



Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

19-1 | 2017

« Mal aux pattes à en pleurer » : penser les articulations entre santé physique et santé mentale au travail

La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale

Retour sur une action d'accompagnement des salariés dans les démarches de déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles

The difficult recognition of the occupational character of mental health damages. Return on an action of support of the employees in the steps of occupational accidents or occupational diseases statements

El difícil el reconocimiento del carácter profesional de los daños a la salud mental. Retorno sobre los resultados de una acción de acompañamiento de los asalariados en sus procesos de declaración de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.

Jean-Yves Blum Le Coat et Marie Pascual



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4922>

DOI : 10.4000/pistes.4922

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Référence électronique

Jean-Yves Blum Le Coat et Marie Pascual, « La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 19-1 | 2017, mis en ligne le 01 novembre 2016, consulté le 16 mars 2020. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4922> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/pistes.4922>

Ce document a été généré automatiquement le 16 mars 2020.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale

Retour sur une action d'accompagnement des salariés dans les démarches de déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles

The difficult recognition of the occupational character of mental health damages. Return on an action of support of the employees in the steps of occupational accidents or occupational diseases statements

El difícil el reconocimiento del carácter profesional de los daños a la salud mental. Retorno sobre los resultados de una acción de acompañamiento de los asalariados en sus procesos de declaración de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.

Jean-Yves Blum Le Coat et Marie Pascual

- 1 Les développements présentés dans cet article s'appuient sur les constats réalisés dans le cadre de l'activité d'une structure de prise en charge et d'accompagnement de situations d'atteintes à la santé mentale liées au travail : la Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux (CAPRPS) de l'Union des mutuelles d'Île-de-France. L'objectif de l'équipe qui travaille au sein de cette structure est d'articuler un soutien médico-psychologique aux salariés en difficulté, et une mission de conseil dans les démarches administratives comme dans l'entreprise auprès des salariés et de leurs représentants. Pour ce faire, l'équipe apporte une information, la plus précise et opératoire possible, sur les outils disponibles, les acteurs qu'ils peuvent solliciter et les actions à conduire (cf. encart 1 ci-dessous).
- 2 Dans le cadre de cette activité, la question de la reconnaissance en accident du travail ou en maladie professionnelle est aujourd'hui régulièrement posée. En effet, des évolutions, présentées dans la première partie de cet article, ont entraîné récemment

des changements dans le dispositif de reconnaissance des pathologies professionnelles, désormais ouvert aux atteintes à la santé mentale. Ces évolutions s'inscrivent dans un mouvement plus général, dans le débat public et dans le droit du travail, à la suite des travaux de la psychiatre Marie-France Hirigoyen sur le harcèlement moral (Hirigoyen, 1998) et du psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours sur la souffrance au travail (Dejours, 1998), puis du rapport Debout, du Conseil économique et social, sur le harcèlement moral en avril 2001 (Debout, 2001). En 2002, la loi dite de « modernisation sociale » (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) introduisit les notions de « harcèlement moral » et de « santé mentale » dans le Code du travail.

- 3 Cependant, la mise en œuvre de ces démarches dans le cas des atteintes à la santé mentale reste difficile, souvent éprouvante pour le salarié qui s'y engage, du fait de la complexité du dispositif, des conduites des différents acteurs pouvant être impliqués (employeur, services de santé au travail, médecins traitants...) et de l'enjeu que représente pour lui la reconnaissance du lien avec le travail. Un accompagnement, avec une analyse et un soutien dans les démarches, mobilisant des compétences professionnelles diverses (psychologue, médecin, juriste), apparaît donc nécessaire. Cela concerne aussi, dans l'activité de la cellule d'appui, l'implication du CHSCT (Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) et/ou des délégués du personnel dans l'analyse des causes, la préconisation d'actions de prévention, les conditions de reprise du travail. Nous abordons ces aspects dans la deuxième partie de l'article.

Encart 1 La Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux (CAPRPS)

La Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux a été créée en 2001 au sein de la FNATH (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés). Elle est portée depuis 2006 par l'Union des mutuelles d'Île-de-France. L'équipe comprend un médecin du travail, des psychologues et un sociologue, et travaille en partenariat avec des juristes et avocats spécialisés en droit du travail et de la sécurité sociale.

La Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux agit à deux niveaux : l'accueil et le soutien individuel des salariés en situation de souffrance au travail : écoute psychologique clinique, conseil dans les démarches médico-sociales et juridiques, accompagnement jusqu'au retour à une situation stable ; le soutien aux actions collectives en entreprise, en particulier auprès des représentants du personnel (délégués du personnel, délégués syndicaux, représentants CHSCT) : analyse des problématiques en santé au travail dans l'entreprise et appui à la mise en place d'actions concrètes (maintien dans l'emploi, prévention), participation à des actions de formation (connaissance des risques psychosociaux, évaluation des risques et prévention).

L'équipe accueille en entretiens individuels environ 150 salariés chaque année, domiciliés en Île-de-France pour la quasi-totalité d'entre eux : Paris pour la moitié, Petite Couronne – Seine-Saint-Denis et Hauts-de-Seine surtout – pour plus du quart. Les caractéristiques sociodémographiques de cette population sont stables depuis des années. Selon les données 2014-2015, ces salariés sont très majoritairement (77 %) des femmes. Ils sont expérimentés, ont de l'ancienneté (les trois quarts ont plus de 40 ans et un tiers a plus de 50 ans, et la moitié environ a

plus de 10 ans d'ancienneté), ils sont dans une situation stable vis-à-vis de l'emploi (76 % sont en CDI, 20 % sous statut de la fonction publique, tandis que seulement 3 % sont en CDD et 1 % sous d'autres formes de contrats précaires : intérim...). Les représentants du personnel (9 %), de même que les travailleurs handicapés (8 %), sont surreprésentés.

Ces salariés travaillent majoritairement dans le secteur privé (77 %), dans de grandes entreprises ou des PME (57 % sont employés par des entreprises de plus de 200 salariés, et 7 % par des entreprises de 50 à 199 salariés, 36 % par des entreprises de moins de 50 salariés). Les secteurs d'activité les plus représentés sont les services (services aux particuliers et services aux entreprises : activités informatiques, juridiques, immobilières, commerciales, comptables, de gardiennage, etc.), la santé et l'action sociale (un quart des salariés reçus), puis le commerce, et l'administration.

Ces salariés nous sont adressés par les services de santé au travail (28 %), mais également par les médecins (17,2 %), les organisations syndicales (7,5 %), les sections d'inspection du travail (6,8 %). Les salariés obtiennent également nos coordonnées dans divers médias (presse, internet : 9 %), ou via le conseil de collègues ou d'autres connaissances, hors des canaux habituels des principaux acteurs du domaine de la santé au travail (20,1 %).

Les salariés que nous recevons sont majoritairement en arrêt lors du premier contact : 59 % sont en arrêt maladie, et 9 % en arrêt accident du travail/maladie professionnelle ; 32 % sont au travail.

Pour ce qui concerne le soutien aux actions collectives en entreprise, l'équipe accompagne une vingtaine d'actions nouvelles de ce type chaque année. En 2014-2015, ces actions ont concerné principalement des entreprises du secteur de la santé et de l'action sociale (des structures associatives principalement), ainsi que des entreprises d'activités financières, du commerce, et des structures administratives (des collectivités territoriales, le plus souvent).

1. Les évolutions récentes du dispositif de reconnaissance des atteintes à la santé mentale

1.1 La reconnaissance en accident du travail : des avancées jurisprudentielles

- 4 Selon l'article L411-1 du Code de la sécurité sociale, l'accident du travail est un fait accidentel (événement soudain, rompant le cours habituel des événements), « survenu par le fait ou à l'occasion du travail » (c'est-à-dire au lieu et au temps du travail ou en lien avec le travail). Des circulaires de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) ont été élaborées dès 1982 pour donner des instructions aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sur la prise en charge des traumatismes psychologiques, comme dans le cas des hold-up. Mais c'est seulement depuis une jurisprudence de 2002 (arrêt du Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) de Dijon du 10 décembre 2002) que les atteintes à la santé mentale liées à des difficultés au travail autres que ces traumatismes violents, et donc les situations de « souffrance au travail »¹, peuvent être reconnues en accident du travail.

