CONCOURS D'ENTREE A L'ECOLE DE 2018

TROISIEME CONCOURS

4ème épreuve d'admissibilité

QUESTIONS SOCIALES
(durée : cinq heures – coefficient 4)

Rappel : extrait de l'*arrêté du 16 avril 2014 modifié fixant la nature, la durée et le programme des épreuves des concours d'entrée à l'Ecole nationale d'administration*

Une épreuve de questions sociales consistant en la rédaction d'une note d'analyse
et de propositions à partir d'un dossier.

L'épreuve de questions sociales a pour objet, à partir d'une mise en situation au sein de l'administration, d'apprécier la maîtrise par le candidat des connaissances de base dans cette matière, sa compréhension des enjeux et sa capacité de relier les approches juridique, financière et institutionnelle pour construire une analyse et formuler des recommandations. Il ne s'agit pas d'une note de synthèse et la seule exploitation du dossier fourni ne permet pas de répondre à la question posée.

Cette épreuve n'est pas une épreuve de droit de la sécurité sociale ni de droit du travail mais suppose de disposer d'un socle de connaissances juridiques dans les deux grands domaines des politiques sociales :

- les politiques du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- les politiques de protection sociale et de solidarité.

Elle doit permettre de mesurer la maîtrise par les candidats des principaux enjeux des politiques sociales (enjeux démographiques et sociétaux, financiers, de gouvernance, européens et d'efficacité).

Le dossier fourni en appui, qui ne dépasse par vingt-cinq pages, doit être utilisé par le candidat pour appuyer sa démonstration grâce à l'exploitation de documents de réflexion voire de données chiffrées. Le candidat doit faire preuve de cohérence et de clarté dans ses analyses et formuler des propositions argumentées et opérationnelles.

SUJET

Le Premier ministre a mis en place une commission afin de réfléchir à la prise en compte comme maladie professionnelle dans le secteur privé des maladies psychiques imputables au travail.

Vous êtes chargé(e) de mission auprès du directeur de la sécurité sociale. L'audition de celui-ci par la commission est programmée dans une semaine et il vous a demandé de lui préparer des éléments dans cette perspective.

« Reproductions effectuées par l'ENA avec l'autorisation du CFC (20, rue des Grands Augustins – 75006 PARIS). »

	Documents joints	Pages
1.	*Code de la sécurité sociale* : articles L461-1, R461-8, L 434-2 et D 461-27 *Code du travail* : articles L4121-1 et L4121-2.	1 et 2
2.	« Santé travail : enjeux et actions » janvier 2018 – *Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie* - extraits.	3 à 12
3.	*Rapport final du groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle* – Conseil d'orientation sur les conditions de travail – décembre 2012 – extraits.	13 à 15
4.	Rapport n° 4487 fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 15 février 2017 en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out) – extraits.	16 à 21
5.	« La réparation du burnout achoppe sur sa définition » – Entretien avec Patrick Maddalone, DGT, *Semaine sociale Lamy*, mars 2017, n° 1761.	22 et 23
6	« Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2016 » - Edition 2017 (extrait).	24 et 25

<u>Liste des abréviations et glossaire</u>

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT : Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
AT : Accident du travail
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CGSS : Caisse générale de sécurité sociale
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CMI : Certificat médical initial
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRRMP : Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
DAT : Déclaration d'accident de travail
DGT : Direction générale du travail
DUER ou DU : Document unique d'évaluation des risques
ESPT : Etat de stress post-traumatique
IF : Indice de fréquence
Incapacité permanente : au sens de la prise en charge AT/MP, l'incapacité permanente mesure sur une échelle de 0 à 100% le déficit fonctionnel permanent, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle qui en résultent.
INRS : Institut national de recherche et sécurité
IPP : Incapacité permanente partielle
MP : Maladie professionnelle
PST : Plan santé au travail
RPS : Risques psychosociaux
SFMT : Société française de médecine du travail
TAG : Trouble anxieux généralisé
TPS : Troubles psychosociaux : troubles psychiques chez un travailleur dont l'origine est directement liée à son milieu professionnel.

Code de la sécurité sociale (articles L461-1, R461-8, L434-2 et D461-27
Code du travail (articles L4121-1 et L4121-2)

Code de la sécurité sociale

Article L461-1

- Modifié par LOI n°2015-994 du 17 août 2015 - art. 27

Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident :

1° La date de la première constatation médicale de la maladie ;

2° Lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 461-5 ;

3° Pour l'application des règles de prescription de l'article L. 431-2, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

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 L. 434- 2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1.

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.

Article R461-8

- Modifié par Décret n°2002-543 du 18 avril 2002 - art. 1 JORF 21 avril 2002

Le taux d'incapacité mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 461-1 est fixé à 25 %.

Article L434-2

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

[…]

Article D 461-27

Le comité régional comprend :

1° Le médecin-conseil régional […]

2° Le médecin inspecteur régional du travail […]

3° Un professeur des universités-praticien hospitalier […] particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle […]. Pour les pathologies psychiques, le professeur des universités-praticien hospitalier ou le praticien hospitalier particulièrement qualifié en pathologie professionnelle peut être remplacé par un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie. […]

Lorsqu'il est saisi dans le cadre du troisième alinéa de l'article L. 461-1, le comité régional peut régulièrement rendre son avis en présence de deux de ses membres. En cas de désaccord, le dossier est à nouveau soumis pour avis à l'ensemble des membres du comité.

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.

[…]

Code du travail

Article L4121-1

- Modifié par Ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017 - art. 2

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

1° Des actions de prévention des risques professionnels […]

2° Des actions d'information et de formation ;

3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Article L4121-2

- Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 5

L'employeur met en oeuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

1° Eviter les risques ;

2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;

3° Combattre les risques à la source ;

4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;

5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;

6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;

7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes définis à l'article L. 1142-2-1 ;

8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;

9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Santé travail : enjeux et actions, janvier 2018
Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - extraits

Risques et troubles psychosociaux : quelles différences ?

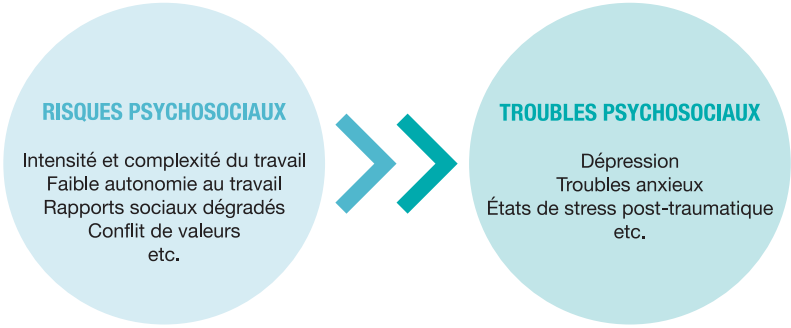
Selon la définition retenue par l'INRS, les risques psychosociaux correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

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

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

Ainsi, il est important de bien distinguer :

- **Les risques psychosociaux (RPS)** : probabilité de survenue de troubles psychosociaux relative à une exposition à des facteurs de risques psychosociaux ;
- **Et les troubles psychosociaux (TPS)** ou affections psychiques liées au travail : troubles psychiques avérés chez un travailleur, dont l'origine est directement liée à son milieu professionnel.



Plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues en 2016 au titre des accidents du travail

L'Assurance Maladie - Risques professionnels (branche accidents du travail et maladies professionnelles - AT/MP) prend en charge des TPS au titre des accidents du travail dans des proportions sans commune mesure avec les maladies professionnelles, en l'occurrence 20 fois plus, soit environ **10 000 cas en 2016**. Rapportés aux quelques 626 000 accidents du travail, cela représente environ **1,6 % des accidents du travail avec arrêt**. Ces affections psychiques liées au travail sont décrites dans les certificats médicaux initiaux rédigés par le médecin. Parmi celles-ci, **le nombre de suicides reconnus en AT oscille annuellement entre 10 et 30**[2].

Si l'on retient également tous les accidents dont les circonstances décrites dans les déclarations d'accident du travail rédigées par l'employeur s'apparentent à celles de ces 10 000 cas sans pour autant se solder par des TPS, ce sont quelques 10 000 cas supplémentaires qu'il faut rajouter à ce décompte, soit au total près de 20 000 AT représentant 3,2 % des accidents du travail.

Il existe aussi environ **3 500 cas d'accidents de trajets** qui représentent 4 % des accidents de trajet de l'année 2016.

Ces chiffres ne cessent d'augmenter : la progression était d'environ 10 % par an de 2011 à 2014, de 5 % en 2015 pour ralentir à 1 % en 2016. Ces évolutions intervenant dans un contexte général de réduction de la sinistralité au travail, la part des affections psychiques dans l'ensemble des accidents du travail a progressé entre 2011 et 2016 de 1 % à 1,6 %.

D'autres études viennent corroborer ces ordres de grandeur et tendances. Santé publique France indique que le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail a augmenté sur la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes (de 1,1 % à 1,4 %) que chez les hommes (de 2,3 % à 3,1 %)[3].
Par ailleurs, la part des personnes ayant une « incapacité permanente » en lien avec une maladie psychique reconnue au titre des AT s'élevait à 2,6 % du total des AT en 2012 et à 4,6 % en 2016. Une « incapacité permanente » correspond aux séquelles résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle et représente donc les cas les plus graves.

Le taux de reconnaissance de ces accidents identifiés à partir du certificat médical initial (CMI) se situe autour de **70 %**. Ce taux, stable sur les cinq dernières années, est **nettement plus faible que celui obtenu tous types d'accidents confondus, de l'ordre de 93 %**. Ce point n'est pas surprenant. En effet, la santé mentale d'un travailleur peut être affectée à la fois par les conditions de travail mais aussi par des contraintes extraprofessionnelles. Il convient donc d'établir que le travail est bien la cause « déterminante » ou « essentielle » de la pathologie. De plus, la matérialité d'un sinistre ayant une composante psychologique est plus difficile à établir que pour une chute engendrant une fracture. L'élément déclencheur est d'autant plus discuté quand le déclarant (l'employeur) et la victime (le salarié) sont les protagonistes de la situation de travail en cause.

On ne retrouve pas cet écart pour les accidents de trajet : les taux de reconnaissance sont de l'ordre de 90 à 93 % dans les deux cas, également stables dans le temps. La cause de l'accident est en effet a priori plus facilement identifiable en accident de trajet car il existe un fait objectif extérieur à l'entreprise.

[2] Ce décompte étant issu d'une procédure manuelle, certains sinistres peuvent échapper au système statistique.

[3] Imane Khireddine et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP – Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°23, 23 juin 2015 - InVS

Une affection psychique peut également être reconnue au titre d'une maladie professionnelle et le nombre de cas reconnus a été multiplié par 7 en 5 ans

A la différence d'un accident du travail qui suppose un événement ponctuel et daté, la prise en charge d'un trouble psychique en maladie professionnelle intervient en cas **d'exposition prolongée**.

Il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle relatif aux affections psychiques. En effet, un tableau de maladie professionnelle sert à présumer une exposition à un risque au regard d'activités ou situations de travail précises et définies. Comme tout travail est potentiellement générateur de risques psychosociaux, un cadre de présomption n'aurait pas de sens.

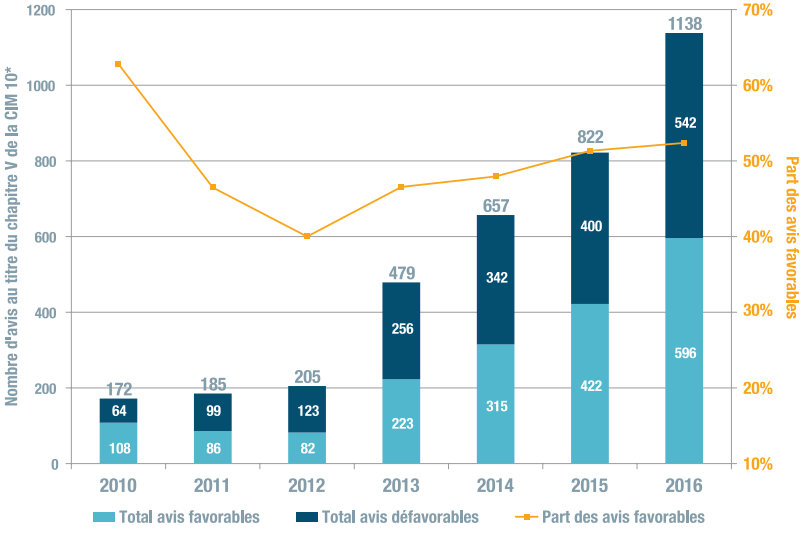
La prise en charge des affections psychiques relève donc du **système complémentaire des affections hors tableaux**[4] sous réserve d'un niveau de gravité suffisant (responsable du décès ou d'une incapacité prévisible d'au moins 25 %). Le dossier est alors soumis à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui se prononce au cas par cas sur l'existence d'un lien « direct et essentiel » entre le trouble et l'activité professionnelle, ce qui ne signifie pas pour autant que ce lien est exclusif. Depuis juin 2016, pour ces dossiers particuliers, un psychiatre peut siéger au CRRMP renforçant ainsi l'expertise de ce dernier.

