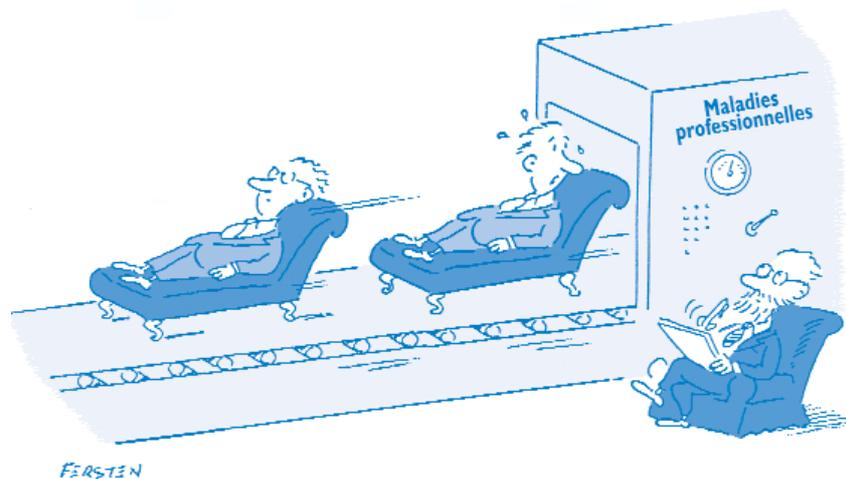




Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ?



Février 2004
Eurogip-10/F

Préambule

Le Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles¹ a constitué, en septembre 1998, un groupe de travail sur les maladies professionnelles en Europe et en a confié l'animation à Eurogip.

Les travaux de ce groupe ont donné lieu à la publication des rapports suivants :

- *Les maladies professionnelles en Europe - Etude comparative sur 13 pays : procédures et conditions de déclaration, reconnaissance et réparation* (sept. 2000)
- *Les maladies professionnelles dans 15 pays européens - Les chiffres 1990-2000, l'actualité juridique et pratique 1999-2002* (déc. 2002)
- *Etat des lieux sur les cancers professionnels en Europe* (déc. 2002)
- *Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe* (déc. 2002)
- *Lombalgie et asthme allergique : deux études de cas au niveau européen* (déc. 2002).

La présente étude s'inscrit dans la continuité de ces travaux.

¹ Créé en juin 1992, le Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles s'est donné pour objectif de promouvoir le concept d'une assurance spécifique contre les risques professionnels. Fin 2003, dix-sept pays - et vingt trois organismes - y sont représentés.

Ont participé à cette enquête

| | | |
|--|--|------------|
| Andreas KRANIG | Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) | Allemagne |
| Peter PILS | Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) | Autriche |
| Patrick STRAUSS | Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) | Belgique |
| Danielle de BRUCQ | Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement | |
| Lars Hog JENSEN | Arbejdsskadestyrelsen | Danemark |
| Carmen ESCALANTE BLAZQUEZ Javier TRALLERO VILAR | Asociacion de mutuas de accidentes de trabajo (AMAT) | Espagne |
| Kirsi POHJOLAINEN | Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto (TVL) | Finlande |
| Andrée GIRARD Didier LAPORTE | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) | France |
| Margaret DAWSON BAXTER | Department of Social, Community and Family Affairs | Irlande |
| Daniela GERMANI Roberto PIANIGIANI | Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) | Italie |
| Claude RUME | Association d'assurance contre les accidents (AAA) | Luxembourg |
| Gert van der LAAN | Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) | Pays-Bas |
| Fatima VENTURA | Centro Nacional Protecção contra os Riscos Profissionais (CNPRP) | Portugal |
| Monica SVANHOLM | Riksförsäkringsverket (RFV) | Suède |
| Rodolphe WIPF | Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) | Suisse |

Les travaux ont été coordonnés par Eurogip : Marie-Chantal BLANDIN et Christine KIEFFER.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 5 |
| 1. Les possibilités de reconnaissance | |
| A - La reconnaissance est possible dans six pays | 7 |
| B - La reconnaissance est actuellement impossible dans sept pays | 10 |
| C - Le cas des Pays-Bas | 10 |
| 2. L'ampleur du phénomène | |
| A - Les demandes de reconnaissance | 12 |
| B - Les cas reconnus | 13 |
| a) Les chiffres | |
| b) Typologie des risques et/ou maladies reconnues | |
| 3. L'état des réflexions | |
| A - Vers un diagnostic plus précis | 15 |
| B - Vers une reconnaissance ? | 16 |
| Annexes | |
| 1 Résumé des conclusions du Groupe de travail sur l'indemnisation des troubles mentaux comme maladies professionnelles en Finlande | 18 |
| 2 Extrait du rapport de veille 2002 sur les maladies professionnelles du Nederlands Centrum voor Beroepsziekten sur les troubles psychiques liés au travail aux Pays-Bas | 20 |
| 3 Statistiques sur les troubles mentaux (demandes de reconnaissance et cas reconnus) au Danemark | 24 |
| 4 Exemples de cas reconnus de maladies mentales liées à des facteurs professionnels de stress anormalement élevés au Danemark | 25 |
| 5 Résumé du rapport du Comité scientifique ad hoc sur la reconnaissance des maladies psychiques et psychosomatiques en Italie | 27 |
| 6 Extrait de la circulaire diffusée en décembre 2003 aux responsables des structures centrales et territoriales de l'INAIL en Italie | 30 |

Introduction

Le thème des maladies psychiques liées au travail est régulièrement abordé sous l'angle de la prévention. La Commission européenne a publié en 2000 un *Manuel d'orientation sur le stress au travail* ; la Semaine européenne de la sécurité et de la santé au travail 2002 a été consacrée à la prévention des risques psychosociaux ; les organismes nationaux de prévention développent des recherches sur ce risque émergent et les initiatives concrètes se multiplient au sein de certaines grandes entreprises et services publics sur des aspects spécifiques au problème (harcèlement, violence...).

S'il est désormais communément admis que l'environnement de travail peut avoir un impact sur la santé non seulement physique mais aussi mentale des travailleurs, la question de la reconnaissance du caractère professionnel des maladies psychiques ne fait pas l'unanimité en Europe.

Certes, certaines pathologies psychosociales sont d'ores et déjà reconnues en tant qu'accidents du travail : en Europe, les organismes d'assurance accidents du travail – maladies professionnelles prennent en charge les suites psychiques ou psychologiques d'un événement accidentel, à condition que l'événement à l'origine du trouble soit de courte durée, survenu à une date certaine, au temps et au lieu du travail et que le trouble apparaisse dans un temps voisin des faits.

Mais ces conditions étant de moins en moins vérifiées, les organismes d'assurance et les pouvoirs publics s'interrogent depuis quelques années sur l'opportunité de reconnaître, et donc d'indemniser, ce type de pathologies comme maladies professionnelles.

Le débat soulève plusieurs problèmes.

D'une part, le caractère multifactoriel des maladies psychiques pose l'épineuse question du lien de cause à effet entre le travail et la pathologie : contrairement aux maladies professionnelles dites classiques, pour lesquelles il est relativement aisé de démontrer l'origine professionnelle en présence d'agents chimiques, physiques ou biologiques nocifs, la santé mentale d'un travailleur peut être affectée à la fois par les conditions de travail mais aussi par des contraintes extraprofessionnelles. Autrement dit, comment prouver que le travail est la cause « déterminante » ou « essentielle » de la pathologie psychique d'un individu peut-être déjà fragilisé dans son cadre familial et social ?

D'autre part, pour les pays européens qui admettent qu'il peut exister un lien causal direct entre le travail et certaines maladies psychiques, la difficulté consiste à définir le concept de risque psychosocial et celui de maladie psychique, ce afin de dessiner le cadre des procédures de reconnaissance et d'indemnisation. Il n'existe, à ce jour, pas de définition de ces deux termes qui soit commune à tous les pays.

Dans cette étude, l'expression « maladies psychosociales » recouvre l'ensemble des maladies psychiques, psychosomatiques et psychologiques liées au stress d'origine professionnelle et aux risques psychosociaux tels que le harcèlement, la violence, le *mobbing* et tous les autres risques liés à l'organisation et aux conditions de travail ; cette étude exclut de son champ les maladies psychiques liées au risque chimique (causé par des substances toxiques, notamment les solvants) et les suites psychiques ou psychologiques d'événements accidentels généralement reconnus comme accidents du travail.

I. Les possibilités de reconnaissance

La présente enquête, menée auprès de 14 pays européens, a révélé que près de la moitié d'entre eux permettent aujourd'hui la reconnaissance de pathologies psychosociales comme maladies professionnelles. Si, pour certains (Belgique, France, Italie et Portugal), cette reconnaissance est récente, elle a été rendue possible dès le début des années 1980 en Suède et au début de la décennie suivante au Danemark. Dans les autres pays européens (Allemagne, Autriche, Espagne, Finlande, Irlande, Luxembourg et Suisse), la reconnaissance est actuellement impossible, même si le débat est lancé dans nombre d'entre eux. Enfin, le cas des Pays-Bas est à étudier de façon distincte.

A - La reconnaissance est possible dans six pays

Les pathologies psychosociales sont susceptibles d'être reconnues comme maladies professionnelles en **Belgique**, au **Danemark**, en **France**, en **Italie**, au **Portugal** et en **Suède**. Ce type de pathologies n'est toutefois, à ce jour, inscrit sur aucune des listes de maladies professionnelles de ces pays et c'est donc dans le cadre du système complémentaire (sauf en Suède où il n'existe pas de système mixte) que la victime doit faire sa demande de reconnaissance, en apportant la preuve du lien entre sa maladie et son travail.

En **Suède**, les lésions psychiques ou psychosomatiques peuvent être reconnues comme maladies professionnelles quand elles sont causées par une « influence néfaste au travail », c'est-à-dire quand elles sont associées à des facteurs organisationnels et sociaux liés à l'environnement du travail.