- 5 La procédure est la suivante : le salarié signale le fait accidentel, dans les 24 heures, à l'employeur, et l'employeur doit alors effectuer la déclaration d'accident du travail auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dont relève le salarié, dans les 48 heures. La déclaration indique les circonstances de l'accident. Le certificat médical initial, établi par le médecin ayant délivré les soins, décrit les atteintes à la santé de la victime de l'accident ; il est adressé par le salarié à la CPAM (pour plus de précisions, cf. Pascual et coll., 2015).
- 6 Ainsi, un événement brutal (malaise, altercation violente, agression, crise d'angoisse...) survenu au temps et au lieu du travail devrait être déclaré en accident du travail, selon la procédure habituelle : déclaration de l'accident par l'employeur, et certificat médical initial indiquant le retentissement sur la santé : choc émotionnel, état anxieux, état de stress post-traumatique, etc.

1.2 La reconnaissance des psychopathologies dans le « système complémentaire » : un changement des modalités d'instruction par les CPAM

- 7 Quant à la déclaration en maladie professionnelle, les atteintes à la santé mentale (affections psychiques) ne sont pas inscrites dans les tableaux de maladies professionnelles. Ces tableaux, inscrits au Code de la sécurité sociale, constituent le « système principal » de reconnaissance des maladies professionnelles et reposent sur le principe juridique de la présomption d'origine : il « suffit » de remplir les critères du tableau (essentiellement la définition de la maladie et les conditions d'exposition au risque, énumérées explicitement) pour obtenir la reconnaissance, sans avoir à démontrer le lien de causalité.
- 8 Pour être reconnues, les psychopathologies doivent faire l'objet d'une procédure dans le cadre du « système complémentaire » de reconnaissance des maladies professionnelles, procédure définie à l'article L461-1 du Code de la sécurité sociale, dans ses alinéas 4 et 5, qui impose d'apporter la preuve du lien de causalité et ne peut concerner que les maladies justifiant un taux d'incapacité d'au moins 25 % :

« Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé [...] la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles » Article L461-1 du Code de la sécurité sociale.
- 9 Or, jusqu'en 2012, les atteintes à la santé mentale pouvaient difficilement être reconnues en maladie professionnelle. En effet, dans la pratique, le médecin-conseil ne se prononce sur le taux d'incapacité qu'une fois la maladie « stabilisée », c'est-à-dire n'étant plus susceptible d'évoluer (amélioration ou aggravation). Le dossier ne pouvait donc être présenté que tardivement au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), chargé de se prononcer sur la relation de causalité entre la maladie et les conditions de travail : la maladie ne pouvait donc être déclarée que bien après son déclenchement (un à plusieurs semestres...). De plus, cette déclaration ne pouvait concerner que les cas sévères, car le dossier n'était transmis au

CRRMP que si le taux d'incapacité résiduelle (les séquelles) était évalué à au moins 25 % selon un barème assez sévère.

- 10 Autant dire que la démarche était quasi inaccessible, d'autant plus que, pour un niveau de gravité justifiant une incapacité permanente de 25 %, la prise en charge au titre de l'assurance maladie (pension d'invalidité) est plus favorable que le régime accident du travail-maladie professionnelle. De fait, les personnes pouvant bénéficier de la reconnaissance en maladie professionnelle une fois la stabilisation obtenue, c'est-à-dire avec séquelles importantes, étaient souvent orientées vers la demande d'invalidité.
- 11 Un groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) a formulé en 2012 des recommandations permettant d'assouplir la procédure (Groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du COCT, 2013), recommandations diffusées aux médecins-conseils en avril 2012 :
 - pour les atteintes psychiques, le médecin-conseil évalue un taux d'incapacité permanente « prévisible » au moment de la déclaration, alors que la maladie n'est pas stabilisée – le taux d'incapacité permanente définitif sera fixé au moment de la consolidation, et pourra être inférieur à 25 % ;
 - des critères d'évaluation du taux de gravité correspondant à l'incapacité de 25 % ont été établis, et les pathologies pouvant être prises en compte précisées : les troubles dépressifs, les états de stress post-traumatiques et les troubles anxieux.
- 12 Il est donc désormais possible de faire reconnaître l'origine professionnelle d'une dépression, d'un trouble anxieux généralisé, d'un syndrome post-traumatique dès le début de la maladie. La procédure est la suivante : c'est au salarié de faire la déclaration de maladie professionnelle, en adressant à sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) un dossier comprenant un formulaire administratif de déclaration (qu'il aura retiré auprès de sa CPAM ou sur internet, et renseigné) et un certificat médical initial (CMI) qui indique le diagnostic de la maladie, et éventuellement le « lien possible avec le travail », ainsi que la date de début des troubles, soit la « date de première constatation médicale ». Le dossier fait l'objet d'une instruction en deux étapes :
 - au niveau de la CPAM : le médecin-conseil valide le diagnostic indiqué dans le certificat médical initial et évalue la gravité de l'atteinte à la santé pour déterminer si le taux de 25 % est atteint. Le service administratif de la CPAM conduit une enquête administrative contradictoire auprès du salarié et de l'employeur, dans l'objectif de rassembler tous les éléments concernant l'exposition au risque dans la situation de travail. Si le taux d'incapacité permanente évalué par le médecin-conseil atteint 25 %, le dossier est transmis au CRRMP ;
 - au niveau du CRRMP : ce comité, composé de trois médecins (un praticien hospitalier spécialisé en pathologie professionnelle, un médecin-conseil de la sécurité sociale, et un médecin inspecteur régional du travail), est chargé de rendre une décision sur le « lien essentiel et direct » entre la pathologie et les conditions de travail ; il sollicite l'ingénieur-conseil du service prévention des risques professionnels de la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) - CRAM en Île-de-France, qui peut apporter des éléments complémentaires à l'enquête de la CPAM, et recueille l'avis du médecin du travail du salarié ; ce comité n'est pas contraint par un délai pour formuler sa décision.
- 13 Une autre recommandation du groupe de travail de la commission spécialisée du COCT publiée en 2014 précise, à l'intention de l'enquêteur de la CPAM, les éléments à

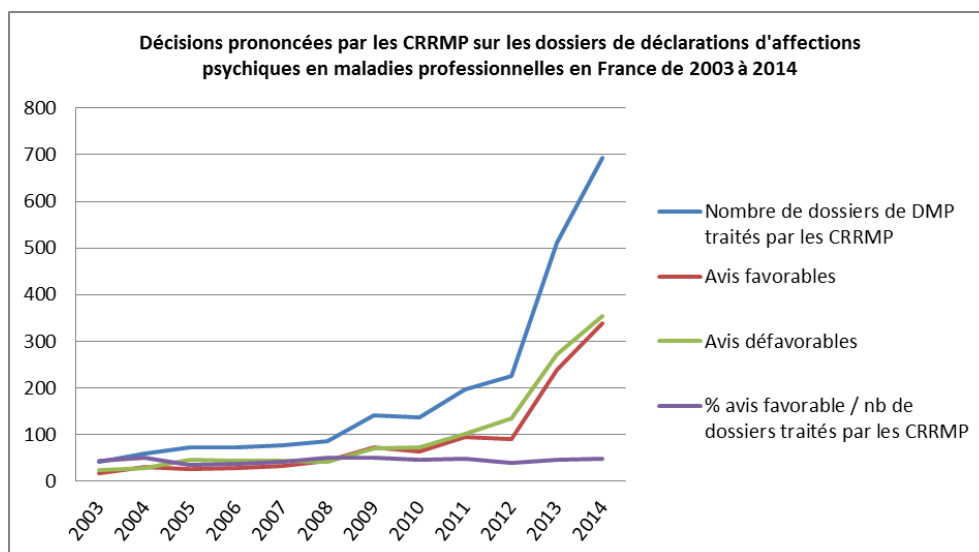
recueillir pour instruire le lien de causalité, ce qui permet de clarifier l'analyse de la situation de travail.

