



Nous n'avons volontairement pas corrigé les imperfections de forme qui peuvent apparaître dans chaque copie.

Troisième concours

4^{ème} épreuve d'admissibilité : Questions sociales

Moyenne copie

Note : 12/20

Direction de la Sécurité Sociale
Chargée de mission

Paris, le 23 Août 2018.

Note à l'attention du Directeur.

Objet : prise en compte comme maladie professionnelle dans le secteur privé des maladies psychiques imputables au travail.

Les affections psychiques peuvent être reconnues au titre de maladie professionnelle et le nombre de cas a été multiplié par 7 en 5 ans.

Selon l'INRS, les risques psychosociaux correspondent à des situations de travail où sont présents du stress, des violences internes ou externes. L'exposition à ces risques peuvent entraîner des troubles psychosociaux (TPS) ou affections psychiques directement liées à la vie professionnelle. Même si ces affections sont reconnues, on leur reconnaît une sous-évaluation en termes de nombres et la reconnaissance clinique est plus complexe qu'une pathologie physique.

Toutefois, le nombre de reconnaissance a augmenté très fortement et constitue un coût pour la branche Accident du Travail - Maladie professionnelle (AT - MP) même s'il reste modéré par rapport à d'autres pathologies (230 millions d'euros en 2016 contre 1 milliards d'euros pour les lombalgies). Toutefois, la progression des pathologies reste un enjeu important, pour les acteurs de santé, de travail et notamment pour les entreprises. Le cas spécifique de la reconnaissance et prise en charge du burn-out est toujours en question. Si la prévention est préférée à la réparation, les dispositifs actuels sont insuffisants.

Dans la perspective de l'audition auprès de la commission mis en place par le Premier Ministre sur le sujet des maladies professionnelles dans le secteur privé des maladies psychiques imputables au travail, la présente note expose :

- la typologie descriptive de ces pathologies inscrite dans le droit et la progression importante du nombre de cas (I).

- la presentation des risques rencontrées et les dispositifs existants à renforcer et compléter en matière d'évaluation et de prévention (II).

I) Les maladies psychiques imputables au travail reconnues juridiquement sont en nette progression.

A) La typologie spécifique descriptive des pathologies d'origine psychique est définie et s'inscrit dans le droit français.

Tout d'abord, il s'agit de troubles graves psychiques potentiellement liés au travail : dépression, anxiété généralisée, état de stress post traumatique. A noter que la part des dépressions est majoritaire : on comptabilise 460 cas sur 596 affections psychiques reconnues en 2016. Dans tous les cas, plusieurs critères sont analysés : les symptômes doivent persister au delà de six mois après la disparition du facteur stress (effet d'hystérèse) et la cause n'est pas ponctuelle, car l'affection rentrerait dans la catégorie accident du travail (AT).

La gravité du trouble est évaluée par un médecin conseil des troubles psychiques sur demande de reconnaissance de maladie professionnelle qui entraîne, selon la loi, une incapacité professionnelle d'au moins 25%. Le diagnostic est posé à partir d'une liste établie définie précisément.

Le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) est chargé d'établir un lien de causalité avec le travail. Les antécédents médicaux psychiques comme le contexte extra-professionnel sont pris en compte. Le lien direct du travail avec les troubles, le nombre d'évènement survenu, l'absence de soutien ou non de la victime sont examinés. Le degré de violence comme le soutien social sont évalués.

La fragilité de la victime est d'autant plus prise en compte que ces affections psychiques font l'objet d'une récurrence élevée. En effet, plus de 50% de victimes d'un AT ou d'une maladie professionnelle (MP) en 2006 ont eu un autre sinistre dans les dix ans qui ont suivi.

Les dispositifs liés aux affections psychiques sont encadrés par le code de la sécurité sociale et le code du travail

① le code de la sécurité sociale.

L'article L461.1 modifié par la loi du 17 août 2015. définit le taux minimum requis d'incapacité qui après modification est passé de 66% à 25%. (Article R461.8)

L'article D461.27 décrit la composition du CRRMP composée de médecin, où un médecin spécialiste en psychiatrie peut sur demande spécifique du comité être présent (modification de cette composition potentielle en 2016).

② le code du travail.

L'article L41.21-1 modifié par ordonnance le 22 septembre 2017 dispose que l'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé mentale des travailleurs par des mesures de prévention, d'information, de formation et d'une mise en place d'organisation adaptée.

L'article L41.21-1 dispose que l'employeur doit évaluer les risques pour les prévenir et adapter en conséquence tout ce qui s'avère nécessaire.

B) Le nombre de demandes de reconnaissance de maladie professionnelle a fortement progressé depuis 2011.

