et notamment sur la version consolidée de 2013 du guide pour les CRRMP ainsi que sur la circulaire CIR12 /2014 de la Caisse Nationale de l' Assurance Maladie élaborée par le COCT, le travail de thèse consistera à proposer une grille de critères constitutifs des liens de causalité, afin d'apporter une aide décisionnelle à l'avis motivé que doit émettre le CRRMP lorsqu'il est sollicité sur ces pathologies.

C'est pourquoi, l'étude des dossiers d'affections psychiques soumis au CRRMP d'Aquitaine, de janvier 2012 à Juin 2015 permettrait d'évaluer la pertinence de la démarche à partir d'une grille initiale qui pourra à l'issue être affinée.

Nous sollicitons votre accord pour utiliser les dossiers étudiés par le CRRMP d'Aquitaine depuis 2012 concernant les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des troubles psychiques.

Vous trouverez ci-joint le protocole et nous sommes à votre disposition pour vous en apporter toutes informations complémentaires.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Marion DARDEVET (interne)

Pr Patrick BROCHARD

Pr Patrice VIANCE

Dr Isabelle LECLERC

Annexe 6 : Convention de collaboration établie entre la DRSM et le service de consultation de pathologie professionnelle

Convention de collaboration

Entre :

La Direction Régionale du Service Médical d'Aquitaine
80, avenue de la Jallère
33028 BORDEAUX CEDEX

Représentée par son Directeur Régional :
Monsieur le Docteur Bruno Tilly

Ci-après désignée « la DRSM »

Et :

Le Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles du CHU de Bordeaux
Hôpital Pellegrin
Place Amélie Raba Léon.
33076 BORDEAUX CEDEX

Représenté par :
Le Chef de Service
Madame le Docteur Catherine Verdun Esquer

Ci-après désigné « Le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles »

ARTICLE I - OBJET DE LA CONVENTION

La DRSM s'engage à fournir les informations dont la liste figure à l'annexe 1 des présentes, à partir des dossiers traités par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles de Bordeaux (CRRMP), et à les transmettre à la personne habilitée désignée par le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles à l'article II.

ARTICLE II - MODALITES DE REALISATION DE LA COLLABORATION

Type de données transmises par la DRSM

Ce sont des données relatives aux éléments administratifs et médicaux contenus dans les demandes de reconnaissance de maladie professionnelles figurant à l'annexe 1 des présentes.

Personnel habilité

Les personnes habilitées à communiquer les informations sont celles en charge du traitement des dossiers par le CRRMP à la DRSM.

En accord avec le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles la personne qui reçoit les données issues des dossiers traités par le CRRMP est Madame Marion Dardevet, interne en médecine du travail. Si le correspondant nommé ici devait changer, le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles devra en avvertir la DRSM préalablement à toute livraison d'information par la DRSM.

Transmission des informations

Les informations issues des dossiers sont recueillies par Madame Marion Dardevet à la DRSM, à partir des dossiers de demandes de reconnaissance de maladie professionnelle, sous forme de données anonymes.

Respect du secret professionnel

Les informations contenues dans les dossiers sont strictement couvertes par le secret professionnel et médical. Madame Marion Dardevet s'engage à ne pas divulguer les renseignements personnels sur les assurés dont elle aura eu connaissance lors du recueil des données (voir document à signer en annexe 3).

Sécurité du Système d'Information

La DRSM s'engage à ce que l'intervention de Madame Marion Dardevet dans ses locaux soit conforme à la politique de sécurité du Système d'Information (notamment en termes d'accès aux locaux et aux données).

CNIL

Le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles fait siennes les formalités nécessaires au regard de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Analyse des données

L'exploitation et l'analyse des données sont réalisées par la personne habilitée désignée par le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles à l'article II.

ARTICLE III - DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention débute à la date de signature figurant en dernière page.

La convention se termine à la date de transmission par la DRSM des données la concernant, au plus tard le 31 octobre 2016.

ARTICLE IV - PROPRIETE DES DONNEES-DIFFUSION DES RESULTATS

Les données contenues dans les dossiers restent la propriété de la DRSM et ne sont pas communiquées à d'autres entités juridiques que la personne habilitée par le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles et désignée à l'article II. La DRSM détient donc tous les droits de propriété sur les données fournies.