- 14 La loi « relative au dialogue social et à l'emploi » (loi n° 2015-994 du 17 août 2015) a d'ailleurs introduit une modification à l'article L461-1 du Code de la sécurité sociale cité plus haut. Elle a ajouté un sixième alinéa, qui explicite la possibilité de faire reconnaître une atteinte à la santé mentale dans le cadre de cette procédure :

« 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. »²

- 15 Ces évolutions ont entraîné une forte augmentation des déclarations et des reconnaissances de psychopathologies professionnelles, comme en atteste le graphique suivant.

Figure 1. Décisions prononcées par les CRRMP sur les dossiers de déclarations d'affections psychiques en maladies professionnelles en France de 2003 à 2014



Source : Pascual, Chrétien, Osvath, 2015 : 61-62.

- 16 Le nombre de déclarations en maladie professionnelle d'affections psychiques, limité à 41 en 2003 puis autour de 60-70 par an de 2004 à 2007 et à 86 en 2008, a connu une première hausse significative de 2009 (142) à 2012 (225), puis une brusque augmentation ensuite : 512 en 2013, et 693 en 2014.
- 17 La proportion d'avis favorables étant demeurée assez constante, oscillant entre 40 % et 50 % sur l'ensemble de la période, le nombre de reconnaissances en maladie professionnelle (avis favorables rendus par les CRRMP) a connu la même évolution (en forte hausse) que le nombre de déclarations : seules 18 affections psychiques ont été reconnues en maladie professionnelle en 2003, entre 26 et 44 entre 2004 et 2008, puis entre 63 et 94 entre 2009 et 2012, et enfin 239 en 2013 et 339 en 2014³.
- 18 Ces données demeurent sans commune mesure avec les reconnaissances en maladie professionnelle d'atteintes à la santé physique, dans les tableaux de maladies professionnelles : 51 631 maladies professionnelles ont été reconnues en 2014, dont 45 079 concernaient des troubles musculo-squelettiques (Assurance Maladie – Risques

Professionnels, 2015 : 92-93). L'absence de codification en tableau des psychopathologies est évidemment un facteur déterminant de cet écart immense entre le nombre d'atteintes à la santé physique et le nombre d'atteintes à la santé mentale reconnues par les Caisses d'assurance maladie (et ce, alors que les premières font déjà elles-mêmes l'objet d'une sous-reconnaissance massive, du fait d'une codification restrictive des tableaux⁴). L'existence de tableaux de maladies professionnelles pour des atteintes à la santé physique uniquement a pour effet d'exclure les psychopathologies de l'application du principe de la présomption d'origine mentionné plus haut. Pour ces pathologies, l'obtention de la reconnaissance en maladie professionnelle exige que la preuve du lien « direct et essentiel » avec le travail soit apportée par le salarié.

1.3. Des effets importants pour les salariés

- 19 Malgré les limites qui viennent d'être mentionnées, la facilitation de l'accès à la reconnaissance en maladie professionnelle ainsi qu'en accident du travail des psychopathologies constitue une avancée significative pour les salariés. Elle permet d'appliquer à ces affections les modalités de réparation, de financement du risque professionnel, et de protection des salariés, conquises difficilement depuis la fin du XIX^e siècle par les salariés et leurs représentants (Buzzi et coll., 2006 ; Hatzfeld, 2009).
- 20 La reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie produit des effets financiers pour le salarié (tiers-payant pour les soins, indemnités journalières plus élevées, indemnisation des séquelles), et pour l'employeur (qui supporte le coût des soins et de l'incapacité via une augmentation de sa cotisation auprès de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des caisses de sécurité sociale). De plus, elle offre au salarié une garantie plus importante pour le maintien dans l'emploi, par l'obligation renforcée qui pèse sur l'employeur en matière de reclassement en cas d'inaptitude faisant suite à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. L'employeur est tenu de rechercher un aménagement du poste en fonction des capacités restantes du salarié ou de le reclasser dans un emploi similaire. Ce renforcement de l'obligation de reclassement se traduit notamment par l'interdiction faite à l'employeur de licencier le salarié pendant l'arrêt de travail (sauf en cas de faute grave), et par la consultation obligatoire des délégués du personnel au cours de la recherche de reclassement en cas d'inaptitude médicale. Les indemnités de licenciement sont également majorées.
- 21 L'intérêt collectif de la reconnaissance en accident du travail ou en maladie professionnelle est important. Par le retentissement financier sur l'entreprise imposé par la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail – assureur obligatoire du risque professionnel) et le contrôle que celle-ci assure sur la sinistralité, cette reconnaissance doit permettre, en principe, d'améliorer la politique de prévention des risques professionnels, compte tenu de l'obligation de résultat qui incombe à l'employeur en matière de santé et sécurité.
- 22 Par ailleurs, tout accident du travail comme toute maladie professionnelle doivent déclencher une enquête du CHSCT, afin que soient mises en place des mesures correctrices de prévention du risque. C'est pourquoi la question de la déclaration en accident du travail ou en maladie professionnelle est systématiquement étudiée dans nos échanges avec les salariés et leurs représentants reçus au sein de notre consultation à la CAPRPS. Cette démarche peut aider de façon déterminante à la prise

en compte des risques psychosociaux dans l'entreprise. L'outil accident du travail/maladie professionnelle permet, tout en s'appliquant à la situation individuelle, de développer une dimension collective par la mise en visibilité du lien entre la maladie d'un salarié et le travail. Cependant, l'obtention de cette reconnaissance d'accident du travail ou de maladie professionnelle exige des salariés un engagement dans des démarches complexes, difficiles.

2. Faire reconnaître une atteinte à la santé mentale en accident du travail ou en maladie professionnelle : une démarche complexe et éprouvante

2.1 Choisir la procédure pertinente

- 23 Les atteintes à la santé mentale peuvent résulter d'événements soudains (une agression physique par un client ou un usager, par exemple) ou bien de processus longs de dégradation des conditions de travail (c'est le cas notamment pour les situations de harcèlement moral, d'épuisement professionnel). Cependant, dans ce dernier cas, des événements soudains, datés et situés, peuvent déclencher une décompensation : un entretien d'évaluation individuelle annuel très négatif, une altercation violente avec un responsable hiérarchique, une réunion d'équipe humiliante... peuvent provoquer un malaise, une crise d'angoisse, un effondrement émotionnel : cet événement subit peut alors constituer un accident du travail. S'il n'est pas déclaré dans l'entreprise, c'est souvent le médecin traitant qui conseille la démarche en établissant un certificat médical initial.
- 24 Cependant, il peut y avoir un décalage, voire une opposition, entre le ressenti du salarié, focalisé sur l'événement qui a déclenché la décompensation, et les critères de reconnaissance en accident du travail appliqués par la Caisse primaire d'assurance maladie, chargée d'instruire le dossier : elle peut estimer que le fait générateur n'est pas suffisamment étayé (manque d'éléments attestant de l'existence de ce fait, ou du caractère inhabituel, rompant le cours habituel des événements), ou bien, selon le point de vue du médecin-conseil, que l'atteinte à la santé ne peut être imputée à ce seul fait.
- 25 Une démarche de déclaration de maladie professionnelle peut ici être plus pertinente, si l'altération de la santé est sévère et s'il est possible de démontrer une exposition prolongée à des facteurs de souffrance au travail (surcharge durable de travail, injonctions contradictoires fréquentes, agressions verbales ou humiliations récurrentes, etc.).
- 26 Il est donc essentiel de faire cette analyse avec le salarié, en lui expliquant la logique des deux procédures et de considérer chaque situation au cas par cas. Ici, le conseil d'un juriste peut être déterminant : celui-ci peut expliquer les éléments techniques, procéduraux, conditionnant la réussite ou l'échec de la demande. Son conseil est précieux au moment de décider de l'engagement de la démarche, et plus encore dans les situations de contentieux, lorsque la demande de reconnaissance a été engagée et a fait l'objet d'un refus, quand il s'agit d'évaluer les chances de succès avant de s'engager dans un recours qui peut prendre beaucoup de temps et d'énergie.