Tout d'abord, afin de mesurer l'incidence des affections psychiques sur la branche AT.MP, la connaissance des chiffres globaux est utile :

- en 2016, le coût global de la branche AT.MP est du à 36% aux incapacités permanentes (IP) et à 24% aux indemnités journalières (IJ). Le solde de la branche s'est améliorée, en 2012 il était de -0,2 et en 2016 à +0,8.

763.900 sinistres ont été enregistrés en 2016 avec arrêt maladie dans le cadre pour 82% d'AT, pour 12% d'accident de trajet et enfin pour 6% de MP.

Dans ce contexte global, en 2016, on comptabilise 10.000 cas d'AT pour affections psychiques avec arrêt sur prescription médicale auxquelles s'ajoutent 10.000 déclarations d'employeur. Les suicides sont évalués à 10 ou 30 par an.

3 500 cas d'accidents de trajets sont reconnus soit 4% de la totalité des AT, 1,6% représente les AT pour affections psychiques.

Les chiffres sont en nette progression, mais ils semblent se ralentir.

Les AT de 2011 à 2014 ont augmenté de 10% par an, puis en 2015 de 5% et en 2016 de 1%. Les hommes et les femmes sont concernés par cette progression : entre 2007 et 2012 pour les premiers de 2,3% à 3,1% et pour les secondes de 1,1% à 1,4%).

- L'incapacité permanente reconnue avec des séquelles graves est passée de 2,6% des AT en 2012 à 4,6% des AT en 2016.

- Le Taux de reconnaissance à partir des certificats médicaux est stable (70%) mais beaucoup plus faible que dans les autres cas d'AT (93%). Le taux de reconnaissance d'accident de trajet est aussi important (environ 95%). Ce taux faible pour les affections psychiques est révélateur de la difficulté d'analyse du lien de causalité et de la complexité des échanges entre l'employeur et le salarié.

Ceci écrit, le nombre de reconnaissance a été multiplié par cinq entre 2012 (200 demandes) et 2016 (plus de 1100 demandes) La dynamique se poursuit avec 1500 demandes en 2017.

Trois causes sont identifiées :

- l'augmentation du nombre de pathologies psychiques liées au travail
- l'assouplissement des règles de saisine du CRRMP depuis 2012
- la meilleure connaissance des droits des assurés via la médiatisation du sujet.

En sus, au sein des dossiers transmis au CRRMP, 50% sont reconnus d'origine professionnelles alors que les autres pathologies ne sont reconnues qu'à 20%.

L'ensemble de ces données montre un champs complexe à évaluer, très volatile et qui pourrait constituer un risque beaucoup plus lourd au sein de la branche AT.MP à l'avenir.

Ce risque mérite des évaluations approfondies et un partenariat déjà engagé avec tous les acteurs concernés. Un point particulier sur le sujet du burn out mérite d'être traité.

II) Compte tenu de la progression importante des pathologies d'origine psychique, afin de la contenir, il conviendrait de compléter les dispositifs existants de la prévention à la reconnaissance, en particulier pour le Burn out.

A) Le coût de prise en charge de ce risque pourrait s'alourdir et la reconnaissance du Burn.out est difficile à établir.

① Le coût pour la branche AT-MP est pour le moment mesuré, mais les entreprises accusent la charge de l'absentéisme.

Dans le cadre d'affections psychiques, la durée moyenne d'un arrêt est de 112 jours contre 65 jours tous AT confondus.

7,5% des AT pour affections psychiques donnent lieu à une incapacité permanente contre 5% pour les autres AT.

Les maladies professionnelles donc reconnues plus graves (incapacité prévisible à 25%) enregistrent 400 jours d'arrêts.

La branche AT-MP enregistre une charge financière de 230 millions d'euros composée de 175 millions pour les AT, de 17 millions d'euros pour les accidents de trajets et 40 millions pour les MP.

Ces chiffres sont certes à relativiser pour l'ensemble des sinistres pris en charge par la branche AT-MP, mais le risque est vraisemblablement sous-estimé pour plusieurs raisons. Néanmoins, chaque arrêt constitue une réelle difficulté pour les entreprises et son coût n'est pas évalué.

- ② Plusieurs facteurs contribuent à une potentielle mauvaise prise en compte des affections psychiques à ce jour.
- En premier lieu, la difficulté d'établir un lien de causalité (Code sécurité sociale L 461.2). Le trouble constaté peut avoir une cause multifactorielle, et c'est d'autant plus avéré pour les cas de burn.out.
 - En deuxième lieu, l'établissement du taux d'incapacité est très complexe et le seuil de 25% crée des insuffisances de reconnaissance voire pose le médecin conseil dans une situation difficile. S'il reconnaît que l'état du du salarié s'est amélioré ou stabilisé, sans pour autant connaître un retour à la normale, les IJ sont suspendues. Cette situation crée une recrudescence de contentieux. Par ailleurs, la cour de cassation a reconnu dans un cas d'espece en janvier 2017 une incapacité avérée à 10% avec maintien des IJ pour ne pas créer un préjudice financier pour le requérant de plein droit.