[4] *alinéa 4 de l'article L. 61-1 du Code de la Sécurité sociale*

Le nombre de demandes de reconnaissance de maladies psychiques a été multiplié par plus de 5 en 5 ans, passant d'environ 200 demandes en 2012 à plus de 1 100 en 2016. La dynamique semble se poursuivre car le nombre de demandes en 2017 devrait avoisiner les 1 500. Cette progression est sans doute liée à l'augmentation du nombre de pathologies psychiques liées au travail, mais aussi à un assouplissement réglementaire pour la saisine du CRRMP depuis 2012. De plus, la médiatisation de ce sujet conduit les assurés à mieux connaitre leurs droits et à solliciter leur reconnaissance en maladie professionnelle.

Parmi les dossiers transmis aux CRRMP, environ **50 % sont reconnus d'origine professionnelle** alors que ce taux se limite à 20 % pour l'ensemble des autres pathologies. Ainsi en 2016, 596 affections psychiques ont été reconnues comme maladies professionnelles, soit sept fois plus qu'il y a 5 ans.

AVIS DES CRRMP RELATIFS À DES AFFECTIONS PSYCHIQUES DE 2010 À 2016



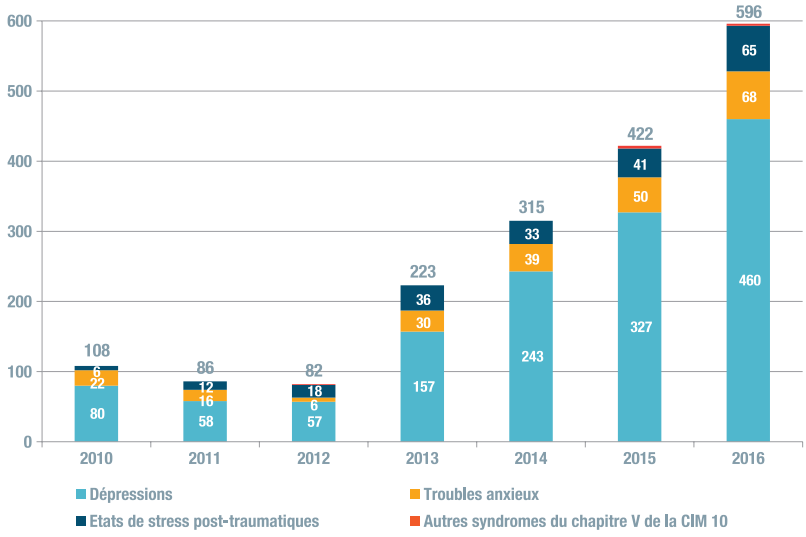
Les nombres d'avis se lisent sur l'échelle de gauche, la part d'avis favorables sur l'échelle de droite.

**le chapitre V de la CIM 10 correspond aux troubles mentaux du comportement*

[...]

Au sein de ces affections, **la part des dépressions est majoritaire**.

AVIS FAVORABLES DES CRRMP RELATIFS À DES AFFECTIONS PSYCHIQUES DE 2010 À 2016



Reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail en Europe

La reconnaissance des troubles psychiques liés au travail se fait principalement au titre des **accidents du travail**, et plus rarement en tant que maladie professionnelle. Cela s'explique par leur caractère multifactoriel et la question de l'objectivation du lien entre la pathologie et le travail. Le Danemark est le seul pays à avoir inscrit une pathologie psychique - le stress post-traumatique - au sein de sa liste de maladies professionnelles.

Certains organismes nationaux d'assurance, comme en **Finlande**, excluent la reconnaissance de troubles psychiques comme maladies professionnelles. Des pays comme **l'Allemagne ou la Suisse** offrent une possibilité de reconnaissance par un comité scientifique mais prévoient des conditions tellement restrictives qu'en pratique, aucun cas n'est reconnu.

D'autres pays, comme la **Belgique, l'Italie, le Danemark ou la Suède** offrent une possibilité de reconnaissance par un comité scientifique. L'ordre de grandeur des cas reconnus comme maladie professionnelle ne dépasse pas 300 cas par an pour l'ensemble des pays concernés.

«Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail en Europe ? - Une étude sur 10 pays" http://eurogip.fr/images/publications/Eurogip_81FR_Reco_patho_psy_travail_Europe.pdf

Un impact avéré sur la santé des victimes qui représente un coût d'environ 230 M€ pour la branche AT/MP

Les durées moyennes d'arrêt de travail sont de 112 jours pour les affections psychiques reconnues en accidents du travail, là où la moyenne, tous AT confondus, s'établit à 65 jours. 7,5 % des affections psychiques reconnues en AT donnent lieu à une incapacité permanente, alors que ce taux vaut environ 5 % pour les AT en général.

Les maladies professionnelles psychiques sont plus graves, puisque par principe et par construction de leur reconnaissance, elles correspondent à des incapacités prévisibles de plus de 25 %.

Les durées moyennes d'arrêt observées sont très longues —environ **400 jours**— ce qui peut s'expliquer par la lourdeur des pathologies psychiques.

La prise en charge des affections psychiques liées au travail aura représenté **230 M€ pour la branche AT/MP en 2016**, à savoir 175 M€ pour les accidents du travail, 17 M€ pour les accidents de trajet et 40 M€ pour les maladies professionnelles. Pour mémoire, les lombalgies représentent un coût de plus d'un milliard d'euros et les TMS, 800 M€.

Deux types d'événements déclencheurs identifiés

On identifie 2 cas de figure distincts, à peu près à parts égales :

- **l'événement déclencheur est un événement** particulier, **exogène**, même s'il est lié au travail. Il s'agit dans la majorité des cas de chocs ou de stress liés à des situations de violence (agressions, menaces, braquages, attentats…). Il peut aussi s'agir d'accidents de la voie publique.

- l'événement déclencheur semble être davantage le **révélateur de conditions de travail intrinsèquement difficiles**, se soldant par des pathologies psychiques caractérisées, décrites explicitement par le médecin dans son certificat (dépression, anxiété…).

Les AT/MP en général se caractérisent par une récurrence élevée. Ainsi, plus de la moitié des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle en 2006 a eu un autre sinistre AT/MP dans les 10 ans qui ont suivi. Cette proportion est moindre pour les personnes ayant eu une affection psychique reconnue en accident du travail, à savoir 43 %. Cependant, si la **récurrence est plus faible**, quand elle survient, **il s'agit à nouveau d'une affection psychique dans 10 % des cas**. Il est toutefois difficile de distinguer la part liée aux conditions de travail (car ces personnes peuvent continuer de travailler dans un métier exposant à des facteurs de risques psychosociaux), de celle liée aux fragilités induites chez ces personnes. Il convient de noter également que cette récurrence concerne des troubles musculo-squelettiques dans 3 % des cas.