Le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles s'engage à informer les Caisses Primaires de l'Assurance Maladie de l'utilisation de données les concernant.

Le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles détient quant à lui tous les droits de propriété sur les résultats du traitement des données fournies par la DRSM dès lors que ce traitement est réalisé par service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles

Aucun audit du traitement des dossiers réalisé par le CRRMP ne peut être réalisé par un tiers.

Les publications et rapports du service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles contenant les résultats de l'exploitation des données obtenues par les informations mises à disposition par la DRSM devront être communiqués à la DRSM avant leur diffusion. La DRSM disposera d'un mois pour faire part de ses remarques éventuelles sur leur contenu au correspondant désigné à l'article II. Passé ce délai et faute de réponse, l'approbation de la DRSM sera réputée acquise.

L'ensemble des prescriptions de cet article s'applique au-delà de la durée de la convention, telle qu'elle est définie à l'article III.

ARTICLE V - RESILIATION

Dans le cas où l'une des parties ne respecte pas ses obligations telles que définies par la présente convention, la partie lésée peut mettre en demeure, au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception, la partie défaillante de s'exécuter.

Fait à Bordeaux, en deux originaux le ...3/2/15.....

La Direction Régionale du Service Médical
de l'Assurance Maladie d'Aquitaine

Le service de Médecine du Travail et de
Pathologies Professionnelles

Le Directeur Régional
Docteur Bruno Tilly

Le Chef de Service
Docteur Catherine Verdun Esquer



Docteur Bruno Tilly
directeur régional

Annexe 7 : Fiche de respect du secret médical

Les documents fournis par le service médical d'Aquitaine dans le cadre de la collaboration avec le service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles du Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux restent la propriété du service médical.

Les données contenues dans ces documents sont strictement couvertes par le secret professionnel. Il en va de même pour toutes les informations dont Madame Marion DARDEVET pourra avoir connaissance lors de sa présence dans les locaux du service médical.

Cela concerne notamment :

- l'état civil
- le lieu de résidence
- le nom et l'adresse de l'employeur
- les indications relatives aux prestations servies
- l'état de santé
- tout document du service médical.

Selon l'article 226.13 du nouveau Code Pénal la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un emprisonnement et d'une amende.

Madame Marion DARDEVET s'engage à respecter les obligations suivantes :

- ne prendre aucune copie des documents qui lui sont confiés, à l'exception de celles nécessaires à l'exécution de la convention de collaboration
- ne pas utiliser les documents et informations traités à des fins autres que celle de la convention de collaboration
- ne pas divulguer ces documents et informations à des personnes autres que celles prévues dans la convention de collaboration
- prendre toute mesure de sécurité pour assurer la protection des documents et informations utilisés.

Madame Marion DARDEVET reconnaît avoir pris connaissance du texte ci-dessus.

Date et signature

Annexe 8 : Demande d'utilisation des données adressée aux CPAM

Mlle Marion DARDEVET

Adresse

Mr XXXXXXXXXXXX

Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de XXXX

Adresse

A Bordeaux, le 3 Novembre 2015.

Monsieur le Directeur,

Interne de Médecine du travail, je souhaiterais réaliser, dans le cadre de ma thèse de doctorat en Médecine, dirigée par le Professeur VIANCE et le Dr LECLERC, du service de Médecine du Travail et Pathologie Professionnelle du CHU de Bordeaux, une étude portant sur l'identification des facteurs de risque psychosociaux dans les éléments du dossier médico administratif étudié par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) d'AQUITAINE dans le cadre de l'instruction de demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies psychiatriques.

L'objectif final de cette thèse est de faciliter l'instruction des dossiers en amont du CRRMP et le travail décisionnel du CRRMP, par l'utilisation d'une grille synthétique de recueil de facteurs d'exposition, qui tiendrait compte de l'ensemble de référentiels existants mais aussi des enseignements tirés de l'analyses des dossiers traités par le CRRMP de janvier 2013 à juin 2015.