2.2 Faire face aux écarts entre principes juridiques et pratiques réelles des acteurs

- 27 Une difficulté majeure des démarches de reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle est le décalage entre les principes définis par la loi et la réalité de la conduite des acteurs (employeur, médecin du travail et plus largement service de santé au travail, médecin traitant), telle que nous l'observons dans les situations suivies à la Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux. Ce décalage n'est pas spécifique aux atteintes à la santé mentale. Il est depuis longtemps relevé comme l'un des facteurs de sous-déclaration des maladies professionnelles (Eurogip, 2015). Cependant, il est particulièrement marqué dans les situations de souffrance au travail.
- 28 Notamment, pour ce qui concerne l'accident du travail, il revient, en principe, à l'employeur d'effectuer la déclaration auprès de la CPAM, après que le salarié lui a signalé le fait accidentel, sous peine de sanction pénale (l'infraction peut être constatée par l'inspection du travail). L'employeur n'est pas en mesure, juridiquement, de refuser de considérer le fait signalé par le salarié comme accident du travail ; il peut uniquement formuler des réserves dans la déclaration qu'il adresse à la CPAM. Cependant, bien souvent concernant les atteintes à la santé mentale, l'employeur « omet » de faire cette déclaration, voire s'y oppose ouvertement. Il revient donc au salarié d'effectuer cette démarche, en s'adressant directement à sa Caisse de sécurité sociale, qui déclenchera une enquête auprès de l'entreprise. Le salarié a deux ans pour effectuer cette déclaration, après le fait accidentel : l'article L441-2 du Code de la sécurité sociale, qui pose l'obligation pour l'employeur de
- « déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la Caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime »,
- précise dans son deuxième alinéa que la « déclaration à la Caisse peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident. »
- 29 Toutefois, le fait de s'engager dans cette déclaration peut représenter une difficulté importante pour le salarié, car il peut craindre de s'exposer à l'hostilité de son employeur – il en va de même concernant la déclaration de maladie professionnelle, qui entraîne généralement la désapprobation de l'employeur et peut donner lieu à une situation conflictuelle entre le salarié et sa hiérarchie.
- 30 Paradoxalement, le médecin du travail, théoriquement l'acteur-clé de l'instruction du lien entre travail et santé, est rarement présent dans les dossiers d'accident ou de maladie professionnels : par exemple quand il s'agit d'attester de l'état dans lequel le salarié s'est adressé à lui le jour ou le lendemain d'un événement traumatisant ou encore de répondre à la demande du CRRMP au sujet d'un dossier de maladie professionnelle. Pourtant, dans les démarches de demande de reconnaissance de maladie professionnelle, le médecin du travail est le professionnel compétent pour établir une attestation sur les conditions de travail du salarié et les risques auxquels il a été exposé. Alors que son avis est systématiquement sollicité par le CRRMP, l'attitude la plus fréquente des médecins du travail est la réticence à s'engager pour aider à la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie. Quand un salarié en détresse s'adresse à son médecin du travail, il est en général orienté vers le médecin traitant, mais très rarement informé de la possibilité de demander la reconnaissance de l'origine professionnelle et exceptionnellement aidé dans cette démarche par le service de santé

au travail (le service de santé au travail, qui comprend obligatoirement un service social, devrait pouvoir aider à la constitution du dossier).

- 31 Par ailleurs, les médecins généralistes ou spécialistes, qui doivent en principe informer leurs patients du lien possible entre la pathologie et le travail et rédiger le certificat médical initial, sont en réalité souvent peu informés concernant ce dispositif. Il nous arrive souvent de conseiller aux salariés de leur apporter les éléments utiles, en particulier le texte des recommandations du Groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle, de la Commission des pathologies professionnelles du COCT. Il en va de même des représentants du personnel, ceux qui sont au CHSCT en premier lieu, qui doivent également pouvoir fournir des éléments sur la réalité du risque dans l'entreprise (échanges de courriers, comptes rendus de réunions, alertes éventuelles...); en général, ils ne maîtrisent pas les connaissances nécessaires pour apporter cet appui.

Encart 2 Illustration de la conduite réelle des acteurs : cas d'un salarié pris en charge en accident du travail pour un syndrome anxiodépressif (1/2)

En mai 2015, nous accueillions un technicien de laboratoire, qui travaille depuis 8 ans dans une entreprise de production d'appareils électroniques employant une centaine de salariés. Il subit de la maltraitance et des comportements discriminatoires (propos méprisants et humiliants, propos racistes, exclusion de certaines formations, dénigrement de son travail...) de son responsable direct depuis plusieurs années. Il a alerté la hiérarchie à plusieurs reprises, mais celle-ci lui conseille de démissionner... Les délégués du personnel sont également informés de la situation mais n'interviennent pas. Il adresse un courrier à l'inspection du travail – avec copie à l'employeur – en mars 2015 pour signaler ces difficultés, alors qu'il est en arrêt maladie d'un mois pour état anxiodépressif. Le jour où il reprend le travail, il est convoqué par sa hiérarchie qui lui demande, en le menaçant de représailles, de revenir sur son courrier de signalement à l'inspection du travail. Le salarié, très choqué par cet entretien, appelle le médecin du travail, qui le reçoit et l'oriente vers son médecin traitant pour être placé de nouveau en arrêt maladie, ainsi que vers notre structure pour qu'il soit pris en charge par un psychologue. Son état de santé est très altéré, avec un état dépressif sévère pris en charge en psychiatrie.

Nous lui conseillons de déclarer en accident du travail ce nouvel arrêt consécutif au traumatisme psychologique subi au cours de l'entretien avec sa hiérarchie, et de demander au médecin du travail un certificat constatant le retentissement sur sa santé lors de la consultation médicale le jour même. Nous fournissons au salarié un courrier en ce sens pour son médecin du travail, mais celui-ci refuse d'établir ce certificat.

Ce salarié s'engage, sur notre conseil, dans une démarche de déclaration d'accident du travail, fin mai 2015 : il demande à son médecin traitant d'établir le certificat médical initial d'accident du travail et effectue la déclaration auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie. Or, il a peu d'éléments pour attester les faits qu'il rapporte : le délégué du personnel, qui avait proposé de produire un témoignage, lui dit renoncer à cause des pressions de la hiérarchie. Quant à l'employeur, il conteste – évidemment – cette démarche, et refuse d'adresser à la Caisse primaire d'assurance maladie l'attestation de salaire nécessaire au calcul des indemnités

journalières ; l'assistante sociale de la sécurité sociale conseille au salarié d'engager une procédure au Conseil de prud'hommes en référé pour obtenir cette attestation.

Pour soutenir ce salarié dans sa démarche, nous rédigeons un courrier à l'attention de l'enquêteur de la sécurité sociale décrivant les plaintes que ce salarié a exprimées concernant ses conditions de travail, l'état dans lequel nous l'avons reçu, et le conseil que nous lui avons donné de revenir vers le médecin du travail pour obtenir une attestation afin de s'engager dans la démarche de déclaration d'accident du travail. Un mois et demi après l'entretien avec cet enquêteur, en octobre 2015, la Caisse primaire d'assurance maladie informe ce salarié qu'elle reconnaît l'accident du travail.