[...]

La prévention des risques psychosociaux doit être prioritairement engagée dans les secteurs les plus à risque

Les entreprises ont souvent beaucoup de difficultés à appréhender les risques psychosociaux et à mettre en œuvre une démarche de prévention efficace et durable.

Six facteurs conduisent à la survenue de ces situations : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail[8].

Ces causes complexes et plurifactorielles nécessitent de faire appel à des compétences variées, techniques, organisationnelles, managériales, médicales… Aussi, pour aider les entreprises, la branche AT/MP mène depuis plusieurs années de nombreuses actions.

Des supports de sensibilisation et d'information

Le site de l'INRS met à disposition un **dossier thématique** régulièrement mis à jour sur les risques psychosociaux, le stress au travail, le harcèlement et les violences internes, agressions et violences externes, l'épuisement professionnel et le suicide en lien avec le travail.

De nombreux dispositifs de prévention ont été créés ces dernières années pour outiller les entreprises et les aider à déployer une démarche de prévention des RPS. On peut les classer en différentes catégories :

- Présentation de la démarche globale de prévention des RPS, comme par exemple la brochure « Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention ».
- Objectivation et évaluation des RPS afin d'intégrer ces risques dans le document unique d'évaluation des risques (DUER) des entreprises et les aider à piloter leur démarche de prévention. On peut citer notamment la brochure « Dépister les risques psychosociaux : des indicateurs pour vous guider » et la brochure « Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU ».
- En complément, des dispositifs ciblés sur certains aspects des RPS ou sur certains acteurs ont également été créés. On peut citer par exemple la brochure « Démarche d'enquête paritaire du CHSCT concernant les suicides ou les tentatives de suicide » qui donne des repères aux entreprises pour réaliser une enquête suite à un suicide ou tentative de suicide. Une nouvelle brochure à destination des managers, « Risques psychosociaux : 9 conseils pour agir au quotidien » est également disponible.

[8] *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé - Michel Gollac, Marceline Bodier et al.*

Les acteurs de la prévention en région se mobilisent

Dans toutes les régions, les caisses régionales se sont coordonnées avec les autres acteurs de la prévention (Anact/Aract, DIRECCTE et services de santé au travail) pour faciliter l'accès des entreprises à l'offre de prévention des RPS existante.

A titre d'illustration, des actions menées par les réseaux Aract et Carsat en Hauts de France et dans le Grand Est en lien avec des consultants externes mettent à disposition une banque de cas d'entreprises qui font face à des RPS[9] et ont bénéficié d'une intervention du réseau, avec un focus particulier sur le secteur médico-social et le secteur hospitalier[10].

La prévention des RPS est une thématique retenue dans plus de la moitié des 170 contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les caisses régionales, les DIRECCTE et les services de santé au travail.

Une action régionale pour prévenir les incivilités et les violences externes à la Martinique

Depuis 2014, la CGSS de la Martinique a développé une action visant à réduire les facteurs d'exposition aux incivilités et à la violence externe dans les entreprises de secteur d'activité où le risque est avéré (administrations, commerces, établissements de soins et cabinets médicaux, transport urbain de personnes, bailleurs sociaux).

Afin de sensibiliser les entreprises ciblées aux enjeux de la violence externe en milieu de travail et de la nécessité de s'engager dans une démarche globale de prévention de ce risque professionnel, la CGSS a mis à leur disposition divers outils :

- **Un outil d'autoévaluation** à l'usage de l'entreprises
- **Un guide de bonnes pratiques « Stop aux incivilités et agressions »**
- **Un accompagnement personnalisé** pour aider les entreprises dans leur démarche

L'Anact et l'INRS publient un guide sur l'évaluation des interventions de prévention des RPS[11]

Dans le cadre de leur partenariat, l'INRS et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) publient conjointement un guide sur l'évaluation des interventions de prévention des RPS mais également des troubles musculo-squelettiques (TMS).

Ce guide pratique accompagne étape par étape les intervenants dans leur démarche d'évaluation. Il propose des méthodologies d'évaluation, des exemples illustratifs et une grille regroupant les conséquences potentielles des démarches de prévention des RPS et TMS. Il est accompagné du « document d'évaluation de mon intervention » que l'intervenant pourra renseigner au fur et à mesure de sa démarche.

La démarche proposée permet de mesurer l'étendue des effets qu'une intervention produit et de les analyser au regard des méthodes mises en œuvre et de la singularité des contextes rencontrés. Elle permet ainsi de mettre en valeur toute la richesse, la diversité et la complexité des interventions de prévention.

[...]

[9] *http://www.preventionrps.com/exemples-cas_d_entreprise*
[10] *http://www.preventionrps.com/exemples-secteurs*
[11] *http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=CC%2018*

L'accompagnement des victimes doit être renforcé

Encourager la déclaration des sinistres

Malgré l'augmentation récente des reconnaissances des affections psychiques en AT ou en MP, il existe encore probablement une **sous-déclaration de ces sinistres**. Il convient donc d'encourager ces déclarations pour permettre aux victimes d'accéder à leurs droits.

Toute demande de reconnaissance du caractère professionnel d'un **décès par suicide** fait par ailleurs, l'objet d'un suivi particulièrement attentif.

Les formalités à accomplir pour faire reconnaitre une maladie professionnelle

L'assuré doit fournir une déclaration (formulaire type disponible sur le site ameli.fr) accompagnée d'un **certificat médical**, dit certificat médical initial (CMI), établi par un médecin, décrivant sa maladie et faisant état du lien possible avec son activité professionnelle.

La déclaration doit être effectuée dans les **deux années qui suivent** :

- la cessation du travail pour la maladie en question,
- ou la date à laquelle la victime a été informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle.

Les formalités à accomplir en cas d'accident du travail

• Obligations de la victime

La victime doit, dans les 24 heures, sauf cas de force majeure, **informer l'employeur** ou son préposé. Il fait par ailleurs constater le trouble psychosocial par un médecin qui établira un certificat dit « certificat médical initial », lequel est adressé à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam). Ce n'est qu'à réception de la déclaration d'accident et du certificat que la caisse primaire engagera l'instruction du dossier.
En cas de décès, le certificat médical initial n'est pas obligatoire et le certificat ou l'acte de décès joint à la déclaration en tient lieu.

• Obligations de l'employeur

L'employeur, ou l'un de ses préposés, **doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance dans les 48 heures**, à la caisse primaire dont relève la victime, soit par le biais d'un imprimé Cerfa soit par le biais d'une e-déclaration (sur le site www.net-entreprises.fr).