Compte tenu du caractère médico-administratif des dossiers étudiés par le CRRMP et de l'importance des éléments d'information issues des enquêtes réalisés par les agents enquêteurs, il apparait essentiel que je puisse intégrer dans mon étude, l'analyse des différentes pièces transmises par la Caisse. En conséquence, je sollicite votre accord pour intégrer l'étude des pièces administratives de la CPAM (rapport employeur, rapport assuré, rapport enquête CPAM) se trouvant dans les dossiers CRRMP, dans mon analyse. Cela concerne trois dossiers pour 2013 et un pour 2015.

Conformément à la proposition de convention qui sera établie avec la Direction Régionale du Service Médical d'Aquitaine, ci jointe, les informations issues des dossiers seront recueillies par mes soins à la DRSM, à partir des dossiers de demandes de reconnaissance de maladie professionnelle, sous forme de données anonymes et les publications et rapports du service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles contenant les résultats de l'exploitation des données obtenues par les informations mises à disposition par la DRSM devront être communiqués à la DRSM pour validation avant leur diffusion.

Vous trouverez ci-joint le protocole de cette étude ainsi que la grille élaborée pour réaliser cette étude.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Marion DARDEVET (interne)

Pr Patrice VIANCE

Dr Isabelle LECLER

Annexe 9 : Grille G1

GRILLE DE LIEN DE CAUSALITE PATHOLOGIE PSYCHIQUE/MP

Personne interrogée : demandeur, employeur, collègue, médecin du travail

INDIVIDU ET AFFECTION PSYCHIQUE

• Antécédents personnels	OUI	NON	NR	Commentaires
Antécédent personnel psychiatrique, si oui : diagnostic et date				
Antécédent d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique				
Autre antécédent : diagnostic				

• Pathologie actuelle				
Amélioration clinique en dehors des périodes de travail				
Traitement pris depuis plus de 6 mois				
Suivi psychiatrique, si oui : rythmicité				
Pathologie associée : TMS, pathologie cardiovasculaire				

• Existence d'un événement déclencheur/traumatisant				
Evènement d'origine professionnelle, nature et date				
Evènement d'origine extra-professionnelle, nature et date				

CRITERES SE RAPPORTANT AU TRAVAIL

Contexte de l'entreprise

	OUI	NON	NR	Commentaires
Intervention de l'inspection du travail (si oui : date)				
Alerte formulée en CHSCT (si oui : date)				
Contexte économique défavorable (chômage technique, blocage du salaire)				
Rachat récent de l'entreprise				
Présence de cas reconnu en MP au sein de l'entreprise (année)				

Intensité et temps de travail

Intensité de travail

• Charge de travail	Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires
Surcharge de travail ressentie			

• Polyvalence

Glissement des tâches et des responsabilités (ambiguïté des rôles)			
--	--	--	--

• Sous-qualification

Absence de formation existante			
--------------------------------	--	--	--

Temps de travail

• Durée et organisation du temps de travail	Fréquence	Durée d'exposition	Commentaires
Durée hebdomadaire supérieure à 48h			
Extension de la disponibilité au-delà des horaires de travail			
Dépassement habituel des horaires			
Heures supplémentaires non payées ou non récupérées			
Repos hebdomadaire régulièrement inférieur à 48h			

Rapport sociaux au travail

• Relation avec les collègues

Manque de soutien dans les situations difficiles			
Situation de tension avec les collègues			

• Relation avec la hiérarchie

Déficit vécu de soutien de la hiérarchie dans les situations difficiles			
Caractère distant de la relation hiérarchique			
Changement récent ou multiple de la hiérarchie			
Sensation de mise au placard			
Relation vécue délétère avec la hiérarchie			

• Violence interne au travail

Comportement méprisant, agressions verbales, injures, menaces			
Etre témoin de violence interne au sein de son entreprise			

• Rémunération et carrière

Rémunération jugée insuffisante			
---------------------------------	--	--	--

• Evaluation du travail

Procédure de contrôle perçue comme excessive			
Déni de la qualité du travail			
Sanction injustifiée			

• Attention portée au bien-être des salariés

Déséquilibre dans la distribution du travail			
--	--	--	--

Insécurité de la situation de travail

• Sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière

	OUI	NON	NR	Commentaires
Procédure de licenciement en cours contre l'agent ou déjà effectué				

Autres facteurs de majoration

• Statut médical ou social particulier

Personne reconnue en situation de handicap				
--	--	--	--	--

• Revendication de droit

Action conduite à titre personnel (prud'hommes)				
---	--	--	--	--

Quantification de la fréquence en pluriquotidien (PQ)/hebdomadaire (H)/mensuel (M)/moins (-) ou présent (P) si fréquence non précisée.