Ce salarié est suivi toutes les quatre à six semaines par notre équipe. Nous l'avons aidé à réfléchir aux différentes possibilités : reprendre le travail dans cette entreprise ? Partir ? Construire un nouveau projet professionnel en faisant une formation ? Il a aujourd'hui (avril 2016) le projet de devenir technicien en matériel orthopédique et envisage de demander une rupture du contrat de travail : rupture conventionnelle ou inaptitude médicale ? Nous lui avons fourni récemment un courrier pour soutenir sa démarche de reconversion professionnelle au cours de la visite de préreprise auprès du médecin du travail.

Cet exemple montre bien le décalage entre les rôles « théoriques » des acteurs, prescrits par la réglementation du travail et de la sécurité sociale et la réalité : refus de l'employeur de déclarer un accident du travail, obstruction aux démarches administratives élémentaires comme fournir les attestations de salaire, réticence des médecins du travail à attester du lien entre état de santé et conditions de travail.

2.3 L'importance d'un accompagnement des salariés dans des procédures complexes

- 32 La demande de reconnaissance en accident du travail ou en maladie professionnelle place le salarié, fragilisé par la maladie, face à une structure administrative – la CPAM – qui lui impose des procédures peu claires, et parfois éprouvantes.

Encart 3 Illustration de la conduite réelle des acteurs : cas d'un salarié pris en charge en accident du travail pour un syndrome anxiodépressif (2/2)

La démarche suivie par le salarié dont la situation a été présentée dans l'encart précédent montre la lourdeur et la complexité des procédures auprès de la sécurité sociale. Tout d'abord les délais sont très longs : il fait sa déclaration de l'accident en mai, l'enquêteur de la sécurité sociale l'entend début septembre, et la décision de la Caisse primaire d'assurance maladie intervient mi-octobre 2015. Pendant ce temps, il demeure dans l'incertitude quant à l'issue de la démarche, ce qui majore son anxiété.

Ensuite, les courriers de la CPAM sont rédigés dans un langage technique, peu compréhensible. Ainsi, alors qu'un mois plus tôt (début octobre 2015) le salarié avait reçu un courrier l'informant que

« les éléments en [sa] possession [lui] permettent de reconnaître le caractère professionnel de l'accident cité en objet »,

il reçoit, en novembre 2015, la notification d'une décision du médecin-conseil de consolidation de ses lésions, dont la date est fixée le lendemain de l'envoi du courrier (donc avant que le salarié ne reçoive ce courrier), ce qui signifie la fin du versement des indemnités journalières. La rédaction de ce courrier est pour le moins sèche et comminatoire, et peut heurter un assuré qui n'a eu aucun échange auparavant le préparant à une telle décision :

« Monsieur, je vous informe, qu'après examen, le docteur XXX, médecin conseil, estime que la consolidation de vos lésions est fixée à la date du XX novembre 2015 et qu'il ne subsiste pas de séquelles indemnissables. Vous disposez d'un délai de 10 jours à compter de la présente notification pour me faire parvenir un certificat médical final. Passé ce délai, la consolidation fixée par le médecin conseil deviendra définitive. La consolidation met un terme à la prise en charge de votre indemnisation dans le cadre de la législation relative aux risques professionnels. En cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières cesseront d'être dues à la date de consolidation proposée. A compter de la présente notification, vous ne devez plus utiliser votre "feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle" et vous devez me la faire parvenir. Si vous entendez contester la date de consolidation, vous pouvez demander dans le délai d'un mois suivant la réception de cette lettre, la mise en œuvre de la procédure d'expertise, dans les modalités fixées par l'article L141-1 du Code de la sécurité sociale. Cette demande, accompagnée de ce courrier, doit comprendre les nom et adresse de votre médecin et parvenir, de préférence par lettre recommandée à l'adresse suivante : XXX [adresse du service médical local de la Caisse d'assurance maladie] ou être déposée contre récépissé au guichet de la caisse, en joignant tout élément que vous jugerez utile pour l'examen de votre recours. Si vous estimez que vos séquelles sont indemnissables, il vous appartient également d'adresser votre requête à l'adresse indiquée ci-dessus. »

Concernant les modalités de contestation de cette décision, à moins que le salarié soit juriste en droit social, il a intérêt à s'informer rapidement de la teneur de cet article L141-1 du Code de la sécurité sociale, et à se le faire expliquer par un juriste spécialisé. De plus, en l'occurrence, l'« examen médical » par le médecin-conseil, mentionné dans ce courrier, n'a pas eu lieu. Nous l'accompagnons dans la démarche de contestation de cette décision, en lui donnant un courrier pour ses médecins traitants (généraliste et psychiatre) afin qu'ils soutiennent la demande d'expertise (nécessaire à cette contestation). Le médecin de l'équipe rédige également un courrier destiné au médecin-conseil, pour expliquer l'évaluation que nous faisons de l'état de santé du salarié, incompatible avec une reprise du travail selon nous, et la nécessité de poursuivre les soins afin qu'il soit en capacité d'affronter la reprise du travail. Un mois et demi plus tard, fin décembre, ce salarié reçoit un courrier du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie, l'informant qu'il est revenu sur sa décision. On notera, à l'inverse du courrier cité précédemment, le caractère laconique (mais également la formule de politesse, absente des courriers précédents) du courrier du médecin-conseil l'informant qu'il donne raison à sa contestation :

« Monsieur, votre lettre reçue le 04/12/2015, suite au refus qui vous a été notifié par votre centre d'Assurance Maladie le 22/10/2015, a retenu toute mon attention.

J'ai été amenée à réétudier le dossier et un nouvel avis a pu être donné. Votre réclamation est devenue sans objet. Je vous prie de croire, Monsieur, à l'expression de mes sentiments les meilleurs. »

On peut facilement comprendre qu'un salarié isolé, déjà fragilisé par une situation de travail éprouvante, se trouve bien démuni face à ce genre de difficultés.

- 33 Concernant la demande de reconnaissance en accident du travail, comme expliqué précédemment, les difficultés sont principalement de deux ordres. D'une part, l'atteinte à la santé décrite dans le certificat médical initial établi par le médecin doit être compatible avec un événement soudain : état de stress post-traumatique, choc émotionnel ou état anxieux aigu, etc., et non correspondre à une maladie : dépression, syndrome anxiodépressif. D'autre part, la déclaration d'accident du travail doit comporter la description d'événements précis, en rupture avec le cours habituel des situations normales de travail ou des relations de travail. Or, l'employeur conteste souvent cette appréciation des faits. Le salarié doit donc pouvoir disposer de traces matérielles (par exemple un procès-verbal d'intervention des pompiers) ou de témoignages pour soutenir sa déclaration : collègues, représentants du personnel, service de santé au travail s'il a été sollicité.
- 34 Dans le cas de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle, la première difficulté tient à la longueur des délais d'instruction : trois mois minimum et le plus souvent six mois au niveau de la CPAM, puis plusieurs mois au niveau du CRRMP, dont la décision n'est soumise à aucun délai en pratique⁵. La procédure dans son ensemble s'étend sur neuf à douze mois, voire davantage. Concernant les différentes étapes de la procédure, l'évaluation du taux d'incapacité permanente représente un premier obstacle important, soumis à l'appréciation du médecin-conseil : l'état de santé doit être suffisamment grave et justifier des soins importants, et il faut pouvoir apporter des éléments solides (certificats, prescriptions médicamenteuses). Le second obstacle est la constitution du dossier d'exposition au risque qui demande un investissement important à la victime. Celle-ci risque aussi d'être confrontée à l'incompréhension de ses interlocuteurs (enquêteur de la CPAM, médecin-conseil) et décontenancée par des courriers administratifs inquiétants, dont nous donnons un exemple dans l'encadré suivant.