L'employeur est tenu de délivrer à la victime la « **feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle** » qui lui permet de ne pas faire l'avance des frais pour ses soins. En cas d'arrêt de travail, il doit compléter l'attestation de salaire, dématérialisée ou papier, qu'il adresse ensuite à la Cpam.

En cas de défaillance de l'employeur, la victime peut déclarer l'accident directement à la caisse primaire dont elle relève jusqu'à l'expiration de la seconde année qui suit l'accident.

L'aide à la détection des RPS au sein des entreprises

L'absentéisme lié aux conditions de travail représente des coûts importants pour les entreprises, mais elles ne disposent pas des données pour les quantifier précisément et se situer par rapport aux autres entreprises du même secteur.

L'Assurance Maladie engage donc actuellement une démarche d'information vers certaines entreprises afin de les **sensibiliser à leur absentéisme et ses causes**, qui peuvent en partie résider dans l'organisation et la qualité de vie au travail, et les aider à trouver des solutions.

Une réflexion est engagée pour concevoir, avec l'appui de l'Anact, de l'INRS et du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), un **discours sectoriel**, étayé d'expériences réussies, que l'entreprise pourra décliner de façon concrète et opérationnelle.

[...]

L'aide au retour à l'emploi

La réponse la plus aboutie à une situation de trouble psychosocial est une **réinsertion réussie** dans le monde du travail. Dans le cadre de ses actions de prévention de la désinsertion professionnelle, l'Assurance Maladie étudie de nouvelles modalités de prise en charge des victimes afin de les accompagner dans un retour à l'emploi sécurisé.

Parmi, ces solutions, le **droit à la formation**, valorisé dans le cadre des récentes ordonnances réformant le Code du travail permettra, dans les cas qui le nécessitent, d'ouvrir des possibilités de reconversion professionnelle.

Rapport final du groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle - Conseil d'orientation sur les conditions de travail - décembre 2012 - extraits

La vocation de ces recommandations est de mettre à disposition des médecins conseils une typologie descriptive et nosologique des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être examinées par les CRRMP et de donner des repères aux CRRMP afin de les aider à apprécier les liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle.

[...]

1/ Les troubles psychiques graves susceptibles d'être liés au travail : dépression, anxiété généralisée, états de stress post traumatiques

Les études épidémiologiques ont montré que la prévalence de ces trois troubles est élevée dans les situations de violence psychologique au travail.

Ont été exclus de ces recommandations le "burn-out" qui n'a pas de définition médicale consensuelle ainsi que le "mobbing" (trad. : harcèlement moral) et le harcèlement qui n'ont qu'une définition juridique.

Les troubles addictifs ne sont pas retenus en tant que tels, mais peuvent être considérés comme des complications des troubles retenus.

Les tentatives de suicide peuvent être des complications des troubles retenus ou être prises en compte au titre des accidents du travail.

Les troubles de l'adaptation sont fréquents dans le contexte professionnel. Toutefois, compte tenu de leur faible gravité, ces troubles sont peu susceptibles d'être reconnus comme maladies professionnelles au titre de l'article L. 461-1 alinéa 4.

De plus, selon la définition de ces troubles, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois après la disparition du facteur de stress.

Les aggravations liées au travail des pathologies préexistantes (ex. : psychoses) ne sont pas envisagées dans ce document.

Enfin, ne doivent pas être prises en compte au titre des maladies professionnelles, les pathologies qui résultent d'un évènement clairement identifié. Dans ce cas en effet, ces pathologies relèvent de la réglementation applicable aux accidents du travail.

[...]

2. Validation du diagnostic évaluation de la gravité

L'évaluation par les médecins conseils des troubles psychiques d'origine professionnelle dans le cadre des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles suppose un diagnostic d'une maladie psychique justifiant une IP au moins égale à 25 %.

2. 1. Diagnostic

La validation du diagnostic, dans les cas les plus nombreux, ne pose pas de difficultés majeures, qu'il s'agisse des états dépressifs, des états de stress post-traumatiques, ou des troubles anxieux.

Le médecin peut utiliser les échelles proposées pour quantifier l'importance des troubles et si besoin recourir à un avis spécialisé.

2. 2. Évaluation de la gravité

L'évaluation de la gravité se base sur différents critères :

- Arrêts de travail (nombre et durée totale),
- Hospitalisations éventuelles,
-Tentatives de suicides éventuelles,
-Traitement psychotrope, suivi spécialisé éventuel,
- Retentissement en dehors de la sphère professionnelle.

Concernant l'IPP, dès lors qu'il existe un retentissement significatif, un taux supérieur à 25 % paraît justifié.

[...]

3. Evaluation du lien de causalité par les CRRMP

Pour apprécier l'origine professionnelle de la pathologie, il est nécessaire de prendre en compte un éventuel état antérieur (notamment les antécédents de dépression et les troubles de la personnalité) ainsi que les facteurs extraprofessionnels. Il doit exister un lien direct et essentiel avec les conditions de l'exercice professionnel, ce qui ne signifie pas que ce lien est exclusif.

3.1 Les principaux facteurs de risque professionnels à prendre en compte pour les ESPT

Le facteur déterminant à prendre en compte pour établir l'origine professionnelle de l'ESPT est la survenue d'un, voire de plusieurs évènements traumatiques caractérisés, dans le cadre professionnel.

Par ailleurs, le manque de soutien social (notamment l'absence de reconnaissance du traumatisme par l'employeur ou les collègues) à la suite de l'évènement traumatique constitue un facteur de risque.

3.2 Les principaux facteurs de risques professionnels à prendre en compte pour la dépression sévère et le TAG

Les facteurs essentiels à prendre en compte pour établir l'origine professionnelle de la dépression sévère et du TAG sont les suivants :

- Les violences sous toutes leurs formes (agressions verbales, humiliations, brimades, sanctions manifestement injustifiées).

- Une demande élevée (charge de travail excessive, pression du temps, demande psychologique élevée, demande contradictoire), médiée par une faible latitude décisionnelle ou un faible support social.

A la lumière des données de la littérature relative à la pathologie mentale telle que définie précédemment et des liens significatifs avec les facteurs professionnels, quatre dimensions doivent donc être considérées et renseignées dans le dossier[8] soumis au CRRMP.

a) La charge de travail (élevée):

Dans le rapport d'enquête, la charge de travail peut être appréhendée dans le descriptif de l'activité et du poste de travail, la nature de la tâche et ses astreintes physiques et/ou psychologiques potentielles abordées par exemple en termes de descriptif des objectifs (production, cibles, ...) au regard des moyens alloués, de l'ambigüité éventuelle des tâches, de l'existence de demandes contradictoires, de pressions temporelles, ou d'interruptions des tâches.