Quantification de la durée d'exposition en mois.

O/N/NR : oui/non/non renseigné.

Annexe 10 : CIR-12/2014 de l'Assurance Maladie



CIRCULAIRE CIR-12/2014

Document consultable dans Médi@m

Date :

12/06/2014

Domaine(s) :

dossier client assurés

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Affections psychiques,
documents pour les CRRMP.

Liens :

Plan de classement :

P01-03

Emetteurs :

DRP

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CARSAT

☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Cette circulaire diffuse les recommandations sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Ces recommandations ont été élaborées par un groupe de travail du Comité d'orientation sur les conditions de travail (COCT).

Mots clés :

CRRMP, affections psychiques, lien de causalité, enquête administrative

Le Directeur Délégué
aux Opérations

Olivier DE CADEVILLE

P/ Le Directeur
des Risques Professionnels

Pascal JACQUETIN

CIRCULAIRE : 12/2014

Date : 12/06/2014

Objet : Affections psychiques, documents pour les CRRMP.

Affaire suivie par : Odile VANDENBERGHE - ✉ odile.vandenberghe@cnamts.fr

Une affection psychique peut être reconnue comme maladie professionnelle à la condition qu'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) ait établi un lien direct et essentiel entre cette affection et les conditions de travail.

Pour établir ce lien le CRRMP s'appuie sur un certain nombre de documents dont la qualité est essentielle pour lui permettre de rendre un avis pertinent et motivé.

La présente circulaire met à disposition des différents contributeurs les recommandations issues des travaux d'un groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du COCT.

Ministère du Travail, de l'emploi et du dialogue social

Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

Commission des Pathologies Professionnelles

**Groupe de travail sur les pathologies psychiques
d'origine professionnelle**

RECOMMANDATIONS SUR LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES
POUR L'ÉVALUATION DU LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE UNE
AFFECTION PSYCHIQUE ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL PAR LES
COMITÉS RÉGIONAUX DE RECONNAISSANCE DES MALADIES
PROFESSIONNELLES

Ce texte n'est pas un rapport à visée scientifique mais un document pragmatique ayant pour objet de lister et expliquer le contenu, l'intérêt et la façon d'obtenir des documents informatifs à destination des CRRMP pour donner un avis éclairé sur l'existence ou non d'un lien direct et essentiel entre une affection psychique et son travail chez un individu ayant déposé une demande de reconnaissance en maladie professionnelle.

Les informations proviennent de cinq sources :

- documents venant du médecin conseil de l'organisme de Sécurité sociale chargé de l'instruction du dossier,
- documents issus de l'enquête administrative de l'organisme de Sécurité sociale,
- documents provenant du demandeur,
- documents provenant de l'employeur,
- documents provenant du médecin du travail.

I - Documents en provenance du médecin conseil

S'agissant d'une affection hors tableau, le rapport du service du contrôle médical destiné au CRRMP doit comprendre les éléments ayant permis au médecin conseil de conclure qu'il s'agit d'une affection caractérisée et que le taux d'incapacité permanente prévisible est supérieur ou égal à 25%.

Pour les affections psychiques, il est indispensable que l'examen réalisé par le médecin conseil soit un entretien et non un examen sur pièces.

Ce rapport doit être rédigé comme une observation médicale c'est-à-dire qu'il doit reprendre les antécédents, personnels au moins, l'histoire actuelle, le résultat de l'examen réalisé par le médecin conseil lui-même, l'évolution et le traitement.

A la fin de ce rapport, le médecin-conseil donne son point de vue sur le caractère professionnel probable, possible ou improbable de l'affection. Ce point de vue doit être motivé.

Un autre document médical indispensable transmis par le médecin conseil est le compte-rendu de l'avis sapiteur quand il a été demandé. Cet avis sapiteur dont l'importance est rappelée dans la première partie du rapport final du groupe de travail sur les pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle doit être communiqué intégralement au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, la reprise d'extraits choisis dans le rapport du médecin conseil destiné au CRRMP n'étant pas suffisante.