Il faut toutefois rappeler que dans ce pays, depuis la réforme du système de reconnaissance et d'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles intervenue en 1993, l'assurance ad hoc ne prend en charge la maladie que si l'assuré souffre d'une incapacité de travail et/ou d'une perte de capacité de gain permanentes.

Si cette condition préalable est remplie, la victime doit prouver que la pathologie dont elle souffre résulte de facteurs nocifs sur le lieu de travail. La nouvelle loi en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2002, qui simplifie les règles relatives à la charge de la preuve, exige qu'il existe de plus sérieux motifs en faveur d'une présomption du caractère professionnel de la maladie qu'en faveur du contraire.

Cette même loi limite cependant la reconnaissance de ce type de pathologies. Ainsi, ne pourront être indemnisés les troubles de la santé mentale causés par exemple par une fermeture d'entreprise ou une réduction de personnel, des conflits interpersonnels ou relatifs au contrat de travail, une modification des tâches de travail, une absence de promotion, un sentiment d'ennui, d'être sous-estimé ou de ne pas réussir à accomplir son travail.

On peut en déduire que les brimades, le harcèlement, les vexations et les humiliations subis au travail mais aussi le *burnout* peuvent être reconnus comme des facteurs ayant causé une maladie professionnelle psychique.

En pratique, l'appréciation de la réalité des risques est faite au cas par cas : les faits doivent pouvoir être documentés par des informations provenant de plusieurs sources, notamment en interrogeant les supérieurs de la victime, ses collègues et des représentants de l'administration du personnel et des syndicats. Une telle collecte d'informations exige du temps, parfois jusqu'à un an.

Au **Danemark**, le Comité des maladies professionnelles² peut reconnaître le caractère professionnel des troubles de la santé mentale s'ils ont été causés, en totalité ou en majeure partie, par des caractéristiques particulières du travail ; la pratique du Comité est d'être favorable à la reconnaissance des cas dans lesquels il y a eu des contraintes sur une longue période en relation avec des

² Organe (composé essentiellement de représentants des salariés et des employeurs) compétent notamment pour la mise à jour de la liste des maladies professionnelles et pour la reconnaissance des maladies hors liste

situations de violence ou menaces de violence, de harcèlement d'une certaine gravité, de suicide ou toute autre situation de grave stress qui ne soit pas typique du travail exercé.

De manière générale, le Comité exige que l'expertise ait démontré une corrélation entre la situation de stress et le développement de la maladie. Le diagnostic porte d'abord sur la nature du stress, qui doit être d'une exceptionnelle gravité, être causé par des facteurs externes à la personne et avoir des conséquences permanentes sur son état de santé. Le lien entre la pathologie et l'existence de contraintes en milieu de travail va ensuite faire l'objet d'une évaluation concrète portant sur les facteurs de stress en cause.

Si ces conditions sont remplies, le caractère professionnel des pathologies suivantes peut être reconnu : la dépression, l'anxiété généralisée, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles somatiques (symptômes corporels n'ayant pas de cause organique) et certaines psychoses.

Comme c'est le cas dans d'autres pays européens, la frontière entre maladie professionnelle et accident du travail est, en matière de pathologie psychosociale, subtile. A tel point qu'au Danemark, un cas de stress post-traumatique peut être reconnu comme un accident du travail, mais aussi comme une maladie professionnelle (si le Comité des maladies professionnelles considère que le traumatisme trouve son origine dans une série d'événements émotionnellement stressants sur une longue période).

En **Italie**, les pathologies psychiques et psychosomatiques conséquences d'un stress sur le lieu de travail peuvent faire l'objet d'une reconnaissance en tant que maladies hors liste depuis une délibération du Conseil d'Administration de l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL)³ de juillet 2001.

Ce type de pathologies est indemnisé à condition que le travailleur ait été exposé durant une longue période (au moins quelques mois) à un risque né de dysfonctionnements dans l'organisation du travail.

L'INAIL a défini une série d'agents causaux, tels que la perte injustifiée d'attributions préalablement assignées au travailleur, l'inactivité forcée, la non mise à disposition d'instruments de travail, les transferts de poste répétés et injustifiés, l'attribution prolongée de tâches disqualifiantes ou au contraire exorbitantes (prise en compte de l'existence éventuelle de handicaps physiques ou psychologiques), l'obstruction systématique et organisée de l'accès à l'information, le refus réitéré de demandes de formation, de requalification ou de mise à niveau professionnelle, et l'exercice excessif de formes de contrôle.

Il a également décidé de considérer comme risque lié à l'organisation du travail le *mobbing* stratégique, c'est-à-dire l'ensemble d'actions (comportements et décisions) planifiées par l'employeur visant à éloigner ou marginaliser le travailleur, cela afin de créer chez lui un état de mal-être propre à le contraindre à la démission.

Ont en revanche été exclus, puisqu'ils sont indépendants de l'organisation du travail, les risques liés au rapport contractuel de travail (licenciement) ainsi que ceux issus des rapports interpersonnels (relations difficiles entre personnes travaillant dans le même environnement).

Les pathologies liées aux risques ainsi couverts se manifestent sous la forme du syndrome de désadaptation (trouble de l'adaptation) et du syndrome de stress post-traumatique, dans un cadre symptomatologique qui va de l'angoisse à la dépression, des troubles du comportement aux troubles émotionnels.

En **France**, les tableaux de maladies professionnelles ne mentionnent aucune maladie due à des facteurs psychiques ou psychologiques. L'indemnisation d'une telle maladie est cependant possible au titre du système complémentaire. Une demande de reconnaissance de maladie professionnelle peut ainsi être déposée afin d'être soumise au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, composé de trois médecins (médecin-conseil régional, médecin-inspecteur régional du travail et professeur des universités-praticien hospitalier), s'il est constaté que le malade est atteint d'une incapacité de travail de 25 % au moins (66,66% avant avril 2002). L'abaissement du seuil du

³ Organisme italien d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

taux d'incapacité permanente devrait permettre, à l'avenir, de reconnaître un plus grand nombre de pathologies, sachant qu'il est encore trop tôt pour mesurer l'effet de cette nouvelle réglementation.

En pratique, les conditions de reconnaissance d'une maladie professionnelle au titre du régime complémentaire sont très strictes ; la victime doit prouver que sa maladie est essentiellement et directement causée par le travail habituel, et l'instruction est contradictoire (éléments recueillis notamment auprès de la victime et de l'employeur). La reconnaissance se fait au cas par cas, in concreto.

Les maladies psychosociales ne faisant pas l'objet d'un tableau de maladie professionnelle, il n'en existe pas de définition juridique. En matière de maladies professionnelles, comme d'ailleurs en matière d'accidents du travail, toute origine qui peut déclencher une décompensation (y compris d'un état préexistant) est prise en compte. La décompensation (ou révélation d'un état sous-jacent) survient après une série de faits en raison de l'exposition habituelle au risque.

Peuvent être à l'origine de telles décompensations :

- le stress : le risque considéré est celui d'une réponse physiologique ou psychologique négative de l'organisme liée à un accroissement de la charge de travail, une échéance non réaliste, un effectif insuffisant...
- le harcèlement moral : le risque considéré est celui de subir des agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet de détériorer les conditions de travail et de porter atteinte à la dignité, d'altérer la santé physique ou mentale ou de compromettre l'avenir professionnel du salarié. Ces agissements peuvent consister en des sanctions, mesures discriminatoires, brimades, désignation de bouc émissaire...
- le harcèlement sexuel : le risque considéré est celui de subir un comportement non souhaité et imposé dans un rapport de force par une personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers. Ce comportement peut être une conduite à connotation sexuelle ou sexiste, plaisanteries obscènes, attouchements, propositions sexuelles...

Il y a lieu de souligner le fait qu'en France, le plus grand nombre de reconnaissances du caractère professionnel de ces maladies s'effectue au titre du risque « accident du travail » et non « maladie professionnelle » ; ce qui n'a pas d'incidence pour la victime sur le niveau d'indemnisation mais permet une prise en charge plus aisée puisqu'il n'existe pas de condition relative à un taux minimum d'incapacité permanente. Ainsi, ont été reconnues comme accidents du travail par la jurisprudence une dépression nerveuse dont a été atteint un salarié à la suite d'une rétrogradation annoncée au cours d'un entretien d'évaluation, ou bien encore une tentative de suicide d'une salariée soumise à une pression psychologique impitoyable de la part de son supérieur et qui, la veille de la tentative, avait reçu un nouveau planning avec des tâches nouvelles qui semblaient impossibles à réaliser en plus du travail habituel.

Au **Portugal**, la reconnaissance du caractère professionnel de maladies psychosociales est également possible dans le cadre du système complémentaire. Il semblerait que le stress créé par l'organisation du travail et par les impératifs de productivité de l'entreprise soit à l'origine de la plupart des cas reconnus.

En **Belgique**, seuls deux cas ont été reconnus dans le cadre du système hors liste en 2002. Le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP)⁴ admet que ces cas ne peuvent être considérés comme constituant des précédents. Au sens de la loi belge, « il y a risque professionnel [...] lorsque l'exposition à l'influence nocive est inhérente à l'exercice de la profession » ; or le FMP ne s'estime pas compétent pour reconnaître que les risques psychosociaux (notamment le harcèlement) correspondent à cette définition.

⁴ Organisme belge d'assurance contre les maladies professionnelles

B - La reconnaissance est actuellement impossible dans sept pays

Plusieurs pays européens n'ont, à ce jour, reconnu aucun cas de pathologie psychosociale comme maladie professionnelle : l'**Allemagne**, l'**Autriche**, l'**Espagne**, la **Finlande**, l'**Irlande**, le **Luxembourg** et la **Suisse**.

Pour certains d'entre eux, une reconnaissance n'est certes théoriquement pas exclue en raison de l'existence d'un système complémentaire, mais en pratique les organismes d'assurance compétents en matière de maladies professionnelles ont adopté une position défavorable à une telle reconnaissance.