Encart 4 Illustration des difficultés rencontrées dans un cas de demande en reconnaissance de maladie professionnelle

Nous recevons en mars 2014 un salarié de 60 ans, responsable de formation depuis 10 ans en CDI à temps partiel (après 10 années sous statut précaire - vacataire) dans un centre de formation professionnelle (sous statut d'association loi 1901) comptant une centaine de salariés ; il est également délégué du personnel. Il est en arrêt maladie depuis cinq mois lors de sa venue à la consultation, et nous est adressé par son médecin traitant.

Il se plaint de subir un harcèlement moral de la part de son employeur, pour avoir, selon lui, défendu des salariés, en qualité de délégué du personnel, dans le cadre de procédures disciplinaires, et pour avoir réclamé la correction d'erreurs sur ses fiches de paye (absence de majoration de ses heures complémentaires). Ses conditions de travail se sont aussi fortement dégradées à la suite d'une réunion avec la direction, un an plus tôt, au cours de laquelle celle-ci a violemment remis

en cause ses compétences et tenu à son égard des propos méprisants et dégradants. Depuis cette réunion, sa hiérarchie ne lui confie plus autant de travail qu'auparavant et ne lui donne quasiment plus d'heures complémentaires à effectuer. À plusieurs reprises la direction met en cause ses compétences devant des étudiants et en réunion de comité d'entreprise. Ses difficultés s'inscrivent dans un contexte plus large de difficultés économiques de l'entreprise, qui, durant les dix années précédentes, a déposé le bilan et été rachetée deux fois ; c'est avec le dernier employeur que les relations se sont dégradées.

Progressivement, il rencontre des difficultés à s'endormir, et perd confiance en lui. Il consulte son médecin traitant en novembre 2013, qui prescrit un arrêt maladie et un traitement anxiolytique. Le médecin du travail, rencontré trois mois plus tôt durant son arrêt maladie, dit ne rien pouvoir faire.

Nous lui conseillons d'envisager une démarche de demande de reconnaissance de maladie professionnelle, et l'orientons vers un psychiatre hospitalier. Celui-ci estime que la déclaration

« aurait de grandes chances d'aboutir car la pathologie anxiodépressive dont est atteint [ce salarié] semble imputable aux conditions de l'exercice professionnel ».

Le salarié effectue la déclaration en mai 2014 avec un certificat médical du psychiatre faisant état d'un

« état anxiodépressif, qui semble en rapport avec les conditions d'exercice professionnel »,

et le document administratif de déclaration de maladie professionnelle.

Peu après, durant l'été 2014, les représentants du personnel au CHSCT de l'entreprise (que nous avons reçus en rendez-vous collectif quelques semaines avant) abordent en réunion la problématique d'arrêts maladie de longue durée et leur lien avec les risques psychosociaux dans l'entreprise. Ils dénoncent la dégradation des conditions de travail depuis un an et font état de remontées de salariés sur « la mauvaise ambiance, le mal-être, la souffrance et le stress au travail », le manque de « reconnaissance dans le travail », un « sentiment de délaissement et d'injustice ». Lors de cette réunion, la situation du salarié que nous suivons est abordée, à sa demande : une déclaration qu'il a rédigée, signalant sa situation de souffrance au travail et l'état anxiodépressif qui en résulte, et demandant que cessent

« les pressions, les intimidations, les brimades, érigées en méthode de management »,

est lue par les représentants du personnel. La direction accède à leur demande de mise en œuvre d'une évaluation des facteurs de risques psychosociaux par un cabinet externe.

De son côté, le salarié complète son dossier de demande de reconnaissance de maladie professionnelle en préparant, pour l'enquête administrative de la CPAM, un dossier contenant des témoignages d'anciens collègues et élèves, le compte rendu de la réunion du CHSCT où sa situation a été discutée, et une attestation de suivi par notre équipe. Il envisage conjointement d'engager une démarche de résiliation judiciaire de son contrat de travail, et nous l'orientons vers un avocat. Au cours de l'instruction du dossier de maladie professionnelle, il rencontre le médecin-conseil de la CPAM début août 2014. Celui-ci confirme le diagnostic du certificat médical initial et estime le taux d'incapacité permanente prévisible supérieur à 25 %. Le dossier est donc transmis au CRRMP. Le salarié rencontre

ensuite l'enquêtrice de la CPAM, chargée de l'enquête administrative, et lui remet les différentes pièces qu'il a rassemblées.

Fin novembre 2014, il reçoit un courrier de la Caisse primaire d'assurance maladie – risques professionnels lui notifiant un refus de prise en charge en maladie professionnelle, particulièrement obscur :

« Monsieur, le XX août 2014, je vous avisais que l'étude de votre dossier concernant la maladie "état anxiodépressif syndrome anxiodépressif" mentionnée sur le certificat médical du XX novembre 2013 ne pouvait être achevée dans le délai réglementaire de trois mois et qu'un complément d'instruction était nécessaire. Les délais d'instruction impartis arrivent à leur terme et l'avis motivé du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, obligatoire dans le cadre de votre demande, ne m'est pas parvenu. En conséquence, je suis contraint de vous refuser le bénéfice de la législation relative aux risques professionnels. Toutefois, lorsque cet avis aura été rendu, je ne manquerai pas de vous informer de sa teneur. Dans l'hypothèse où un avis favorable serait donné, je reviendrai sur cette décision en vous adressant une notification de prise en charge. Si toutefois vous estimez devoir contester cette décision, vous devez adresser votre réclamation motivée, accompagnée de ce courrier, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception à la commission de recours amiable de notre organisme située XXX [adresse du secrétariat de la commission de recours amiable de la Caisse d'assurance maladie] dans les deux mois suivant la réception de la présente, en joignant tout élément que vous jugerez utile pour l'examen de votre recours. A compter de la présente notification, vous ne devez plus utiliser votre "feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle" et vous devez me la faire parvenir. »

Le salarié est très inquiet et nous questionne :

« Que dois-je faire ? Dois-je contester cette décision auprès de la Commission de recours amiable, ou dois-je attendre que l'avis du CRRMP soit rendu ? J'ai seulement deux mois pour saisir la Commission de recours amiable, je ne pense pas que le CRRMP rende son avis dans ce délai. Quelles sont les conséquences de ce refus pour la suite ? ».

En réalité, ce courrier signifie d'abord que la procédure suit son cours normalement et qu'il faut attendre l'avis du CRRMP. En effet la CPAM doit rendre sa décision dans un délai de trois mois, renouvelé une fois, faute de quoi la reconnaissance est de fait (reconnaissance implicite). Or, l'avis du CRRMP demande généralement plus de six mois, ce qui oblige la Caisse à opposer un refus « conservatoire » dans l'attente de l'avis du CRRMP ; si cet avis est favorable, elle prendra une décision rectificative. Cependant – et sur ce point la procédure a un côté particulièrement retors – si la décision du CRRMP est défavorable, le demandeur ne pourra plus contester le refus de la CPAM, car le délai de contestation sera clos. Dans ce dossier, le salarié saisit donc, sur conseil de son avocat, la Commission de recours amiable.

En mars 2015, le rapport du cabinet chargé d'établir un diagnostic sur les risques psychosociaux dans l'entreprise est présenté au CHSCT puis aux salariés. Il conclut à l'existence de « manifestations de troubles psychosociaux » : usure, perte de motivation, sentiment d'isolement et de solitude, inquiétude quant à l'avenir, cloisonnement des services, et « modes de communication vécus parfois comme violents » : « échanges verbaux durs », « menaces », entraînant « violence »,

« sentiment de culpabilité », « peur de parler », « perte d'estime de soi », « douleur », « frustration », « angoisse » ; et, enfin, un « sentiment diffus d'ambiance générale qui se dégrade ». Le rapport pointe, comme facteurs de risques : un contexte large de crise économique, le développement d'un nouveau modèle de rentabilité économique dans le secteur professionnel concerné et un contexte plus spécifique de durcissement de la position de l'employeur actuel sur les indicateurs financiers, de stratégie d'entreprise floue, d'organisation incohérente des services, d'absence de communication entre direction et salarié, de perte de sens du travail, de manque de reconnaissance, de dégradation des relations hiérarchiques, et un manque d'encadrement de terrain en particulier sur le service du salarié que nous accompagnons. Celui-ci envoie immédiatement par courrier ce rapport au CRRMP, pour compléter son dossier.