D'autres documents doivent également, quand ils existent, être transmis au comité par le médecin conseil : certificats médicaux, ordonnances, bulletins de séjour hospitaliers, comptes rendus d'hospitalisation et tous autres documents concernant la maladie en cours ou passée du patient. Cette transmission doit faire l'objet d'un relevé des pièces jointes.

II - Documents en provenance du demandeur

Le demandeur de la reconnaissance en maladie professionnelle a souvent des arguments écrits à faire valoir. Il peut s'agir soit de documents médicaux soit de documents non médicaux ayant pour objet de la part du demandeur d'étayer son argumentaire.

III - Documents en provenance de l'employeur

Le code de la Sécurité sociale prévoit que le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles dispose d'un « rapport circonstancié du ou des employeur(s) de la victime décrivant notamment chaque poste de travail tenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel ». Compte-tenu du type de pathologie, il est particulièrement important que le Comité puisse disposer de l'avis de l'employeur. A défaut de réception, en particulier du fait du délai d'un mois à compter de la demande de la caisse, le secrétariat du comité tente de l'obtenir dans un délai raisonnable avant l'examen en séance. Ce rapport peut être accompagné de tous les documents ou informations jugés nécessaires par l'employeur pour étayer son argumentaire.

IV - Documents en provenance du médecin du travail

Le code de la Sécurité sociale prévoit « un avis motivé du médecin du travail de la ou les entreprise(s) où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprise(s) ». L'apport du médecin du travail dans les pathologies d'origine psychique est particulièrement important. La fiche type envoyée aux médecins du travail pour le recueil de leur avis en cas de demande de maladie professionnelle relevant du CRRMP n'étant pas adaptée au cas particulier des affections psychiques, l'utilisation d'un document adapté à ce type d'affections est proposée (document en annexe 1).

Le médecin du travail peut y annexer des compléments s'il l'estime utile. Il peut s'agir par exemple de la fiche d'entreprise ou d'un éventuel écrit motivé et circonstancié sur des mesures visant à

préserver la santé en présence d'un risque pour la santé tel qu'il est prévu à l'article L.4624-3 du Code du travail.

A défaut de réception de l'avis du médecin du travail, en particulier du fait du délai d'un mois à compter de la demande de la caisse, le secrétariat du comité tente de l'obtenir dans un délai raisonnable avant l'examen en séance.

V - Documents en provenance des services administratifs de l'organisme de Sécurité sociale

A - L'importance de l'enquête

Bien que le temps pouvant être consacré à une enquête pour une demande de maladie professionnelle soit variable et souvent court, il apparaît nécessaire de souligner ici l'importance que cette enquête revêt dans le cas très particulier d'une demande pour une affection psychique. Il n'est pas possible dans ces recommandations de fixer une durée minimale prescrite, non seulement en l'absence d'autorité pour le faire mais aussi parce que les dossiers à traiter sont des cas individuels très différents les uns des autres. Toutefois les rédacteurs de ces recommandations insistent sur le fait que l'enquêteur doit disposer d'un temps suffisant pour effectuer un travail de qualité. En effet, les agents enquêteurs sont en contact direct avec l'employeur et la personne qui fait la demande et plus généralement avec le milieu dans lequel travaillent et vivent les personnes impliquées. Ce n'est pas le cas des membres du CRRMP qui n'ont à leur disposition que des informations fournies par des tiers. Il est rare que le patient et l'employeur puissent être entendus directement par le Comité et ce n'est jamais le cas pour d'autres éventuels protagonistes.

B - Le contenu

L'organisme de Sécurité sociale doit fournir un rapport de l'enquête réalisée par son agent affecté à cette activité. Cette enquête doit être particulièrement minutieuse et le rapport ne doit pas être la simple addition des avis recueillis. Il est demandé à l'agent enquêteur une description et une analyse détaillées des éléments concrets et factuels sur une situation précise, sans qu'il doive et puisse établir de lien de causalité. L'agent enquêteur ne possède pas l'ensemble du dossier (en particulier en ce qui concerne d'éventuels facteurs extra-professionnels ou antécédents médicaux, qu'il n'a pas qualité à rechercher de façon active mais qu'il peut noter en cas de recueil de déclarations spontanées).