En **Finlande**, le groupe de travail mis en place en 2001 par le ministère des Affaires sociales et de la Santé pour réfléchir à l'éventuelle introduction du facteur psychique dans la liste des maladies professionnelles a rendu ses conclusions en juin 2003 : les troubles mentaux causés par un facteur psychique au travail ne doivent pas être considérés comme des maladies professionnelles et indemnisés comme telles dans le cadre de la législation en vigueur. Le groupe de travail a estimé que, sur un plan individuel, les connaissances scientifiques et médicales actuelles ne permettaient pas de démontrer avec une certitude suffisante l'existence d'un lien de causalité entre un risque psychique au travail et un trouble mental (cf. annexe 1).

En **Allemagne**, selon l'opinion dominante, les recherches menées n'ont, jusqu'à présent, pas permis de démontrer suffisamment clairement que certains groupes de personnes sont, en raison de leur activité professionnelle, davantage exposés que les autres à des facteurs/influences spécifiques qui provoquent des maladies psychosociales ; il est notamment complexe de faire une distinction entre le facteur professionnel et les autres causes telles que les prédispositions individuelles, les facteurs liés à la famille ou à l'environnement social.

On considère qu'à l'heure actuelle, l'ensemble des conditions requises par le système complémentaire n'est pas réuni pour la reconnaissance de ce type de pathologies comme maladie professionnelle. Seule une évolution de l'état des connaissances dans le domaine pourrait modifier cette position et rendre ainsi une reconnaissance possible.

En **Suisse**, une maladie psychosociale liée au travail peut théoriquement être reconnue comme maladie professionnelle dans le cadre du système hors liste, à condition que la cause professionnelle représente 75% de l'origine de la maladie ; ce qu'aucune victime n'a réussi à prouver à ce jour. En pratique, la reconnaissance de certaines pathologies psychiques n'est possible qu'en tant qu'accidents du travail, dans des circonstances particulières admises par la jurisprudence, et notamment lorsque la personne assurée, sans être blessée elle-même, subit un choc nerveux ou psychique important. La victime a aussi la possibilité de s'adresser au juge civil au titre du « tort moral » qu'elle a subi.

L'**Espagne** et l'**Irlande** sont des pays dans lesquels la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie se fonde uniquement sur une liste ; les maladies dues à des facteurs psychiques ou psychologiques ne figurant pas sur cette liste, et en l'absence de système complémentaire, la reconnaissance des maladies psychosociales comme professionnelles y est actuellement impossible. Toutefois, ce type de pathologies est reconnu par les tribunaux espagnols comme accident du travail.

C - Le cas des Pays-Bas

Ce pays ne possédant pas d'assurance spécifique aux risques professionnels, il n'offre pas d'indemnisation autre que celle de l'assurance maladie. Les déclarations de maladie professionnelle faites par les médecins du travail ne correspondent donc pas à des demandes de reconnaissance,

mais elles permettent au Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB)⁵ de mesurer l'étendue des effets sur la santé des facteurs nocifs au travail, notamment des facteurs psychosociaux.

Aux Pays-Bas, les maladies psychosociales sont définies comme des troubles psychiatriques causés de manière prépondérante par des facteurs professionnels. En fait, ce terme recouvre essentiellement l'épuisement professionnel (ou *burnout*), le surmenage et le stress post-traumatique, qui ont fait l'objet de directives spécifiques pour la procédure de déclaration auprès du NCvB (cf. annexe 2).

⁵ Institut néerlandais de recherche et d'information sur les maladies professionnelles, chargé notamment d'enregistrer les déclarations de maladies professionnelles

2. L'ampleur du phénomène

A - Les demandes de reconnaissance

Le rapport *Les maladies professionnelles dans 15 pays européens* publié en décembre 2002 mentionne que les maladies psychosociales se placent parmi les maladies qui font l'objet du plus grand nombre de demandes de reconnaissance/déclarations au **Danemark**, en **Suède** et aux **Pays-Bas**. Dans les autres pays permettant la reconnaissance, ce nombre est moindre, mais en croissance continue.

Au **Danemark**, les troubles nerveux figuraient en 2000 au 5^{ème} rang du classement, derrière les troubles musculosquelettiques (TMS), hypoacousies, lombalgies et maladies de la peau. En 2002, ce type de pathologies représentait 9,3% des demandes de reconnaissance contre 2,8% en 1996. Le nombre de demandes augmente régulièrement, passant ainsi de 434 en 1996 à 1 169 en 2002. Toutes ne sont cependant pas examinées par le Comité des maladies professionnelles (177 cas ont été soumis au Comité entre janvier 2001 et octobre 2003).

Les trois quarts des déclarations sont, de manière constante sur la période 1996-2002, faites par des femmes. Les secteurs économiques les plus touchés sont l'administration publique, la défense et les organismes de sécurité sociale, loin devant les organismes de santé et d'éducation (cf. annexe 3).

En **Suède**, les affections liées à des facteurs organisationnels et sociaux figuraient en 2000 au 4^{ème} rang des pathologies faisant l'objet du plus grand nombre de demandes de reconnaissance. Elles représentent actuellement 16% d'entre elles et croissent de manière exponentielle dans un contexte où les demandes sont trois fois plus nombreuses en 2001 qu'en 1997. Pour l'année 2002, on dénombre 907 demandes de reconnaissance de lésions psychiques ou psychosomatiques comme maladies professionnelles.

Aux **Pays-Bas**, les troubles psychosociaux occupent depuis 1999 la seconde position des déclarations (après les TMS), représentant ainsi, avec 1 517 cas en 2001, plus du quart du total des maladies liées au travail déclarées.

Sur la période 2000-2002, l'**Italie** compte 110 demandes de reconnaissance, dont 64 ont reçu un avis défavorable et 34 sont en cours d'instruction.

En **France**, les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ont examiné 5 demandes en 2000, 13 en 2001 et 15 en 2002.

En **Belgique**, le Fonds des Maladies Professionnelles a reçu 9 demandes de reconnaissance de maladies psychosociales en 2000, 11 en 2001, 16 en 2002 et 12 en 2003.

Notons que les pays qui ne permettent pas la reconnaissance de pathologies psychosociales comme maladies professionnelles n'ont reçu aucune demande de reconnaissance, à l'exception de l'Allemagne.

B - Les cas reconnus

a) Les chiffres

| Pays | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Total 1996/2002 |
|-----------------|-------------------------|------|------|------|------|------|------|--------------------|
| Belgique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Danemark | 3 | 9 | 8 | 18 | 11 | 38 | 32 | 119 |
| France | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 6 | 14 |
| Italie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 12 |
| Portugal | données non disponibles | | 14 | 24 | 27 | 21 | 19 | 105 |
| Suède | 55 | 39 | 39 | 77 | 99 | 148 | 177 | 634 |

Force est de constater que, même si le phénomène est récent -voire très récent pour la Belgique, la France et l'Italie-, le nombre de cas reconnus a tendance à augmenter. Au Danemark (où 50 cas ont déjà été reconnus au cours des trois premiers trimestres 2003), cette hausse s'explique en partie par l'accroissement du nombre de demandes de reconnaissance.

Il convient également de souligner dans tous les pays l'écart entre le nombre de demandes de reconnaissance et le nombre de cas reconnus.

b) Typologie des risques et/ou des maladies reconnues

En **Italie**, 10 des 12 cas reconnus en 2002 concernent des salariés d'une même entreprise qui, après avoir subi une perte importante et injustifiée d'attributions, ont été transférés dans un bâtiment séparé du reste de l'entreprise sans aucune tâche à accomplir. La direction de cette entreprise avait été condamnée pénalement en décembre 2001.

Le 11^{ème} cas reconnu est celui d'un cadre dirigeant qui, à la suite d'une restructuration de son entreprise, a été dans un premier temps rétrogradé dans ses fonctions, puis muté sans aucun motif, sans recouvrer sa fonction de manager et ce, malgré une décision du juge ayant condamné la rétrogradation et ordonné sa réaffectation. Dans ce cas également, la direction de l'entreprise a été condamnée.

Le dernier cas reconnu est celui d'une pharmacienne, qui à la suite d'un changement de gestion de l'officine communale, et alors qu'elle faisait preuve jusqu'alors d'une grande autonomie professionnelle et qu'elle était appréciée de la population, a été confrontée à un climat hostile visant à l'exclure de la gestion de la pharmacie.

Quant au taux d'incapacité permanente accordé à ces douze personnes, il est en moyenne de 7,5% (avec un maximum de 13% pour deux d'entre elles).

Si, au début de la période 1996-2002, les cas reconnus au **Danemark** concernaient davantage les femmes que les hommes, on peut considérer que depuis 1998, les deux sexes bénéficient de reconnaissances en nombre presque égal : en 1998, on compte 3 cas reconnus pour les femmes et 5 pour les hommes, et respectivement 17 et 15 cas en 2002. En revanche, si l'on considère que les trois quarts des demandes de reconnaissance émanent de femmes, celles-ci sont relativement moins bien représentées que les hommes au niveau des reconnaissances.

Plus de la moitié des cas reconnus appartiennent au secteur de l'administration publique, de la défense et de la sécurité sociale (cf. annexe 3).

80% des cas reconnus actuellement sont diagnostiqués comme des cas de stress post-traumatique (cf. annexe 4). Dans le barème danois de l'incapacité permanente, le taux d'incapacité correspondant aux troubles mentaux est de 10%, 15%, 20% ou 25% selon que le syndrome de stress post-traumatique est faible, modéré, modéré à sévère ou sévère. L'indemnité réparant ce type de préjudice physiologique (versée indépendamment de la perte de capacité de gain) varie donc de 8 153 à 20 380 € (janvier 2003).

En **France**, les cas reconnus correspondent à des syndromes anxio-dépressifs graves. Sur les 14 cas reconnus durant la période 2000-2002, on trouve 2 agents de direction, 2 professions commerciales, 3 cadres, 3 professions paramédicales et 4 autres professions.

Quant à la prestation servie, s'agissant de maladies professionnelles reconnues au titre du système complémentaire et donc « par définition » entraînant un taux d'incapacité permanente d'au moins 25%, elle consiste en une rente d'au moins 12,5% du salaire de référence tel que défini dans le Code de la Sécurité sociale pour les reconnaissances faites à partir d'avril 2002 ; avant cette date, la rente était d'au moins 50% pour un taux d'incapacité d'au moins 66,66%.