Fin juillet 2015, il reçoit de l'assurance maladie la « Notification d'une nouvelle décision après avis du CRRMP », l'informant de la reconnaissance en maladie professionnelle :

« Ainsi que je vous l'indiquais par un précédent courrier, j'ai repris l'étude de votre dossier qui a été soumis au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Ce dernier vient de me transmettre son avis qui s'impose à la Caisse. Votre maladie déclarée est d'origine professionnelle. Cet avis favorable me permet d'accepter votre demande et de prendre en charge votre maladie "syndrome anxiodépressif" au titre de la législation relative aux risques professionnels. Cette nouvelle décision annule et remplace la précédente notification par laquelle je vous faisais part d'un refus dans l'attente de l'avis du CRRMP. En conséquence, je vais procéder à la régularisation de votre dossier et au règlement des sommes qui peuvent vous être dues. Je vous transmets une nouvelle feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle pour la poursuite de votre traitement dans le cadre de la législation relative aux risques professionnels. »

L'avis du CRRMP est ainsi rédigé :

« Le CRRMP établit l'origine professionnelle de la maladie [syndrome anxiodépressif] caractérisée directement causée par le travail habituel », avis qu'il motive ainsi : « existence du rapport de causalité établi entre la maladie soumise à instruction et les expositions incriminées : certaines conditions de travail peuvent favoriser l'apparition de syndromes anxiodépressifs. [...] L'analyse des conditions de travail telles qu'elles ressortent de l'ensemble des pièces du dossier ainsi que les éléments médicaux transmis, en particulier la chronologie des symptômes et leur nature, permettent de retenir un lien direct et essentiel entre le travail habituel et la maladie déclarée par le certificat médical du XX novembre 2013. »

Ce dossier peut être considéré comme exemplaire, car la procédure s'est déroulée tout à fait « normalement » ou du moins de façon habituelle, y compris le courrier énigmatique du refus conservatoire. Le salarié a conduit les démarches avec beaucoup de sérieux et d'application, le dossier a été accepté sans difficulté. Il n'en reste pas moins que les délais sont considérables : plus d'une année.

Si le salarié est passé, au fil des étapes et des difficultés, par des phases de découragement et d'abattement mais aussi d'espoir, il exprime in fine un grand soulagement d'avoir pu faire reconnaître la responsabilité de l'entreprise, qui atténue sans doute l'amertume d'une fin de carrière bien injuste après des années d'investissement dans son travail.

Âgé de 60 ans au début de cette procédure, il a été en arrêt maladie pendant 2 ans et demi et envisage maintenant l'accès à la retraite (bien que n'ayant pas tous les trimestres requis pour le taux plein) ; il s'achemine vers une rupture du contrat de travail vraisemblablement pour inaptitude médicale.

- 35 Ces difficultés entrent en résonance avec une dimension essentielle de la souffrance au travail : le déni de cette souffrance, et surtout de son lien avec le travail, par la mise en cause de la personnalité des salariés et de leurs insuffisances – ne pas savoir « gérer son stress », être « trop sensible », pas assez « positif », « dynamique », ne pas se comporter « comme les autres », etc. Le travail de soutien psychologique met régulièrement en lumière le besoin exprimé par les personnes que soient reconnues les difficultés vécues au travail (surcharge, humiliations, maltraitance, injustices, agressions...).
- 36 Le salarié qui s'engage dans une démarche de reconnaissance de l'origine professionnelle de sa maladie (en accident du travail ou maladie professionnelle) recherche avant tout le rétablissement d'une vérité renvoyant la source de sa souffrance aux conditions de travail, et non à son individualité. Par conséquent, l'état de santé du salarié peut être aggravé par l'échec de la démarche, le refus de reconnaissance par la Caisse primaire d'assurance maladie ou le CRRMP. Cet échec peut être vécu douloureusement, comme une négation des difficultés vécues au travail, renforcer le sentiment d'injustice et aggraver l'état de santé du salarié. Il importe donc de bien évaluer avec lui la probabilité de réussite de ces démarches, de le soutenir et d'être présent tout au long de la procédure.
- 37 Étant donné la complexité des procédures de reconnaissance en accident du travail ou en maladie professionnelle, il apparaît donc important que le salarié puisse trouver un soutien aux différentes étapes : dès la décision d'engager ou non la démarche ; pour la constitution du dossier (certificat médical et éléments établissant l'exposition au risque) ; puis pour faire face à un éventuel contentieux avec la Caisse primaire de sécurité sociale ; et enfin, le cas échéant, pour affronter la question du retour dans l'entreprise. Sans cette aide à la constitution d'un dossier solide et au suivi de la procédure, peu nombreux sont les salariés qui peuvent voir aboutir leur dossier. Mais il est également important d'évaluer, au cas par cas, avec le salarié, les chances de réussite de sa démarche, les contraintes qu'elle représente, ses avantages et ses inconvénients, et considérer éventuellement les démarches alternatives : privilégier le maintien dans l'entreprise et obtenir un changement de poste, ou au contraire aller vers une rupture négociée du contrat de travail... Dans tous les cas en effet, il faut veiller à ce que la question de la déclaration en accident du travail ou maladie professionnelle soit jumelée avec une anticipation plus large du rapport à l'emploi dans l'entreprise considérée : reprise du travail – et à quelles conditions –, rupture de contrat – et de quelle façon –, nouveau projet ?

3. Conclusion

- 38 Les risques psychosociaux constituent depuis une quinzaine d'années une problématique centrale concernant les conditions de travail et la santé des salariés, renvoyant à différents types de facteurs dans les organisations du travail : l'intensification du travail, l'autonomie des salariés, les violences internes et externes... Pourtant, le déni des atteintes à la santé dues à ces risques est encore puissant dans la

majorité des entreprises. C'est pourquoi la déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est un outil important pour aider à la prise de conscience collective et obliger à des mesures de prévention. L'enjeu collectif de la reconnaissance de l'origine professionnelle de nombreuses atteintes à la santé mentale est majeur, car la visibilité sociale de cette question de santé publique et la mesure de son coût économique et humain permettraient indiscutablement des avancées dans la prise en compte de ce problème : de la part des entreprises du fait du retentissement financier considérable sur leurs cotisations AT/MP, et de la part de la société, des partenaires sociaux en particulier, pour impulser des politiques de santé au travail et imposer des dispositifs efficaces de prévention des risques dans les entreprises.

- 39 Cette démarche présente aussi l'intérêt de mobiliser autour des salariés concernés les instances représentatives du personnel – délégués du personnel ou représentants aux CHSCT – et ainsi de réduire leur isolement et de préserver leurs chances de maintien dans l'emploi.
- 40 Les avancées réglementaires récentes, quoique limitées, ont rendu plus accessible la reconnaissance des psychopathologies professionnelles. Les engagements de la loi relative au dialogue social et à l'emploi du 17 août 2015⁶ pourraient permettre d'espérer d'autres améliorations. Des travaux de la commission spécialisée du Comité d'orientation sur les conditions de travail sont toujours en cours sur cette problématique.
- 41 Si ces travaux aboutissaient à l'inscription des atteintes à la santé mentale dans le système principal de reconnaissance des maladies professionnelles, c'est-à-dire dans un tableau, la procédure serait nettement simplifiée puisque le principe de présomption d'origine s'appliquerait : les victimes n'auraient plus à apporter la preuve du lien « direct et essentiel » entre la maladie et les conditions de travail, mais « seulement » à démontrer qu'elles ont été exposées aux facteurs d'exposition définis dans le tableau.
- 42 Cet objectif est cependant encore loin d'être atteint. Une amélioration sans doute plus réaliste consiste à soutenir les démarches de déclaration dans les entreprises et à assurer l'accompagnement des salariés dans ces procédures complexes. Ceci nécessite l'implication des institutions en charge de la prévention des risques professionnels, internes ou externes à l'entreprise, et il existe là une importante marge de progrès.