[8] Le dossier soumis au CRRMP comprend les éléments suivants : déclaration de maladie professionnelle, certificat médical initial, rapport circonstancié du ou des employeurs, conclusions des enquêtes administratives et techniques, et sous pli confidentiel : données médicales, avis motivé du ou des médecins du travail, rapport du service médical comportant le rapport d'évaluation du taux d'IP).

b) La latitude décisionnelle (faible):

Elle peut être appréhendée dans le descriptif du cadre hiérarchique, des modalités de reporting, de l'autonomie dans la prise de décision, dans l'utilisation adéquate des qualifications exigées et la notion de travail varié avec une certaine créativité ou une certaine influence sur son propre travail.

c) Le soutien social (faible) :

Au delà des aspects relationnels avec les collègues ou les supérieurs, souvent rapportés dans le dossier soumis au CRRMP, le soutien de l'encadrement (en termes d'apport de confiance en soi, de conseils ou d'aide) ainsi que le soutien des collègues (en termes d'apport de conseil, d'aide, d'appartenance à une équipe) sont des informations précises à recueillir.
Par ailleurs, l'information relative à une situation de "détresse morale au travail" voire les sollicitations du CHSCT à ce titre ainsi que les préconisations de ce dernier, suivies ou non d'effets sont des éléments importants à considérer.
Dans le même esprit, l'information et/ou les sollicitations de l'encadrement ou de l'employeur sont à rapporter ainsi que leur position et/ou leur intervention sont des éléments à préciser.
Enfin, le recueil de l'avis éclairé du médecin du travail, y compris en termes de conseil auprès de l'employeur voire d'action entreprise auprès des équipes, de l'encadrement ou de l'employeur apparait essentiel et complémentaire de l'instruction contradictoire du dossier.

d) Diverses formes de violence et menace (physique ou psychologique):

Les notions de répétition de comportements intentionnels offensifs, persistance d'agissements abusifs ou insultants, intimidation, calomnies, humiliation par un supérieur ou un collègue seront précisées.

D'autres facteurs peuvent être pris en compte bien qu'ils soient sont plus difficiles à objectiver, notamment :

- les conflits éthiques ;
- la faible reconnaissance professionnelle ;
- la qualité empêchée (manque de moyens ou de temps pour faire un travail de qualité).

[…]

Rapport n° 4487 fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 15 février 2017 en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out) - extraits

V. QUELLE PERSPECTIVE POUR UN TABLEAU DE MALADIE PROFESSIONNELLE RELATIF À L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ?

À l'issue des auditions, le rapporteur considère qu'en l'état de la science médicale, il n'est actuellement pas possible d'élaborer un tableau qui permettrait de prendre en charge l'épuisement professionnel dans les conditions de droit commun. Cependant, la présomption d'imputabilité permise par un tel tableau et les conditions de détermination du taux d'IPP plaident pour que les obstacles à cet objectif soient progressivement levés.

A. LA DIFFICULTÉ D'APPLIQUER À L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL LE RÉGIME DU TABLEAU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

La perspective est tentante de faire de l'épuisement professionnel une maladie professionnelle inscrite à un tableau, ce qui ouvrirait la présomption d'imputabilité de la pathologie à l'activité professionnelle. Plusieurs personnes ont soutenu cette démarche devant la mission d'information, notamment le professeur Christophe Dejours, professeur de psychologie au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), directeur du laboratoire de psychologie du travail.

Cependant, même en considérant qu'il ne s'agit que d'une présomption d'imputabilité – ce qui permet à la caisse primaire d'assurance maladie d'exercer un recours pour contester l'imputation –certains prérequis devront être satisfaits avant d'envisager une telle solution.

1. La nécessité de définir les pathologies et les professions exposées

Comme on l'a montré précédemment, l'épuisement professionnel n'est pas une maladie reconnue par les systèmes nosographiques de classification prédominants pour les troubles mentaux.

Le chapitre V de la Classification internationale des maladies (CIM-10) réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) réalisée par l'Association américaine de psychiatrie ne reconnaissent pas une pathologie distincte liée à l'activité professionnelle, même si certaines pathologies, comme le stress, peuvent avoir une origine professionnelle.

Par ailleurs, l'examen des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle acceptées par la CRRMP d'Île-de-France fait apparaître 95 professions distinctes présentant des pathologies pouvant entrer dans le champ de l'épuisement professionnel.

C'est pourquoi Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé, a annoncé en février 2016 la mise en place d'un groupe de travail réunissant médecins, experts et chercheurs pour définir « *médicalement le* burn out *et la manière de le traiter* ». Elle a chargé le 27 avril 2016 la Haute autorité de santé (HAS) de *« l'élaboration de recommandations de bonne pratique à destination des médecins du travail et des médecins généralistes sur le repérage, la prévention et la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel (SEP) ou burn-out, ainsi que sur l'accompagnement des personnes lors de leur retour au travail »*. Les conclusions de ce groupe de travail permettront d'avancer dans la voie de cette définition.

2. La difficulté d'établir un lien de causalité essentielle

Pour être reconnue comme maladie professionnelle, l'affection doit être « *essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime* » (article L. 461-2 du code de la sécurité sociale).

Cependant, cette définition n'est pas aisément applicable au *burn out* : dans les cas d'épuisement professionnel qui ont été détaillés par les associations de victimes, comme dans le modèle du surengagement qui a été élaboré, des causes multifactorielles et des éléments personnels – ne serait-ce que l'appétence de la personne pour le travail bien fait – entrent en ligne de compte.

Aussi, la présomption d'imputabilité ne pourrait être applicable qu'à des pathologies définies, dont l'origine professionnelle n'est pas contestable.

B. L'EXIGENCE D'UN TAUX MINIMAL D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE DE 25 % POUR PRÉTENDRE À UNE RECONNAISSANCE

Depuis le décret n° 2002-543 du 18 avril 2002 relatif à certaines procédures de reconnaissance des maladies professionnelles, le taux minimal d'IPP ouvrant droit à une prise en charge au titre des maladies professionnelle a été abaissé de 66 % à 25 %.

Les pathologies non inscrites à un tableau de maladie professionnelle ne peuvent donc être prises en compte que si elles ont pour conséquence une réduction d'au moins un quart de la capacité de travail du salarié.

1. La difficulté de déterminer un taux d'incapacité permanente partielle pour une pathologie psychique

Selon une étude citée par Mme Marine Jeantet, seules 1 % des incapacités permanentes partielles concernaient des pathologies psychiques en 2009.