En **Suède**, la plupart des cas sont des cas de stress et de *mobbing*.

3. L'état des réflexions

Après avoir présenté la législation et les pratiques des pays membres en matière de reconnaissance des pathologies psychosociales comme maladies professionnelles, et avant de faire le point sur les réflexions nationales en cours, il y a lieu d'évoquer la position communautaire sur le sujet.

Les pathologies psychosociales n'étaient pas répertoriées dans la liste européenne des maladies professionnelles issue de la recommandation de 1966 et mise à jour en 1990.

Dans le cadre du récent processus de révision de cette liste, le Comité Consultatif pour la Sécurité, l'Hygiène et la protection de la Santé sur le lieu de travail (CCSHS)⁶ s'est exprimé en décembre 2002 sur la proposition de la Commission européenne.

Le Groupe « travailleurs » a déploré que l'une des principales lacunes de la proposition de la Commission concerne les atteintes à la santé par des facteurs psychosociaux (stress, harcèlement, *burnout*) et a considéré que les maladies mentales causées par le stress au travail devraient être ajoutées à l'annexe 1 de la liste européenne.

Le Groupe « employeurs », sans se prononcer expressément sur ce type de pathologies, estimait que « si elle est de nature multifactorielle, une maladie ne devrait pas être inscrite dans l'annexe 1 en raison de la difficulté à la reconnaître au titre de maladie professionnelle ».

La recommandation du 19 septembre 2003 se limite finalement à préconiser dans son article 1- 7° « de promouvoir la recherche dans le domaine des affections liées à une activité professionnelle, notamment [...] pour les troubles de nature psychosociale liés au travail ».

A - Vers un diagnostic plus précis

Dans les pays qui permettent et pratiquent déjà la reconnaissance des maladies psychosociales, les réflexions portent sur la définition du cadre de reconnaissance et d'indemnisation de ces maladies.

En **Italie**, suite à la décision du Conseil d'administration de l'INAIL, en juillet 2001, de permettre la reconnaissance des pathologies psychiques et psychosomatiques au titre du système hors liste, un comité scientifique a été mis en place. Il a été chargé de définir les modalités d'instruction des demandes de reconnaissance de ce type de pathologies, afin d'uniformiser au niveau national le traitement des cas (cf. annexe 5).

Ainsi, en décembre 2003 ont été diffusées aux responsables des structures centrales et territoriales de l'INAIL des instructions sur la façon dont doivent être évalués les risques mis en cause, sur l'état pathologique antérieur du travailleur, sur l'élaboration du diagnostic et sur les éventuels tests auxquels procéder et visites de spécialistes à prévoir, ce afin d'aboutir à un diagnostic clinique puis médico-légal (cf. annexe 6).

En **France**, une étude financée par la Direction des risques professionnels de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)⁷ sur le harcèlement moral proprement dit est actuellement réalisée dans quatre centres de consultations de pathologies professionnelles situés à Toulouse, Clermont-Ferrand, Lyon et Garches, en liaison avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie compétente dans les régions concernées. Elle a pour objet de définir un protocole d'entretien et de diagnostic à l'usage du médecin du travail, permettant ainsi une démarche d'approche identique

⁶ Le Comité Consultatif pour la Sécurité, l'Hygiène et la protection de la Santé sur le lieu de travail -dit Comité consultatif de Luxembourg- est une instance tripartite créée en 1974 par décision du Conseil des ministres, pour assister la Commission dans la préparation et la mise en œuvre des activités dans les domaines mentionnés ; il a fusionné en 2003 sur décision du même Conseil avec l'Organe permanent pour la sécurité et la salubrité dans les mines de houille et les autres industries extractives, et s'appelle dorénavant Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail.

⁷ Organisme français compétent en matière d'assurance maladie et de risques professionnels pour les salariés de l'industrie, du commerce et des services

sur tout le territoire et une facilitation de l'instruction des demandes de reconnaissance. Les résultats de cette étude seront présentés à la fin de l'année 2004.

Le législateur s'est également penché sur le problème du harcèlement et a, en votant la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, introduit dans le Code du Travail des articles définissant et interdisant le harcèlement moral, et dans le Code pénal une nouvelle incrimination permettant de réprimer les faits de harcèlement moral. Une loi du 3 janvier 2003 a modifié le régime de la charge de la preuve, en imposant au salarié d'établir les faits qui permettent de présumer l'existence du harcèlement moral ou sexuel dont il s'estime victime (auparavant, le salarié devait présenter les éléments de fait laissant supposer l'existence du harcèlement).

Aux **Pays-Bas**, le Nederlands Centrum voor Beroepsziekten a lancé, en 2001, un projet qui vise à définir une meilleure formulation des critères d'enregistrement des maladies psychologiques d'origine professionnelle. La méthode consiste notamment à interroger une cinquantaine de médecins ayant procédé à de nombreuses déclarations de maladie psychosociale. Un rapport présentant les conclusions de cette étude sera publié fin 2005.

B - Vers une reconnaissance ?

Dans les autres pays, les réflexions portent -ou ont porté- sur la possibilité de permettre la reconnaissance comme maladies professionnelles des pathologies psychosociales.

Comme cela a déjà été signalé dans la première partie, la **Finlande** a récemment renoncé à inscrire le facteur psychique sur sa liste des maladies professionnelles. Il a été considéré que les connaissances scientifiques et médicales actuelles ne permettent pas de démontrer avec une certitude suffisante un lien de causalité entre un facteur psychique au travail et un trouble mental (cf. annexe 1).

En **Allemagne**, la reconnaissance des maladies psychosociales n'a pas encore été discutée au sein du Comité scientifique « maladies professionnelles » chargé de conseiller le ministère de la Santé et des Affaires sociales.

En **Espagne**, le groupe de travail constitué dans le cadre de la « Table ronde du dialogue social » par le ministère de la Santé pour réviser la liste espagnole des maladies professionnelles a décidé, en octobre 2003, de ne pas y inscrire les pathologies psychosociales, suivant ainsi la position adoptée par la Commission européenne dans la recommandation du 19 septembre 2003.

La **Suisse** s'interroge sur les possibilités et les conséquences d'une reconnaissance de pathologies en relation avec des phénomènes psychiques ou psychosomatiques subis au travail.

La Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA)⁸ a ainsi constitué un groupe de travail interdisciplinaire afin de réfléchir à la définition de ce type de maladies soi-disant professionnelles, d'énumérer les conditions de reconnaissance et de mesurer l'impact financier d'une telle évolution législative. La SUVA considère néanmoins que la palette des prestations offertes par l'assureur n'est actuellement pas adaptée à ce type de pathologies.

La problématique a également été abordée lors du 2^{ème} Forum national de discussion sur les troubles de la santé associés au travail, organisé par la SUVA au mois de novembre 2003, qui a rassemblé 70 personnes représentant les pouvoirs publics, les organisations syndicales et patronales ainsi que des médecins et spécialistes de la santé. Tous les participants ont été unanimes à exiger des mesures concrètes de prévention de situations telles que le stress, le *burnout* et le *mobbing* à l'origine de « troubles de la santé associés au travail ». Mais, face à la rareté des données scientifiques sur ce

⁸ Organisme suisse d'assurance contre les accidents (dont les accidents du travail et les maladies professionnelles)

thème et au caractère complexe que revêtent ces pathologies plurifactorielles, les employeurs se sont prononcés contre leur reconnaissance comme maladies professionnelles. Ce Forum a clairement montré que toute évolution vers une reconnaissance relevait d'abord du dialogue entre partenaires sociaux, en raison notamment de la hausse probable des coûts de santé qu'induirait une telle décision.

Annexe 1 : Résumé des conclusions du Groupe de travail sur l'indemnisation des troubles mentaux comme maladies professionnelles en Finlande

En septembre 2001, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a créé un groupe de travail qui avait pour mission d'établir si un facteur psychique lié au travail ou à l'environnement de travail pouvait constituer la base d'une indemnisation pour maladie professionnelle. Le groupe de travail devait axer ses travaux sur les questions suivantes :

- 1) Existe-t-il une preuve médicale incontestée montrant qu'un facteur extérieur particulier est susceptible de provoquer chez un individu un état spécifique que l'on pourrait classer dans la catégorie des troubles mentaux ?
- 2) Quel est l'état actuel des connaissances sur le lien causal potentiel entre facteurs psychiques et maladies physiques ?
- 3) Existe-t-il des procédures médicales permettant de faire la distinction entre les divers facteurs causaux et d'évaluer leur impact sur l'apparition des troubles mentaux ?
- 4) Existe-t-il des méthodes objectives permettant d'évaluer l'impact quantitatif et qualitatif de l'exposition psychique au travail et en dehors du travail ?
- 5) Existe-t-il des méthodes fiables d'évaluation et d'analyse de l'action des divers troubles mentaux d'une personne sur son état de santé physique ou psychique ?
- 6) Quel poids devrait-on donner à des facteurs individuels contribuant à l'apparition de troubles mentaux ?

Le groupe de travail devait en outre déterminer s'il existait des raisons suffisantes pour indemniser comme maladies professionnelles les troubles mentaux causés par des facteurs psychiques, c'est-à-dire déterminer si les facteurs psychiques devaient être inscrits dans la section 1 de la loi sur les maladies professionnelles au même titre que d'autres facteurs causant des maladies professionnelles.

Le groupe de travail – composé de représentants des partenaires sociaux, du ministère, de la branche assurance « accidents du travail-maladies professionnelles » et d'experts médicaux – a achevé ses travaux en juin 2003. Il a conclu à l'unanimité qu'il n'y avait actuellement pas suffisamment de preuves pour inclure les facteurs psychiques ou psychologiques dans la législation sur les maladies professionnelles. La position prise par le groupe de travail se fondait sur les arguments suivants.