BIBLIOGRAPHIE

Assurance Maladie – Risques Professionnels (2015). *Rapport de gestion 2014*. 146p.

Buzzi, S., Devinck J.-C., Rosental P.-A. (2006). *La santé au travail. 1880-2006*. La Découverte (coll. « Repères »), Paris, 123 p.

Debout, M., Conseil économique et social (2001). *Le harcèlement moral au travail*. Journal officiel de la République française. Avis et rapports du Conseil économique et social. 120 p.
www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000130/index.shtml

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil, Paris, 225 p.

Déplaupe, M.-O. (2003). Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale. *Revue française de science politique*, 53 -5, 707-735.

Eurogip (2015). *Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens Allemagne - Danemark - Espagne - France - Italie. Rapport d'enquête*, 44 p.
www.eurogip.fr/produits-information/publications-d-eurogip/3906-declaration-des-mp-problematique-et-bonnes-pratiques-dans-cinq-pays-europeens

Groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique (2013). Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Partie 1 : pathologies psychiques. Rapport final. *Références en santé au travail*, 133, 75-86. www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST.TM%2026

Groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle, de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social (2014). 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 (CRRMP). *Références en santé au travail*, 139, 99-104. www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST.TM%2032

Hatzfeld, N. (2009). Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972). *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56-1, 177-196.

Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. La Découverte - Syros (coll. « Agora Pocket »), Paris, 362 p.

Molinier, P. (2012). Souffrance. Dans *Dictionnaire du travail*, dir. A. Bevort, A. Jobert, M. Lallement, A. Mias, p. 733-737. Presses Universitaires de France (coll. « Quadrige »), Paris.

Pascual, M., Chrétien, P., Osvath, J.-L. (2015). Reconnaissance de l'origine professionnelle en AT ou en MP ? État des lieux et analyses de situations. *Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) d'Île-de-France. Colloque du 8 octobre 2015 : Risques psychosociaux : comment agir ensemble ?* 49-84. www.idf.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_generale_colloque_rps.pdf

NOTES

1. Nous utilisons ici la notion de « souffrance au travail » comme catégorie générique désignant les situations d'atteintes à la santé mentale liées au travail, et non au sens spécifique que lui a donné le courant de la psychodynamique du travail (pour une présentation de cette notion au sens de la psychodynamique du travail, cf. Dejours, 1998, et Molinier, 2012).

2. Ce décret est paru au moment où nous achevions la rédaction de cet article (décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des CRRMP). Il n'apporte pas de véritable modification à la procédure décrite plus haut, en particulier il n'abaisse pas le seuil d'accès (incapacité permanente de 25 %). Il est entré en vigueur le 10 juin 2016. Dans ses articles concernant les psychopathologies, il prévoit que, dans la composition du CRRMP, le praticien hospitalier ou le professeur praticien hospitalier spécialisé en pathologie professionnelle peut être remplacé par un praticien hospitalier ou un professeur praticien hospitalier spécialisé en

psychiatrie. Ce décret prévoit également que « pour les pathologies psychiques, le médecin-conseil ou le comité fait appel, chaque fois qu'il l'estime utile, à l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en psychiatrie » – ce qui est déjà le cas.

3. Les chiffres fournis par l'Assurance Maladie – Risques professionnels dans son rapport de gestion 2014 sont très légèrement inférieurs, mais indiquent exactement les mêmes tendances : 55 avis favorables rendus par les CRRMP concernant des affections psychiques en 2010, 86 en 2011, 82 en 2012, puis 223 en 2013 et 315 en 2014. Ce rapport apporte également des précisions sur le type d'affections reconnues, des dépressions principalement : en 2014, sur les 315 avis positifs rendus par les CRRMP, 243 concernaient des dépressions, 39 des troubles anxieux, et 33 des états de stress post-traumatique (Assurance Maladie – Risques Professionnels, 2015 : 137).

4. Sur ce sujet, cf. par exemple Déplaudé, 2003.

5. En principe, le CRRMP doit rendre son avis dans le cadre du délai de 6 mois dont dispose la CPAM pour notifier sa décision (articles R441-10 et R441-14 du Code de la Sécurité sociale). Cependant, cette contrainte de délai est rendue inopérante par la pratique des CPAM de notifier des refus « conservatoires » dans les délais qui leur sont impartis : notification au demandeur d'un refus de reconnaissance en maladie professionnelle, et renvoi à une possible révision ultérieure de cette décision dans l'attente d'une instruction du dossier par le CRRMP, qui se voit ainsi libéré de toute contrainte de délai.

6. Article 33 : « Le gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juin 2016, un rapport sur l'intégration des affections psychiques dans le tableau des maladies professionnelles ou l'abaissement du seuil d'incapacité permanente partielle pour ces mêmes affections. »

RÉSUMÉS

Des évolutions récentes dans la prise en compte des risques psychosociaux ainsi que dans la réglementation, la jurisprudence et les pratiques administratives, ont permis une amélioration de la reconnaissance en accidents du travail ou en maladies professionnelles des atteintes à la santé mentale. Cependant, les démarches pour obtenir cette reconnaissance demeurent difficiles pour les salariés concernés, du fait de la complexité des procédures, mais aussi de l'écart entre le rôle prescrit des acteurs (employeur, médecin du travail, etc.) et leur conduite réelle, et enfin à cause du retentissement possible de la démarche sur la situation de la personne. L'accompagnement par des acteurs aux compétences complémentaires (médecin, psychologue, juriste) apparaît pertinent pour éviter les impasses.

Recent developments in the consideration of psychosocial risks, as well as in regulations, jurisprudence and administrative practices have given rise to an improvement in the recognition of mental health damages as occupational accidents or occupational diseases. The formalities to gain this recognition, however, remain complicated for the employees involved because of the procedure complexities, the gap existing between the actors' (employers, company doctors...) assigned role and actual behavior, last but not least the possible impact of the formalities on the person's situation. The support offered by people with complementary expertise (doctors, psychologists, jurists...) seems appropriate to avoid reaching deadlock.

La reciente evolución en la consideración de los riesgos psicosociales así como en la reglamentación, la jurisprudencia y las prácticas administrativas han permitido una mejora del

reconocimiento de los daños a la salud mental como accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Sin embargo, el proceso para obtener este reconocimiento sigue siendo difícil para los trabajadores afectados, debido a la complejidad de los procedimientos, pero también debido a la diferencia entre el rol prescrito de los actores (empleador, médico de la empresa, etc.) y su comportamiento real, y, por último, por el posible impacto de este proceso sobre la situación de la persona. El acompañamiento por parte de los actores con habilidades complementarias (médico, psicólogo, abogado) parece relevante para evitar un impasse.

INDEX

Keywords : occupational accident, occupational disease, mental health, compensation, recognition

Palabras claves : accidente de trabajo, enfermedad profesional, salud mental, reparación, reconocimiento

Mots-clés : accident du travail, maladie professionnelle, santé mentale, réparation, reconnaissance

AUTEURS

JEAN-YVES BLUM LE COAT

Sociologue, Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux, Union des mutuelles d'Île-de-France

MARIE PASCUAL

Médecin du travail, Cellule d'appui à la prévention des risques psychosociaux, Union des mutuelles d'Île-de-France