Le compte-rendu de l'enquête doit permettre d'éclairer les membres du CRRMP pour qu'ils puissent déterminer si l'environnement professionnel est ou non délétère, en recensant les facteurs psycho-sociaux de risque. A cet effet les personnes détentrices d'informations utiles peuvent être le demandeur, sa hiérarchie, ses collègues de travail, les représentants du personnel

L'enquêteur doit chercher :

- à reconstituer la chronologie des faits,
- d'éventuels événements traumatiques caractérisés dans le cadre professionnel (événements traumatiques marquants),
- la présence de violence sous toutes ses formes (comportements agressifs, avec violence verbale, humiliations, brimades, sanctions semblant injustifiées),
- une demande élevée (charge de travail, excessive, pression du temps, demande psychologique élevée, demandes contradictoires) médiée par une faible latitude décisionnelle ou un faible soutien social.

Les membres du CRRMP ont besoin de connaître la situation du demandeur et le contexte pour donner leur avis.

1 - La situation du demandeur

Il convient de connaître le poste de travail du demandeur et d'apprécier sa situation de travail individuelle au regard des facteurs de risque listés dans les éléments rapportés dans le rapport final de la commission des pathologies professionnelles sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle et le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, dit rapport Gollac.

a- Le travail

C'est la description du poste de travail, par la formation initiale nécessaire pour y accéder (et les formations continues éventuelles), par la fiche de poste, la quantité de travail, le mode de rémunération, la mono ou polyvalence.

b- La situation individuelle du demandeur.

S'ajoutent à cette description d'un poste des éléments sur la personne qui l'occupe, l'ancienneté dans la carrière, l'ancienneté au poste, les évaluations individuelles.

Viennent ensuite les caractéristiques du travail habituel effectué, selon la définition d'une maladie professionnelle, c'est à dire une maladie créée par « l'exercice habituel d'une profession ». Sur le plan quantitatif et qualitatif, l'enquêteur recueille ainsi les données :

- d'intensité du travail et temps de travail
 - quantité
 - pression temporelle
 - complexité
 - conciliation du travail et du « hors travail »
- d'exigences émotionnelles

- relation au public
- empathie, contact de la souffrance
- nécessité de devoir cacher ses émotions
- peur au travail
- d'autonomie
 - autonomie procédurale
 - utilisation et accroissement de compétences
 - participation, représentation
- de rapports sociaux au travail
 - conflits, harcèlement
 - reconnaissance
 - « leadership » (clarté, pilotage du changement, ...)
- de conflits de valeurs éventuels
 - conflits éthiques
 - qualité empêchée
- d'insécurité de la situation de travail
 - sécurité de l'emploi, de salaire, de la carrière
 - caractère soutenable ou non de la situation de travail

2 - Eléments de contexte

Une maladie professionnelle affecte un individu. La description et la prise en compte du contexte dans l'enquête n'ont pas pour objet de juger l'entreprise et son fonctionnement général mais de la présenter aux membres du CRRMP, essentiellement dans ses aspects sociaux pour apporter des arguments pouvant être ou non en faveur d'un lien entre la maladie du demandeur et son travail.

a- L'entreprise

Sa présentation sommaire vise à faire connaître :

- ses activités et sa taille,
- l'organigramme de l'environnement du salarié concerné,
- les mouvements de personnel dans l'entreprise ou le service ou dans l'environnement du demandeur, selon le type d'entreprise,
- les éventuels accidents du travail ou maladies professionnelles antérieurs de même nature,
- la situation économique de l'entreprise
- les relations sociales dans l'entreprise,
- tout document sur les risques psycho-sociaux existant dans l'entreprise (émanant de la direction, des instances représentatives du personnel, du personnel, de structures extérieures mandatées sur le sujet, ...),

- des éléments du bilan social pouvant être d'intérêt pour le dossier analysé.

b– Le document unique et le plan d'action de prévention

Des facteurs psychosociaux de risque peuvent figurer dans l'inventaire des risques professionnels du document unique (DU) de l'entreprise. Concernant ces risques, il peut être utile de rechercher dans le DU le résultat de l'identification des dangers et de l'analyse du risque, ainsi que les dates de réactualisation pour l'unité de travail concernée. Les informations obtenues seront à mettre en regard des actions de prévention des risques éventuellement mises en œuvre.

c– L'action du médecin du travail

Tous documents issus du médecin du travail sur le sujet dans l'environnement du salarié (fiche d'entreprise, alertes, par exemple) peuvent être annexés au rapport d'enquête (voir paragraphe IV, deuxième alinéa).