Actuellement, les troubles mentaux peuvent être indemnisés par l'assurance soit comme la conséquence d'un accident du travail, soit comme une maladie professionnelle causée par un facteur chimique.

L'accident fait référence à un événement soudain, inattendu, causé par un facteur externe, indépendant de la volonté de l'assuré et provoquant une lésion ou une maladie physique ou psychique. Ainsi, les troubles mentaux tels que les réactions de stress peuvent être indemnisés en tant que conséquence d'un accident du travail.

La loi sur les maladies professionnelles contient la définition d'une maladie professionnelle : c'est une maladie qui est probablement due essentiellement à des facteurs physiques, chimiques ou biologiques associés à un travail effectué pendant une période d'activité professionnelle. Une maladie causée par des facteurs psychiques ou sociaux n'est pas indemnisée comme maladie professionnelle. Chaque année, des cas individuels d'intoxication causée par des solvants organiques sont diagnostiqués comme des maladies professionnelles résultant de l'exposition à des facteurs chimiques. Les fréquents symptômes psychiques associés à de tels cas d'intoxication sont indemnisés de la même manière que tout autre symptôme de maladie professionnelle.

Conformément à la législation, le diagnostic de maladie professionnelle se fonde sur l'établissement d'un lien causal en deux temps. Dans un premier temps, le lien causal général entre l'exposition mentionnée dans la loi (facteur physique, chimique ou biologique) et la pathologie doit être clarifié, c'est-à-dire qu'il faut rechercher si une telle exposition peut causer la maladie. Cela fait référence aux critères de

probabilité décrits dans la définition de la maladie professionnelle. Ensuite, le lien entre ladite exposition et la maladie doit être déterminé par des méthodes de diagnostic individuel, dans le cadre du travail du salarié. En ce qui concerne les relations exposition/maladie mentionnées dans la loi sur les maladies professionnelles (ce que l'on appelle la liste des maladies professionnelles), le lien causal de premier niveau est établi quand la relation exposition/maladie a été reconnue et inscrite dans la loi.

Dans son rapport, le groupe de travail souligne que l'impact de la tension psychique et des troubles mentaux sur le travail a augmenté. Selon les résultats des recherches, il existe, au niveau du groupe, un lien identifiable entre les facteurs de tension liés au travail et les symptômes de troubles mentaux. Il n'y a toutefois pas de preuve scientifique manifeste du lien causal entre un facteur de tension lié au travail clairement définissable et des troubles mentaux que l'on pourrait diagnostiquer individuellement. Or, en matière d'indemnisation des maladies professionnelles, les critères de lien causal en deux étapes utilisés pour les diagnostics doivent être satisfaits tant au niveau général qu'au niveau individuel. En fait, le rapport estime que la connaissance de l'existence au niveau du groupe d'un lien entre exposition et maladie est souvent suffisante pour justifier la prévention, mais qu'elle ne l'est pas pour l'indemnisation.

Si les troubles mentaux étaient indemnisés conformément à la législation comme des maladies professionnelles causées par des facteurs psychiques, on serait confronté à des problèmes dus au manque de connaissances médicales sur les liens causaux, à l'absence de méthodes permettant de mesurer objectivement la tension psychique au niveau individuel et à la nature descriptive des diagnostics psychiatriques.

Puisque la position prise par le groupe de travail se fonde précisément sur le fait que les connaissances actuelles sont encore insuffisantes, ce groupe a fait certaines propositions en matière de recherche et de développement, visant à définir et clarifier le lien entre les facteurs de tension psychique liés au travail et les troubles mentaux. Il est nécessaire de développer des méthodes de mesure de la tension psychique au travail et d'initier d'autres recherches sur le lien entre facteurs de tension psychique liés au travail et troubles mentaux. Les futurs travaux de recherche devraient également porter sur les effets induits par les situations de tension psychique prolongées.

Annexe 2 : Extrait du rapport de veille sur les maladies professionnelles 2002 du Nederlands Centrum voor Beroepsziekten sur les troubles psychiques liés au travail aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les troubles psychiques sont à l'origine d'une grande partie des arrêts maladie et des incapacités de travail.

La Commission Donner I⁹, qui a réfléchi aux mesures à prendre dans ce domaine, a publié un guide visant à prévenir de nouvelles mises en incapacité pour troubles psychiques.

Un quart des déclarations de maladies professionnelles qu'enregistre le Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) concerne les troubles psychiques. En complément aux déclarations - obligatoires depuis 1999 - qu'effectuent actuellement les *Arbodiensten* (services de santé et sécurité au travail) auprès du NCvB, il serait souhaitable de disposer de plusieurs sources d'information sur l'importance et la répartition des troubles psychiques d'origine professionnelle, par exemple par le biais d'un réseau de surveillance ou du Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Psyche (NKAP)¹⁰.

1 - Description des troubles

Surmenage et *burnout* (épuisement professionnel), syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et dépression d'origine professionnelle sont des exemples de troubles psychiques liés au travail. Le NCvB a établi des fiches d'aide au diagnostic des cas de surmenage, de *burnout* et de SSPT (il n'en existe pas encore pour les dépressions d'origine professionnelle, les névroses d'anxiété et les dépendances alcool/drogue).

Ndlr : ces fiches d'aide au diagnostic sont disponibles dans leur intégralité en néerlandais sur le site www.beroepsziekten.nl sous la rubrique « protocol en richtlijnen ». Celles correspondant aux dépressions, névroses et dépendances alcool/drogue sont en cours d'élaboration et devraient être achevées en 2006.

Surmenage et burnout

Le surmenage et le *burnout* ont plusieurs symptômes en commun : fatigue, incapacité à se détendre, anxiété, troubles du sommeil, irritabilité accrue, troubles digestifs, maux de tête et vertiges. Ils se distinguent néanmoins par leur durée, le *burnout* étant un problème de type chronique. En outre, la personne souffrant de *burnout* prend de plus en plus de distance vis-à-vis de son travail et a l'impression d'être moins compétente. Lorsque ces réactions sont très marquées, elles vont jusqu'à perturber le fonctionnement social ou professionnel.

À l'origine de ces troubles, on trouve généralement un ensemble de facteurs en interaction, le travail notamment, mais aussi la personnalité et la vie privée. Surmenage et *burnout* vont souvent de pair avec de longs arrêts maladie et un risque élevé de mise en incapacité.

Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

Le syndrome de stress post-traumatique peut survenir à la suite d'événements traumatisants, comme une agression ou un accident grave. Le risque de SSPT est plus élevé chez les policiers, les pompiers, les militaires, le personnel des banques et des commerces, les ambulanciers et les conducteurs de train.

Les personnes souffrant de SSPT revivent constamment l'expérience traumatisante, évitent les stimuli associés au traumatisme et sont plus irritables.

Dépressions d'origine professionnelle et névroses d'anxiété

La dépression se caractérise par un abattement maladif, souvent accompagné de divers troubles physiques et psychiques et de difficultés dans les relations sociales. Une étude récente a montré que les facteurs professionnels peuvent jouer un rôle important dans l'étiologie des dépressions (Schene, 2002).

⁹ Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (commission sur l'incapacité de travail pour troubles psychiques), qui a publié son rapport en novembre 2001

¹⁰ Centre néerlandais d'études sur les troubles psychiques en milieu professionnel

Les névroses d'angoisse, qui peuvent être, elles aussi, liées au travail, se signalent par des sentiments d'angoisse ou de panique disproportionnés.

Alcoolisme et toxicomanie

Le risque d'alcoolisme et de toxicomanie est plus élevé dans certaines professions ou certains secteurs, comme chez les employés des hôtels, restaurants et cafés par exemple.

2 - Ampleur du problème

Un quart des déclarations de maladies professionnelles concerne les troubles psychiques.

Le 1^{er} tableau présente les différents troubles déclarés au NCvB. Le 2^{ème} tableau indique dans quels secteurs professionnels les troubles psychiques font souvent l'objet de déclarations.

Cas déclarés de troubles psychiques liés au travail, classés en fonction du diagnostic

| Type de pathologies | 2000 | | 2001 | | 2002 | |
|-------------------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| Surmenage | 926 | 62,4% | 888 | 58,5% | 695 | 60,0% |
| <i>Burnout</i> | 331 | 22,3% | 348 | 22,9% | 245 | 21,1% |
| Stress post-traumatique | 77 | 5,2% | 110 | 7,3% | 79 | 6,8% |
| Autres | 150 | 10,1% | 221 | 11,3% | 140 | 12,1% |
| Total | 1 484 | | 1 517 | | 1 159 | |

La plupart des déclarations concernent le *burnout* et le surmenage, qui entraînent souvent des arrêts de travail et donc des coûts élevés.

Les médecins du travail semblent hésiter à considérer les troubles psychiques comme des maladies professionnelles. En effet, les enregistrements du NCvB mentionnent beaucoup plus souvent l'influence de caractéristiques personnelles dans les cas de troubles psychiques que pour les autres maladies. La part du travail dans l'étiologie des problèmes psychiques est donc souvent sous-estimée.

Le NCvB ne dispose pas de fiches d'aide au diagnostic des troubles de l'humeur (dépression), des névroses d'angoisse et des dépendances alcool/drogue. Les déclarations de 2001 font seulement état de 51 cas de dépression et de 23 cas de névrose d'angoisse ; aucun cas d'alcoolisme ou de toxicomanie lié au travail n'y figure. Or d'autres travaux (Laitinen-Krispijn et Bijl, 2002 ; Schene, 2002) ont montré que ces problèmes touchent de nombreuses personnes et sont dans une large mesure d'origine professionnelle.

Secteurs où les déclarations de troubles psychiques liés au travail sont nombreux (2001)

| Secteurs | Nbre de déclarations | Population active | Nbre de déclarations pour 100 000 actifs |
|--|----------------------|-------------------|--|
| Education | 212 | 433 000 | 49 |
| Transport, entreposage et communications | 182 | 435 000 | 41 |
| Santé et action sociale | 316 | 932 000 | 34 |
| Administration publique | 153 | 487 000 | 31 |
| Industrie | 204 | 1 065 000 | 19 |
| Autres secteurs | 450 | 3 565 000 | 13 |
| Total | 1 517 | 6 917 000 | 22 |

Les secteurs où le risque de troubles psychiques d'origine professionnelle est élevé sont :

1. l'éducation,
2. le transport, l'entreposage et les communications,
3. la santé et l'action sociale,
4. l'administration publique.