Les jurisprudences selon les territoires sont inégales et entraînent une rupture d'égalité de traitement entre les victimes, ce qui augmente le risque juridique.

Si l'on abaisse le seuil d'incapacité, le nombre de dossier de demandes risque d'entraver le travail d'examen du CRRMP dont le délai de traitement pourrait s'allonger de 3 mois à 2 ans. Ce délai n'est pas soutenable pour les demandeurs et constituerait un risque supplémentaire pour des personnes en fragilité psychique reconnue grave.

- En troisième lieu, le burn out n'est pas répertorié ou classifié par l'OMS. Il s'agit d'un syndrome avec des symptômes diversifiés pour lesquels le consensus s'avère difficile. De plus, il est nécessaire de rappeler que les affections psychiques ne sont pas listées sous forme de tableau comme les autres pathologies de l'AT.MP, compte tenu du fait que c'est le travail même qui est porteur du risque. En l'état, le syndrome n'est pas défini ni les conditions imputables à la vie professionnelle ; une étude a été confiée à l'HAS sur le sujet par le Ministère de la Santé en 2016.

B) Si plusieurs dispositifs existent ou en cours d'étude en matière de prévention, il convient de les consolider à partir d'évaluations précises et la reconnaissance du Burn.out est à envisager.

B1 Plusieurs dispositifs ont été mis en place

① En prévention et sensibilisation.

- * Les DUER servent à évaluer les risques et aide au pilotage l'employeur vis à vis à des risques.
- * Les CHSCT sont mobilisés et ont produit une brochure à partir d'enquêtes qu'ils ont réalisées.
- * Les acteurs régionaux sont mobilisés : l'ANACT, l'ARACT, la DIRECCTE et les service de santé au travail ont produit un guide de bonne pratique ainsi que des modalités d'évaluation des risques.
- * Des partenariats sont créés pour le suivi des victimes entre les entreprises concernées et les secteurs médicaux-sociaux et hospitaliers.
- * l'ANACT, l'INRS et le CNAM produisent actuellement un discours sectoriel pour aider les entreprises à partir d'expériences concrètes réussies d'amélioration de la prévention. 97 secteurs avaient été identifiés comme présentant plus de risques pathogènes par une enquête menée par le CRRMP en Ile de France.
- * La DGT dans le cadre du Plan Santé Travail (PST3) 2016.2020 élabore un ensemble d'outils pour les manager pour identifier les signaux d'alerte et de sensibilisation, un guide avait déjà été produit en 2015.
Cette étude prépare un état des lieux de l'offre de service des acteurs régionaux en prévention en s'appuyant sur le guide de bonne pratique de l'HAS et des outils numériques sont mis au point.
- * L'inspection du travail a durci les sanctions et observations sur ses analyses de DUER et sur la durée de travail non respectée.

② Après le sinistre, le retour à l'emploi

L'Assurance maladie étudie les modalités d'accompagnement des victimes et notamment par un droit à la formation dans la perspective d'une reconversion professionnelle.

B2 Les dispositifs à prévoir.

① Evaluation : de 6 mois à 1 an

En sus, des éléments précédemment décrits les dossiers de suicide devraient être analysés, les certificats des médecins pourraient être plus précis afin de constituer une base de donnée pour mieux connaître les affections.

Cela pourrait aboutir à un codage des arrêts de travail.

② Prévention

- * Les dispositifs en cours pourraient être complété par des formations aux risques psychiques des délégués des personnels et des managers.
- * Les évaluateurs des risques pourraient également faire l'objet de certifications pour mieux encadrer la prévention et établir des règles d'égalité de traitement.
- * Les infirmiers dans les entreprises pourraient bénéficier d'une protection particulière.

③ Les Sinistres.

- * Une expérimentation d'une incapacité prévisible à 10% pourrait être menée pendant 1 à 2 ans pour en identifier les conséquences et consolider les situations financières fragiles des victimes.
A termes, au vu des observations de l'expérience, une décision de légiférer pour être prise.
- * Si le seuil était abaissé, le nombre de représentants du CRRMP devra être augmenté afin de ne pas allonger les délais de traitements des dossiers insoutenables pour les victimes.
- * le Burn out doit être défini avec prudence et la encore le champs de l'expérimentation pourrait être requis sur au moins un an afin de cadrer la définition du risque et les modalités de diagnostic.
- * Les entreprises concernées devraient être aussi observées pour comprendre et détecter les causes multifactorielles dans une perspective de prévention.

Enfin, sous trois ans, afin de permettre la fin des études en cours, une agence spécifique sur ce risque précis pourrait assurer le suivi de ces affections particulières afin d'unifier les mesures pour toutes les personnes concernées.