C – la forme du rapport d'enquête et les supports scientifiques

Il n'a pas paru justifié aux rédacteurs de ces recommandations de proposer un modèle. Une grille de recueil d'informations peut être réductrice et ne correspondrait pas à l'exigence de rapporter les nuances et les points de vue des acteurs du terrain. Le rapport d'enquête ne peut pas être la liste des réponses à un questionnaire.

Ainsi qu'il a été écrit ci-dessus il convient que les membres des CRRMP aient à leur disposition une description et une analyse détaillées d'éléments concrets et factuels. Or, les affirmations subjectives des demandeurs ne sont souvent pas étayées. Des affirmations prononcées par les demandeurs, illustrant les concepts listés au paragraphe V B 1 b peuvent refléter soit une réalité soit une impression. Des affirmations subjectives comme : « on me demande une quantité de travail excessive », « je subis des contraintes dans mon travail de déplacements, de cadences automatiques, de dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, de demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate; de contrôles ou surveillances permanents... », doivent être mises en relation avec des éléments objectifs recueillis au cours de l'enquête. Les enquêteurs doivent pouvoir en argumenter la réalité objective. Une liste non exhaustive de ce type d'affirmations insuffisantes en elles-mêmes est proposée en annexe 2 afin que les enquêteurs en valident ou invalident la réalité dans leur rapport.

Il est rappelé que des supports scientifiques sont disponibles pour la compréhension du phénomène de développement d'affections psychiques en lien avec le travail, comme les éléments rapportés dans :

- le rapport final de la commission des pathologies professionnelles sur les pathologies psychiques,

- le rapport « mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser » dit rapport Gollac,
- le rapport « Bien-être et efficacité au travail » de février 2010 de H. Lachmann, C. Larose et M. Pénicaud.

La brochure « évaluer les facteurs de risque psychosociaux : l'outil RPS-DU » de l'INRS (ED 6140 de février 2013) a été conçue pour la confection du document unique d'évaluation des risques professionnels mais peut également permettre d'élaborer des enquêtes individuelles.

Annexe 1 : fiche proposée pour le recueil de l'avis motivé du médecin du travail

• Avis sur la pathologie déclarée

- Avez-vous constaté cette pathologie ?

- Depuis quelle date ?

- Dans quelles circonstances ?

- Existait-il, à votre connaissance, des raisons extraprofessionnelles particulières pouvant expliquer l'apparition de cette pathologie (pathologies personnelles, contexte familial, relations sociales, ...) ?

• Avis sur le risque d'exposition dans l'entreprise

- Quels ont été les postes occupés et les activités exercées à ces postes avant l'apparition de la pathologie ?

- Existait-il des situations particulières à ces postes, pouvant expliquer l'apparition de cette pathologie (particularités organisationnelles, managériales, relationnelles, ...) ?

- Des mesures spécifiques ont-elles été mises en œuvre au sein de l'entreprise ? Quel impact ont-elles eu ?

• Avis sur son origine

- Selon vous, la pathologie a-t-elle une origine essentiellement professionnelle ?

Annexe 2 : exemples d'informations subjectives devant être validées ou invalidées lors des enquêtes

	Facteurs de risque	
Exigences de travail	Quantité	« On me demande une quantité de travail excessive »
	Pression temporelle	« Je subis des contraintes dans mon travail de déplacements, de cadences automatiques, de dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, de demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate; de contrôles ou surveillances permanents... »
		« je suis obligé de me dépêcher pour faire mon travail »
	Complexité	« Je dois penser à trop de choses à la fois »
	Conciliation travail-hors travail	« J'ai du mal à concilier mon travail et mes obligations familiales »
Exigences Emotionnelles	Relation au public	« Je suis en contact direct avec le public (usagers, patients, élèves, voyageurs, clients, fournisseurs...) »
	Empathie, contact de la souffrance	« Au cours de votre travail, je suis amené à être en contact avec des personnes en situation de détresse »
		« Au cours de votre travail, je suis amené à devoir calmer des gens »
	Devoir cacher ses émotions	« Dans mon travail, je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur »
	Peur au travail	« Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail »
Autonomie, marges de manœuvre	Autonomie procédurale	« Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment faire mon travail »
		« Je ne peux pas interrompre momentanément votre travail quand je le souhaite »