Ces résultats sont confirmés par l'enquête à grande échelle du Trimbos Instituut¹¹ (Laitinen-Krispijn et Bijl, 2002) réalisée dans le cadre du projet Nemesis, qui étudie les problèmes psychiques dans l'ensemble de la population néerlandaise et intègre des mesures répétées sur les mêmes personnes.

Cette enquête a montré que la prévalence annuelle de troubles psychiques chez les hommes est plus élevée dans les secteurs de l'éducation (troubles de l'humeur : 6,9%), de la santé (troubles de l'humeur : 8,8%, névroses d'angoisse : 9,5%) et de l'hôtellerie/restauration (névroses d'angoisse : 10%, alcoolisme : 17,5%) et chez les femmes dans les secteurs de l'industrie (troubles de l'humeur : 10%, névroses d'angoisse : 18,7%) et de l'administration publique (névroses d'angoisse : 19,2%).

Les déclarations du NCvB montrent qu'une surcharge de travail (497 cas), une réorganisation ou/et une fusion de l'entreprise (121 cas) et des problèmes avec le supérieur hiérarchique (89 cas) sont les causes les plus fréquentes de troubles psychiques.

D'après l'étude du Trimbos Instituut, un individu peu satisfait de sa situation professionnelle, dont les activités ne correspondent pas aux compétences dont il pense disposer, qui ne trouve pas son travail agréable, ou dont le travail interfère avec la vie privée, a un risque plus élevé de souffrir de troubles psychiques. De lourdes exigences, une autonomie réduite et de faibles perspectives d'épanouissement, ainsi qu'un mauvais soutien social au travail et une incertitude sur le maintien de l'emploi augmentent également ce risque.

Mises en incapacité

Dans l'ensemble, le nombre de nouvelles mises en incapacité aux Pays-Bas est élevé par rapport à d'autres pays. La part des troubles psychiques est importante : en 2000, 36% des nouveaux cas de mises en incapacité sont à mettre sur leur compte. Il faut noter également le nombre relativement élevé de jeunes et de femmes mis en incapacité (Commission Donner I, 2001).

3 - Évolutions scientifiques et sociales

Troubles psychiques et incapacité

Comme nous l'avons observé ci-dessus, les troubles psychiques sont à l'origine d'une partie considérable des nouvelles mises en incapacité aux Pays-Bas. Le guide mis au point par la Commission Donner I souligne l'aspect essentiel de la collaboration entre les différents acteurs (médecin traitant, médecin du travail, psychologue et supérieur hiérarchique du patient). Il importe d'appliquer au plus vite ces conseils, qui rejoignent d'ailleurs les recommandations pour le « suivi médico-social des troubles psychiques », émises par la Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde (NVAB)¹² à l'intention des médecins du travail.

Pour réduire le nombre de nouvelles mises en incapacité, il a été envisagé de ne pas y recourir dans les cas de troubles psychiques. Mais cette proposition ne tient pas compte de la gravité des problèmes et risque de faire augmenter le nombre de procédures civiles. Il semble préférable d'opter pour une prévention efficace et une réadaptation active.

Charge de travail

Il n'est pas réaliste d'expliquer les arrêts maladie et les mises en invalidité pour cause de troubles psychiques seulement par la relative facilité avec laquelle les salariés peuvent bénéficier de ces prestations. Plusieurs études ont montré que l'apparition de troubles psychiques est liée à la culture d'entreprise et à la qualité des relations sociales au travail. Les travailleurs à temps partiel, dont la proportion aux Pays-Bas est plus élevée que partout ailleurs, subissent souvent une pression du

¹¹ Institut néerlandais de la santé mentale et des dépendances

¹² Association néerlandaise pour la médecine du travail et la médecine d'entreprise

temps accrue. La permissivité de la culture néerlandaise, qui préfère couvrir les conflits plutôt que les affronter, pourrait aussi jouer un rôle dans l'apparition des troubles psychiques. Les salariés néerlandais doivent satisfaire à de lourdes exigences (grande flexibilité, productivité élevée) et ce, de plus en plus souvent dans le cadre de fonctions à temps partiel. Il est permis de se demander s'ils disposent des ressources nécessaires pour répondre à ces exigences. Dans le domaine de la garde d'enfants par exemple, les Pays-Bas ne sont pas les mieux placés en Europe.

Il est donc souhaitable de veiller à équilibrer les exigences qui pèsent sur les salariés et les ressources dont ils disposent pour remédier au gaspillage de main-d'œuvre auquel on assiste aujourd'hui. Diverses conventions collectives se proposent de réduire la surcharge de travail par différentes mesures - formation des dirigeants, traitement des problèmes repérés par un audit adapté et mise en place de concertations structurelles - mais leur efficacité n'a pas encore été scientifiquement prouvée.

Recherche scientifique

En s'appuyant notamment sur des études épidémiologiques, le programme « Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie » (fatigue psychique en situation de travail) a approfondi les connaissances sur le lien entre troubles psychiques et travail.

Mais de nombreuses questions demeurent. L'efficacité des actions de prévention et les facteurs de pronostic restent par exemple mal connus. Il faut donc poursuivre la recherche scientifique dans ce domaine, notamment à cause de l'importance des coûts sociaux entraînés par les troubles psychiques.

Conclusions

La connaissance des troubles psychiques s'est améliorée ces dernières années. Cependant, l'efficacité des actions de prévention et les facteurs de pronostic sont encore mal connus. Il faut donc poursuivre la recherche scientifique dans ces domaines.

Il est souhaitable d'équilibrer les exigences imposées aux salariés et le soutien qu'ils reçoivent pour y répondre afin d'éviter le gaspillage de la main-d'oeuvre. Diverses conventions collectives se proposent de réduire la surcharge de travail.

Les recommandations sur l'approche des problèmes psychiques destinées aux médecins du travail et le guide de la Commission Donner I sont à mettre en œuvre rapidement afin de réduire le nombre de nouvelles mises en invalidité pour troubles psychiques.

Annexe 3 : Statistiques sur les troubles mentaux (demandes de reconnaissance et cas reconnus) au Danemark

Demandes de reconnaissance de troubles mentaux par secteur d'activité et par sexe

| Secteur d'activité | 2001 | | 2002 | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Agriculture, chasse et pêche | 5 | 2 | 6 | 0 |
| Mines et carrières | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Activités manufacturières | 34 | 17 | 30 | 28 |
| Electricité, gaz, chauffage et eau | 0 | 1 | 2 | 1 |
| Batiment et construction | 4 | 4 | 1 | 1 |
| Commerce et réparation | 33 | 11 | 36 | 9 |
| Hotellerie et restauration | 7 | 2 | 5 | 2 |
| Transport | 22 | 18 | 26 | 31 |
| Banque, finance, assurance | 12 | 6 | 12 | 8 |
| Immobilier | 28 | 12 | 27 | 22 |
| Fonction publique, défense et sécurité sociale | 413 | 129 | 437 | 140 |
| Education | 38 | 20 | 50 | 28 |
| Secteurs santé, sanitaire et social | 146 | 33 | 181 | 23 |
| Divertissement et culture | 23 | 12 | 28 | 14 |
| Autres | 14 | 2 | 14 | 5 |
| Total | 779 | 270 | 856 | 313 |

Cas reconnus de troubles mentaux par secteur d'activité et par sexe

| Secteur d'activité | 2001 | | 2002 | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Activités manufacturières | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Transport | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Banque, finance, assurance | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Fonction publique, défense et sécurité sociale | 9 | 12 | 13 | 7 |
| Education | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Secteurs santé, sanitaire et social | 3 | 3 | 1 | 3 |
| Autres | 2 | 4 | 0 | 2 |
| Total | 16 | 21 | 17 | 15 |

Annexe 4 : Exemples de cas reconnus de maladies mentales liées à des facteurs professionnels de stress anormalement élevés au Danemark

Le Comité des maladies professionnelles a reconnu que tous les troubles psychiques suivants étaient liés à des situations de stress professionnel. Tous ces cas ont donc été reconnus comme maladies professionnelles.

En milieu carcéral

- Profession : salarié ayant travaillé de nombreuses années comme gardien de prison.
Faits : comportements difficiles de certains prisonniers, intrusions violentes de motards dans la prison, victime de menaces et moqueries, témoin de tentatives de suicide.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.
- Profession : salarié ayant travaillé de nombreuses années comme gardien de prison.
Faits : scènes de violence, menaces, agressions à la grenade, coups d'armes automatiques, découverte de la tentative de suicide d'un prisonnier.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.
- Profession : enseignante ayant effectué un remplacement d'août à novembre 1993 dans le quartier de haute sécurité d'une prison.
Faits : victime d'humiliations constantes et de menaces de violence.
Diagnostic : dépression réactionnelle.

Exposition au stress professionnel lors de missions à l'étranger

- Profession : officier en mission au Koweït puis en Croatie avec les forces de maintien de la paix.
Faits : impliqué dans des situations violentes (actions militaires directes ou assauts contre la population civile), témoin de l'exécution d'un soldat irakien d'un coup de feu dans la bouche.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.
- Profession : chauffeur d'un convoi humanitaire en Bosnie.
Faits : témoin de la destruction de villes entières, circulation sur les lieux d'opérations militaires directes, victime de menaces de soldats ou de civils armés pour obtenir de l'argent.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.
- Profession : employé du Conseil danois des réfugiés exerçant la fonction de directeur d'un entrepôt au Kosovo pendant près de 6 mois.
Faits : victime de menaces d'agression et de meurtre.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.

Professions sanitaires et sociales

- Profession : aide à domicile ayant travaillé quelques années pour une femme hémiplegique.
Faits : comportement très agressif et menaçant du mari de la patiente, qui donnait des coups de poings et de pieds dans les objets et les murs tout près de la tête de l'employée.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.