Cependant, la détermination d'un taux d'IPP reste difficile en matière d'affection psychique : la simple reconnaissance du caractère professionnel de ses souffrances peut aider la victime à aller mieux, et par là même, améliorer sa capacité à travailler.

Par ailleurs, l'exigence de stabilisation place le médecin-conseil dans une situation difficile : soit il constate la stabilisation de l'état de la victime, ce qui entraîne la cessation du versement des indemnités journalières d'arrêt de travail à cette même date, causant un important préjudice financier pour l'assuré ; soit il indique à la caisse primaire d'assurance maladie que l'état n'est pas suffisamment stabilisé, ce qui conduit à un rejet de la demande de prise en charge en maladie professionnelle.

À la suite du rapport du groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle créé [par] le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), deux assouplissements ont été mis en place en 2013 :

« *Afin de prendre en compte la demande unanime des membres du groupe de travail de remédier à cette difficulté, il a été convenu de retenir une interprétation souple de l'article L. 461-1 alinéa 4 permettant aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de fixer un taux d'incapacité "prévisible" afin d'assurer le maintien des indemnités journalières jusqu'à la consolidation effective de la maladie sans différer la reconnaissance de la maladie professionnelle. Cette possibilité sera inscrite dans le guide des CRRMP, modifié en conséquence.*

« *Par ailleurs, compte tenu des délais d'instruction des dossiers, et dans la mesure où une issue favorable peut être espérée après que le patient a été soustrait aux facteurs pathogènes qui avaient déclenché ses troubles, les membres du groupe de travail proposent que la gravité de la pathologie, soit évaluée, autant que possible, au moment de la demande de reconnaissance.* »

Dans un arrêt du 19 janvier 2017, la Cour de cassation a retenu que lorsqu'une pathologie, dont l'incapacité permanente estimée était supérieure à 25 % et qui avait fait l'objet d'une instruction et d'une prise en charge au titre de maladie professionnelle après une décision favorable de la CRRMP, mais dont le taux d'incapacité avait été réduit à 10 % après consolidation de l'état de santé, ne justifiait pas la remise en cause *a posteriori* de la décision de prise en charge de la caisse à l'égard de l'employeur. Ainsi une prise en charge à 100 % au titre d'une maladie professionnelle ne peut être remise en cause même lorsque le taux d'incapacité permanente avéré après consolidation se révèle inférieur à 25 %.

2. La nécessité d'expérimenter un abaissement du taux minimal d'incapacité professionnelle permanente

Aujourd'hui, l'obligation de se voir attribuer un taux d'IPP au moins égal à 25 % conduit de nombreuses victimes à ne pas être prises en charge au titre de leur préjudice. La CRRMP d'Ile-de-France indique que la moitié des dossiers de reconnaissance pour affections psychiatriques qui lui sont soumis sont rejetés car le taux d'IPP est inférieur au seuil réglementaire.

Le rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale fait le «*constat d'une forte disparité entre les caisses dans leur pratique de reconnaissance et de fixation de taux d'IPP, parfois même au sein d'une même région* », suivant les jurisprudences des cours d'appel. Cela crée un sentiment d'injustice des victimes pour lesquelles un taux inférieur a été retenu par les CRRMP ou le juge.

Le professeur Michel Debout a rappelé devant la mission d'information que le taux d'IPP reconnu pour les troubles psycho-anxiolytiques était généralement de 20 %.

Or une reconnaissance de la cause et de la nature de leur souffrance ne pourrait que contribuer à améliorer l'état psychique des personnes concernées. C'est pourquoi le rapporteur juge nécessaire d'abaisser ce taux minimal d'incapacité permanente pour ouvrir à plus de victimes la possibilité de faire reconnaître et indemniser les conséquences de leurs souffrances et de leurs handicaps trouvant leur origine dans leur activité professionnelle.

Cependant, abaisser ou supprimer ce taux pour les seules maladies psychiques serait inéquitable : les victimes d'affections physiques ont également le droit à voir leur préjudice reconnu et pris en charge.

Par ailleurs, selon les estimations fournies par Mme Marine Jeantet, la suppression du seuil conduirait à décupler le nombre des dossiers de demande de reconnaissance et ferait passer le délai moyen d'examen par les CRRMP de 3 mois à 2 ans, provoquant l'embolisation du dispositif ; à cela s'ajouterait la prise en charge des coûts afférents (frais médicaux et rentes).

Aussi, le rapporteur propose d'expérimenter, pour une durée limitée, un abaissement à 10 % – voire une suppression – du taux minimal d'IPP pour certaines pathologies caractérisées par des souffrances particulières des victimes, avec comme objectif de généraliser, à terme, cette solution.

[...]

C. LES CONSÉQUENCES SUR LE FONCTIONNEMENT DU RÉGIME AT-MP

1. La perspective d'un tableau de maladie professionnelle, gage de prise en charge de la réalité de l'épuisement professionnel

La mission d'information peut difficilement évaluer, faute de définitions précises et donc d'éléments statistiques avérés, quelle serait l'ampleur du coût de la réparation des victimes d'épuisement – en termes d'indemnités journalières comme de rentes viagères, calculées sur la base du salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité.

C'est pourquoi le rapporteur n'écarte pas la possibilité d'intégrer l'épuisement professionnel dans le dispositif, une fois que les prérequis précédemment évoqués auront été satisfaits.

[...]

2. La perspective d'une contribution des entreprises à la hauteur de leur effort en matière de prévention de l'épuisement professionnel

Cette démarche de réintégration du *burn out* dans le droit commun des maladies professionnelles permettrait d'intégrer l'épuisement professionnel dans le barème des coûts moyens de sinistres et, par voie de conséquence, dans la modulation des taux de cotisation supportés par l'employeur pour le risque AT-MP, qui dépend de sa sinistralité.

Le taux de cotisation notifié aux entreprises est, en effet, calculé sur la base de coûts moyens correspondants à la moyenne des dépenses causées par des sinistres de gravité équivalente dans chaque secteur d'activité.

Les CARSAT fixent chaque année les taux de cotisation des entreprises qui s'appliquent sur l'assiette des salaires afin d'obtenir les cotisations patronales. Ces taux de cotisation dépendent de la taille des entreprises et de leur sinistralité :

– taux individuel pour les entreprises de 150 salariés et plus, dépendant directement de la sinistralité et des résultats propres à chaque établissement ;

– taux collectif fixé au niveau de la branche pour les entreprises de moins de 20 salariés ;

– taux mixte pour les entreprises comptant entre 20 et 149 salariés.

Cette perspective permettrait que le coût social de l'épuisement professionnel soit supporté par les entreprises qui en sont réellement à l'origine, sans pénaliser celles qui auront mis en œuvre une réelle politique active de prévention et de lutte contre les risques psychosociaux.