	Utilisation et accroissement de compétences	« Je n'ai pas l'occasion de développer mes compétences professionnelles »
		« Mon travail ne me permet pas d'apprendre des choses nouvelles »
		« Mon travail consiste à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations »
	Participations, représentation	« Le personnel de l'entreprise n'a pas été consulté au moment de la mise en place de changements »
Rapports sociaux, relations de travail	Conflits, harcèlement	« Au cours de votre travail, je suis exposé à des agressions verbales, des injures, des menaces »
		« Au cours de votre travail, je suis exposé à des agressions physiques »
		« Une ou des personnes me traite(ent) systématiquement de la façon suivante: « m'ignore, fait comme si je n'étais pas là » ou « tient sur moi des propos désobligeants » ou « m'empêche de m'exprimer » ou « me ridiculise en public » ou « dénigre la qualité de mon travail » ou « me charge de tâches inutiles ou dégradantes » ou « m'empêche de travailler correctement », ou « laisse entendre que je suis mentalement dérangé » ou « me dit des choses obscènes ou dégradantes » ou « me fait des propositions à caractère sexuel de façon insistante ».
	Reconnaissance	« Mon travail n'est pas utile aux autres ? »
		« Mon travail n'est pas reconnu à sa juste valeur »
	« Leadership » (clarté, pilotage du changement...)	« Généralement, on ne m'explique pas clairement ce que j'ai à faire dans mon travail »
		« Je reçois des ordres contradictoires »
Conflits de valeurs	Conflits éthiques	« Dans mon travail, je dois faire des choses que je désapprouve (vente abusive, réalisation de licenciements...) »
	Qualité empêchée	« Je n'ai pas les moyens de faire un travail de qualité »

Insécurité socio- économique	Sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière	« Je travaille avec la peur de perdre mon emploi »
		« Dans les années à venir, je vais devoir changer de qualification ou de métier »
	Caractère soutenable de la situation	« Je ne me sens pas capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 62 ans »

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque"*

A partir des données de la littérature et de l'analyse des données de dossiers de psychopathologie du CRRMP, l'objectif est l'élaboration d'une grille permettant d'optimiser l'instruction des dossiers en vue de leur présentation au CRRMP.

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, exhaustive et rétrospective des dossiers de psychopathologies présentés au CRRMP d'Aquitaine entre le premier janvier 2013 et le trente juin 2015.

Pour chaque dossier, un recueil rétrospectif des données a été effectué selon une grille préétablie à l'aide de la littérature.

Au total, 49 dossiers d'affections psychiques ont été étudiés dont 87,9% était des syndromes dépressifs. Le sex-ratio s'élevait à 1,13 en faveur des hommes. Les employés étaient les plus représentés à 39%. Les activités de services sont les principales activités émettrices de dossiers à 67%. Le comité s'est majoritairement prononcé en faveur d'une reconnaissance en maladie professionnelle de la psychopathologie dans 65.3% des cas.

Parmi les critères importants à renseigner, nous retrouvons l'avis du médecin du travail. Un élément important du lien essentiel est la notion d'antécédent personnel psychiatrique avec sa date de diagnostic.

Les expositions professionnelles retrouvées sont l'intensité (charge de travail, manque de formation), le temps de travail, les rapports sociaux (relation avec les collègues et la hiérarchie, violence interne) et l'insécurité de la situation de travail.

La grille constitue une aide pour les enquêteurs des CPAM mais peut également être utilisée pour le recueil de l'avis motivé du médecin du travail et par les médecins des services de consultations de pathologie professionnelle.

Fixing psychopathologies in the field of occupational diseases

Developing a grid to improve the dealing of records to be presented to the Regional Committee for Occupational Diseases Recognition.

DISCIPLINE : médecine du travail

MOTS CLES : réparation, psychopathologie, maladie professionnelle, Comité Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelle (CRRMP), risques psychosociaux