- Profession : travailleuse sociale ayant remplacé pendant un an la directrice d'une institution.
Faits : conflit avec les supérieurs, qui médisaient et colportaient des ragots à l'encontre de l'employée.
Diagnostic : incident dépressif isolé de nature modérée.
- Profession : employée ayant exercé plusieurs années dans un internat pour handicapés mentaux.
Faits : victime de quatre agressions violentes en un an, lors desquelles elle reçut des coups de poings et de pieds.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.

Professions de l'enseignement

- Profession : professeur ayant exercé dans un établissement pour jeunes déficients mentaux présentant des difficultés d'apprentissage, et s'occupant seul d'un jeune autiste au comportement souvent extraverti et agressif.
Faits : coups portés par le jeune autiste, accusations formulées par les parents de l'enfant à l'encontre du professeur et rapportées par la télévision.
Diagnostic : troubles psychiques.
- Profession : professeur ayant exercé de nombreuses années dans un établissement pour jeunes autistes.
Faits : accusé d'avoir tenté d'étrangler un enfant qu'il avait fermement tenu par le cou. Accusation retirée par la suite, mais nouvelle plainte de parents après l'aide apportée par le professeur à un collègue en situation conflictuelle.
Diagnostic : altération de la personnalité, symptômes de syndrome de choc post-traumatique.

Forces de police et de sécurité

- Profession : policier.
Faits : appelé sur les lieux de plusieurs accidents mortels de la circulation, de la noyade d'un jeune enfant, d'un meurtre et d'un coup de feu mortel.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.
- Profession : agent de sécurité dans une bibliothèque pendant un an, aidant les employés à faire respecter le règlement et vérifiant que les lieux étaient vides à l'heure de la fermeture.
Faits : découverte de toxicomanes cachés dans les toilettes, menaces proférées par des personnes handicapées mentales qui fréquentaient la bibliothèque, etc.
Diagnostic : anxiété phobique.

Harcèlement sexuel

- Profession : cuisinière non qualifiée.
Faits : six mois après le début de l'emploi, a subi des avances de plus en plus agressives et des attouchements de la part de son patron. Par la suite, celui-ci lui a reproché à tort de faire des erreurs et l'a harcelée au téléphone.
Diagnostic : syndrome de stress post-traumatique.

Annexe 5 : Résumé du rapport du Comité scientifique ad hoc sur la reconnaissance des maladies psychiques et psychosomatiques en Italie

1 - Introduction

Par une délibération du 26 juillet 2001, le Conseil d'administration de l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) a décidé de permettre la reconnaissance des maladies psychiques et psychosomatiques causées par le stress sur le lieu de travail, y compris le *mobbing*. Il a ensuite approuvé le projet visant à définir des méthodes d'évaluation du risque et de diagnostic étiologique et médico-légal desdites pathologies.

Pour ce faire, le Président de l'INAIL, sur proposition du Directeur Général, a constitué un Comité scientifique en nommant, aux côtés de responsables de l'INAIL (Direction Centrale des Prestations, Surintendance Médicale Générale et Service juridique), six experts en médecine du travail, médecine légale, psychologie du travail et psychopathologie médico-légale. Ce comité a rendu en octobre 2003 ses conclusions sur les orientations à adopter en matière de reconnaissance de pathologies psychiques et psychosomatiques comme maladies professionnelles.

2 - Le risque couvert

Dans le cadre d'une démarche assurancielle, il convient de se référer à des critères juridiques et médico-légaux établis, permettant de diagnostiquer de manière bien distincte une maladie professionnelle par rapport à une maladie commune. Les critères suivants ont été adoptés pour définir le risque de contracter des pathologies psychiques et psychosomatiques sur le lieu de travail :

- le risque professionnel recouvre les conditions créées par des incohérences dans le processus d'organisation, que l'on appelle « contraintes organisationnelles » (*Costrittività organizzativa*) ;
- s'il y a effectivement contraintes organisationnelles, l'existence ou l'absence de responsabilités subjectives spécifiques importe peu, mais celles-ci pourront constituer un élément de preuve si leur existence est avérée par les instances judiciaires ;
- les contraintes organisationnelles incluent le « *mobbing* stratégique » ayant une finalité professionnelle, à savoir l'ensemble des actions organisées sur le lieu de travail pour éloigner ou marginaliser un salarié et faisant appel aux actes mentionnés au paragraphe 3 ou à d'autres actes assimilés.

Sont en revanche exclus du risque couvert :

- les facteurs organisationnels liés aux aléas de la vie professionnelle (licenciement, réaffectation, etc.) ;
- les situations induites par les dynamiques psychologiques et relationnelles communes au milieu professionnel et au cercle social et familial.

3 - L'organisation du travail et les contraintes organisationnelles

Les incohérences relevées dans les processus d'organisation peuvent devenir des facteurs de risque psychique pour le salarié.

On trouvera ci-dessous la liste des situations de contraintes organisationnelles le plus fréquemment observées, établie à partir de sources législatives et jurisprudentielles, ainsi que des résultats préliminaires de l'examen des cas déclarés auprès de l'INAIL :

- marginalisation de l'activité professionnelle, fonctions vidées de leur contenu, non-attribution d'instruments de travail, transferts injustifiés et répétés ;
- affectation prolongée à des tâches disqualifiantes par rapport au profil professionnel de l'intéressé ;
- affectation prolongée à des tâches trop lourdes, y compris par rapport à un éventuel handicap psychique ou physique ;
- obstruction systématique et organisée de l'accès à l'information ;
- inadaptation structurelle et systématique des informations nécessaires à l'exercice normal de la profession ;
- exclusion répétée du salarié des actions de formation, de requalification ou de mise à niveau professionnelles ;
- exercice excessif de différentes formes de contrôle.

4 - Principaux tableaux de pathologies psychiques et psychosomatiques

Si l'on admet que des prédispositions individuelles peuvent conditionner une susceptibilité accrue aux facteurs de stress professionnel, il est indispensable de définir un cadre nosographique et de procéder à la définition tant qualitative que quantitative des pathologies psychiques et psychosomatiques.

Selon la classification des troubles psychiques et du comportement de l'ICD-10¹³ et selon le DSM-IV¹⁴, il existe deux types de syndromes corrélés au stress : le syndrome de désadaptation et le syndrome de stress post-traumatique.

Le syndrome de désadaptation (trouble de l'adaptation) est la manifestation de symptômes émotifs et comportementaux ayant une signification clinique, en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables et ne présentant pas de caractère extrême.

Le syndrome de stress post-traumatique (trouble de stress post-traumatique) constitue la réponse retardée ou prolongée à un événement extrêmement stressant ou à une situation de nature très menaçante ou catastrophique, susceptible de provoquer un malaise diffus chez presque toutes les personnes.

Selon le DSM-IV (classification multiaxiale conçue pour une utilisation clinique), le trouble de stress post-traumatique s'accompagne des mêmes symptômes que le trouble de l'adaptation, si ce n'est que ces symptômes sont plus sévères et qu'ils peuvent laisser des séquelles telles que des pensées obsessionnelles et/ou des épisodes où le sujet revit la situation de stress, ainsi que des comportements d'évitement.

Le trouble de stress post-traumatique correspond à un tableau clinique qu'il est plus difficile de corrélérer aux risques professionnels décrits plus haut. L'incidence plus élevée du syndrome de désadaptation est confirmée par certaines études nationales en cours.

5 - Méthodes et critères utilisés pour le diagnostic de maladie professionnelle

Comme toutes les maladies professionnelles hors liste, les troubles psychiques ou psychosomatiques déclarés par l'assuré doivent faire l'objet d'une enquête approfondie et être analysés au regard non seulement des déclarations du sujet, mais aussi de celles de l'employeur et des informations recueillies directement auprès des dirigeants de l'entreprise et des collègues de travail. Ces enquêtes, ayant pour objet l'anamnèse professionnelle, devront permettre de déceler les facteurs de risque liés aux contraintes organisationnelles.

Il conviendra en parallèle de recueillir toutes les données médicales disponibles. Dans le domaine psychiatrique plus encore que dans les autres spécialités médicales, la reconstitution de l'état antérieur du sujet revêt une importance particulière, sans négliger les facteurs étiologiques extraprofessionnels. En effet, les pathologies en question sont multifactorielles (facteurs familiaux/personnels, environnementaux/sociaux), et parmi ces facteurs, le risque professionnel peut sembler n'être qu'un élément occasionnel sans lien direct avec l'étiologie de la maladie.

Une telle analyse de l'état antérieur du sujet permettra de conclure à :

- la présence de troubles préexistants permettant d'expliquer tout le tableau clinique de la pathologie (et donc d'exclure une étiologie professionnelle) ;
- la présence de troubles préexistants (prédispositions) ayant une causalité partielle ;
- l'absence de troubles préexistants.

Dans les deux dernières hypothèses, l'analyse du risque déclaré sera déterminante si elle permet de démontrer, avec certitude ou au moins un niveau de probabilité élevé, que l'exposition au risque professionnel est la cause dominante (voire unique) de la pathologie.

Pour accompagner cette analyse, il est utile de mentionner qu'il existe dans la littérature des « échelles » élaborées sur la base des réponses obtenues en questionnant divers groupes de sujets (v. Homes et Rahe, 1967 ; Dohrenwend *et la.*, 1974, 1988 ; Fisher, 1996) qui classent les événements de la vie pouvant être sources de stress ; viennent ainsi en tête le décès du conjoint ou d'un enfant, puis

¹³ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

¹⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

par ordre décroissant : le divorce, la séparation du conjoint, l'emprisonnement, le décès d'un parent proche, les accidents ou maladies, le mariage, la perte d'emploi ou un échec professionnel, le déclassement, la promotion, le départ à la retraite, le décès d'un ami proche, un changement de travail et d'autres changements de la vie sociale.

Même si les événements liés à l'activité professionnelle ne se trouvent pas en tête de ce classement, ils peuvent avoir une incidence non négligeable et doivent dès lors être pris en compte et évalués dans le contexte des autres événements de la vie, même positifs, auxquels chaque individu peut être confronté.

Pour constater la pathologie déclarée, seuls des spécialistes assermentés sont compétents : ils effectuent un examen clinique complet afin d'analyser la personnalité du sujet avant la maladie et l'évolution du tableau clinique.

6 - Critères d'évaluation du dommage

Dans le cadre de la réparation du dommage biologique, le barème de l'incapacité permanente prévoit uniquement les deux rubriques suivantes :

(180) - Trouble de stress post-traumatique chronique modéré : jusqu'à 6%

(181) - Trouble de stress post-traumatique chronique grave : jusqu'à 15%.

Pour évaluer ce pourcentage dans le cas d'un trouble de l'adaptation chronique, on procèdera par analogie, en dressant un tableau précis de la pathologie, selon les critères cliniques et médico-légaux susmentionnés, sachant qu'il devra respecter les classifications ICD-10 et DSM-IV, mais être modulé selon les effets handicapants des troubles observés.

Pour quantifier le dommage, il faudra tenir compte du polymorphisme du tableau clinique et adopter une approche graduelle en fonction de la gravité de la symptomatologie prédominante –voir les classifications indiquées dans l'ICD-10¹⁵ et le DSM-IV¹⁶–, le pourcentage pouvant correspondre, pour les formes légères/modérées, à la fourchette prévue dans la rubrique 180, et pour les formes sévères (symptômes dépressifs et comportementaux importants) à celle de la rubrique 181.

¹⁵ Trouble de l'adaptation s'accompagnant de :

- réaction dépressive de courte durée
- réaction dépressive prolongée
- réaction mixte anxiété/dépression
- trouble prédominant d'autres aspects émotionnels
- trouble prédominant du comportement
- trouble mixte des émotions et du comportement
- autres symptômes prédominants spécifiques

¹⁶ Trouble de l'adaptation avec

- humeur dépressive
- anxiété
- anxiété et humeur dépressive

Annexe 6 : Extrait de la circulaire diffusée en décembre 2003 aux responsables des structures centrales et territoriales de l'INAIL en Italie sur les modalités de traitement des demandes de reconnaissance de pathologies psychiques

1 - Vérification des conditions de risque

Comme c'est le cas pour toutes les autres maladies qui ne sont pas inscrites sur la liste, l'assuré a l'obligation de produire la documentation nécessaire pour appuyer sa demande, aussi bien en ce qui concerne le risque que la maladie.

L'INAIL, quant à lui, a le pouvoir et le devoir de s'assurer de l'existence des fondements du droit auquel prétend l'assuré ; il faudra pour cela éventuellement qu'il participe à la reconstruction des éléments probatoires du lien étiologique.

L'expérience acquise jusqu'à ce jour nous a démontré que l'assuré n'est pas toujours en mesure de fournir les preuves documentaires suffisantes, tout comme l'Institut ne peut pas toujours les acquérir lui-même. Il s'avère donc nécessaire de procéder à des enquêtes d'inspection afin de recueillir les témoignages des collègues de travail, de l'employeur, du responsable des services de prévention et protection de l'entreprise et de toute personne détenant des informations sur les faits, et ce dans le but de recueillir des preuves objectives de ce que déclare l'assuré et de compléter les éléments probatoires produits par l'assuré.

Des éléments supplémentaires pourront être obtenus par la Direction Provinciale du Travail ou par les bureaux compétents du Service Sanitaire National en procédant à une vérification ultérieure des faits dans le cadre judiciaire ou dans le cadre de l'inspection.

Comme pour toutes les autres maladies professionnelles, l'enquête conduite pour acquérir les preuves objectives ainsi que d'éventuels éléments complémentaires aux déclarations et preuves fournies par l'assuré devra être déclenchée à la demande de la fonction sanitaire qui se chargera également d'indiquer quels sont les aspects spécifiques à étudier de plus près.

En revanche, pour les pathologies qui nous intéressent ici, et contrairement aux autres maladies professionnelles (pour lesquelles l'intervention de l'inspection n'est prévue qu'en cas de nécessité), l'enquête d'inspection doit être systématiquement menée. On admettra bien évidemment comme exception les hypothèses dans lesquelles la fonction sanitaire, au terme de la première phase d'instruction, est parvenue à la conviction que la demande doit être déboutée du fait de l'absence de maladie ou parce qu'elle a acquis la certitude que l'origine professionnelle de cette dernière est à exclure.

2 - Procédure de diagnostic de la maladie professionnelle causée par des « contraintes organisationnelles »

On trouvera ci-dessous la procédure de diagnostic à suivre pour garantir un traitement médico-légal homogène à tous les cas portés à la connaissance de l'Institut :

- Anamnèse professionnelle passée et actuelle :
 - indiquer le secteur d'activité, l'année de l'embauche, les qualifications et les fonctions occupées ;
 - décrire la situation professionnelle considérée comme étant la cause de la maladie en définissant les conditions spécifiques des contraintes organisationnelles ;
 - mettre en place, si ce n'est pas déjà fait, les enquêtes d'inspection nécessaires durant lesquelles seront recueillis les témoignages de l'employeur, des collègues de travail ainsi que les éventuels actes judiciaires, etc.
- Anamnèse physiologique : indiquer les habitudes de vie (alimentation, tabagisme, consommation d'alcool, hobbies, titres d'études etc.)

- Anamnèse pathologique éloignée
- Anamnèse pathologique proche :
 - mentionner le diagnostic posé lors de l'établissement du premier certificat médical de maladie professionnelle ;
 - décrire l'évolution et les symptômes du trouble psychique ;
 - joindre à la documentation médicale en rapport avec le cas les évaluations de spécialistes, les visites sanitaires préventives et périodiques effectuées dans l'entreprise et toute intervention précédente de l'INPS¹⁷.
- Examen objectif complet
- Examens de neuropsychiatrie :
 - visite et rapport de neuropsychiatrie complétés par d'éventuels tests à visée psycho-diagnostique, à condition qu'un spécialiste de neuropsychiatrie soit disponible sur place ;
 - consultation par un spécialiste conventionné de neuropsychiatrie à l'expérience reconnue, ou, si celui-ci n'est pas disponible sur place, par une structure publique.

- Tests à visée psycho-diagnostique :

Etant données les caractéristiques particulières de la maladie en question, le spécialiste a toute liberté, en fonction de son expérience professionnelle, de choisir les tests qui compléteront l'examen objectif psychique mais ne pourront en aucune manière s'y substituer. Ces tests, dans le contexte psychiatrique, sont d'une extrême importance car ils sont reproductibles et comparables dans le temps ; ils s'avèrent donc très utiles à des fins médico-légales. Nous indiquons ci-dessous la liste des examens les plus fréquemment utilisés :

- a) Questionnaires de personnalité (MMPI et MMPI2, EWI, MPI, MCMI etc.)
- b) Echelle d'évaluation des symptômes psychiatriques :
 - anxiété et dépression, auto-évaluation et hétéro-évaluation (BDI, HAD scale, HAM-A, HAM et Zung depression rating scale, MOOD scale)
 - agressivité et colère (STAXI)
 - troubles dus au stress post-traumatique (MSS-C)
 - amplification des symptômes somatiques (MSPQ)
- c) Tests de projection (Rorschach, SIS, TAT, Réactifs de dessin, etc.)

- Diagnostic médico-légal :

- Pour la description nosographique, il conviendra de faire référence uniquement aux deux tableaux suivants :
 - . syndrome (trouble) de désadaptation chronique
 - . syndrome (trouble) post-traumatique ou de stress chronique.

Le diagnostic communément associé aux risques traités est le trouble chronique de l'adaptation, avec son cortège de manifestations cliniques (anxiété, dépression, réaction mixte, altération du comportement, troubles émotionnels et troubles de forme somatique).

En évaluant ces manifestations, il sera possible de classer la pathologie comme légère, modérée ou sévère. Le diagnostic de symptôme (ou trouble) de stress post-traumatique pourra être posé dans les cas pour lesquels l'activité professionnelle, lorsqu'elle prend des connotations extrêmes, peut être comparée aux événements mentionnés dans les classifications internationales de l'ICD-10 et DSM-IV. Ces cas sont ceux que l'on définit comme étant des cas de « menace extrême/exceptionnelle ou de catastrophe » (rappelons à ce propos que les cas dans lesquels intervient un « événement aigu » doivent tout naturellement être traités dans le cadre de l'accident de travail).

¹⁷ Istituto Nazionale della Previdenza Sociale : organisme d'assurance maladie

- Pour les besoins du diagnostic différentiel, il conviendra d'exclure la présence de :
 - . syndromes et troubles psychiques ayant un lien avec une pathologie affectant un organe ou une pathologie systémique, avec la consommation de médicaments et la prise de stupéfiants
 - . syndrome psychotique de type schizophrénique, syndrome affectif bipolaire, maniaco-dépressif, troubles graves de la personnalité.

- Evaluation du dommage biologique permanent :

Le barème des incapacités relatif à l'évaluation du dommage biologique prévoit deux rubriques portant sur le seul trouble de stress chronique post-traumatique, qui peut être modéré (rubrique 180) ou grave (rubrique 181).

Mais la fourchette des taux [indiqués au barème] offre un cadre de référence adapté pour évaluer, par analogie, le dommage biologique causé par un trouble de l'adaptation.

EUROGIP est un groupement d'intérêt public créé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour animer, coordonner et développer au plan européen les actions de la Sécurité sociale en matière de risques professionnels.

Participation aux frais de reproduction et d'envoi : 15 euros TTC (TVA : 19,6%)

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie des résultats de la présente étude. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit.



**Groupement de l'Institution Prévention
de la Sécurité sociale
pour l'Europe**

55, rue de la Fédération - 75015 Paris
Tel. (+33) (0) 1 40 56 30 40 - Fax (+33) (0) 1 40 56 36 66
eurogip@eurogip.fr - www.eurogip.fr