[…]

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 Mettre en place un centre national de référence sur la santé psychique au travail chargé de développer la veille sanitaire, l'épidémiologie et la prévention.

Proposition n° 2 Confier au centre national de référence l'élaboration d'un questionnaire francophone, sur le modèle du *Copenhagen Burnout Inventory*, comme outil d'évaluation et de prévention destiné aux médecins de soins et aux médecins du travail.

Proposition n° 3 Renforcer le maillage du territoire par un réseau de consultations multidisciplinaires consacrées à la souffrance au travail, intégrant les consultations existantes, en lien avec le centre national de référence.

Proposition n° 4 Mettre en place un site Internet et une application associée s'adressant aux professionnels et au grand public destinés à faciliter la compréhension des maladies psychiques liées au travail et leur prise en charge, à trouver les coordonnées du service de santé au travail compétent et d'un centre de consultation.

Proposition n° 5 Permettre au médecin du travail d'attester des pathologies constatées chez les salariés, et notamment des cas de souffrance au travail, et du lien avéré avec leur activité professionnelle après une enquête clinique approfondie.

Proposition n° 6 Améliorer la rédaction des certificats de décès afin de mieux connaître la réalité des suicides pouvant être liés à une souffrance psychique au travail.

Proposition n° 7 Mettre en place un codage des arrêts de travail permettant d'avoir une vision quantitative et territoriale des pathologies psychiques liées à la souffrance au travail.

Proposition n° 8 Mettre en place sur le site Internet à créer des outils de prévention de l'épuisement professionnel lisibles et opérationnels, élaborés notamment par l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), l'Institut national de recherche et de sécurité et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

Proposition n° 9 Élaborer des outils et un guide pratique d'évaluation des risques, comportant un ou plusieurs modèles-types de document unique.

Proposition n° 10 Permettre aux délégués du personnel et membres du CHSCT d'exercer leur droit d'alerte pour demander la mise en œuvre de la procédure d'évaluation des risques ou son actualisation.

Proposition n° 11 Intégrer la prévention des risques psychosociaux dans le champ « égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et qualité de vie au travail » de la négociation annuelle obligatoire dans l'entreprise.

Proposition n° 12 Favoriser la mise en place d'un réseau de salariés, délégués du personnel et représentants de CHSCT, formés à la vigilance contre les risques psychosociaux.

Proposition n° 13 Prévoir que la négociation collective sur les conditions de vie au travail et la mise en œuvre du droit à la déconnexion puisse bénéficier de l'expertise du service de santé au travail.

Proposition n° 14 Rendre obligatoire l'avis du service de santé au travail compétent sur le projet d'accord d'entreprise ou de charte organisant l'exercice du droit à la déconnexion.

Proposition n° 15 Intégrer à la formation des futurs managers un module approfondi sur la connaissance et la prévention des risques psychosociaux et la prise en compte de la santé physique et mentale au travail dans la stratégie de l'entreprise.

Proposition n° 16 Prévoir dans chaque formation de futur manager un stage d'exécution de plusieurs semaines au sein de services opérationnels, de production ou d'accueil du public des organisations du type de celles qu'ils seront amenés à gérer ou à diriger.

Proposition n° 17 Établir un dispositif de certification des intervenants proposant des services d'évaluation, de conseil et de prévention des risques psychosociaux dans l'entreprise.

Proposition n° 18 Doter d'un statut de salarié protégé les infirmiers chargés de la surveillance de l'état de santé des salariés.

Proposition n° 19 Intégrer à la formation des médecins du travail, des collaborateurs médecins du travail, des infirmiers spécialisés en santé au travail, des intervenants en prévention des risques professionnels, des professionnels des ressources humaines et des relations sociales et des assistants de service social un module relatif à la détection, au traitement et à la prévention des risques psychosociaux.

Proposition n° 20 Améliorer la réinsertion professionnelle des victimes d'épuisement professionnel par la mise en place d'un accompagnement au retour au travail organisé autour d'une visite de pré-reprise repensée, et si nécessaire l'organisation de son reclassement au sein de l'entreprise.

Proposition n° 21 Expérimenter, pour une durée limitée, l'abaissement à 10 % ou la suppression du taux minimal d'incapacité professionnelle permanente nécessaire à la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles.

Proposition n° 22 Une fois définis l'épuisement professionnel et les conditions dans lesquelles il peut être imputable à l'activité professionnelle, proposer l'élaboration du tableau de maladie professionnelle correspondant.

Proposition n° 23 Faire évaluer par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale le coût des pathologies psychiques liées au travail actuellement supporté par l'assurance maladie.

Proposition n° 24 Améliorer l'information sur les modes de reconnaissance et de réparation des risques professionnels, pour les salariés du secteur privé et les agents publics concernés et leurs représentants.

Proposition n° 25 Faire prendre en charge par la branche AT-MP le suivi par un psychologue clinicien, prescrit à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Proposition n° 26 Renforcer la capacité du système actuel de traitement des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle hors tableau, notamment en dédoublant les CRRMP les plus chargés et en augmentant les moyens mis à leur disposition.

Proposition n° 27 Améliorer la transparence et la dimension contradictoire de la procédure d'instruction des dossiers de reconnaissance de maladie professionnelle par les caisses primaires et les CRRMP.

Document n° 5

ACTUALITES

"La réparation du burnout achoppe sur sa définition"

Entretien avec Patrick Maddalone, Sous-directeur des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, Direction générale du travail

Mars 2017, Semaine Sociale Lamy, n°1761

Semaine sociale Lamy : Comment définir le burnout ?

Patrick Maddalone : C'est toute la difficulté. Il n'existe pas, à ce jour, de définition clinique du burnout. Il ne fait pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DMS-V) de l'association américaine de psychiatrie. Le burnout n'est pas une maladie, c'est un syndrome qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes que l'on peut retrouver dans les classifications. Ces symptômes apparaissent progressivement chez l'individu. Pas tous de la même façon. Pas tous au même moment. Et il n'existe pas forcément de lien causal entre la définition du syndrome d'épuisement professionnel et l'élément qui en est à l'origine. Il peut, par exemple, se traduire par une dépression, un état d'anxiété ou un état de stress proche cliniquement du stress post-traumatique. Ce sont effectivement des pathologies référencées, mais qui ne sont pas liées au seul burnout. L'origine professionnelle peut être reconnue, mais le lien de causalité entre l'état clinique du salarié et une situation particulière au sein de son travail n'est pas évident à établir.

Quid de son inscription dans un tableau de maladie professionnelle ?

P. M. : Établir un tableau de maladie professionnelle du syndrome d'épuisement professionnel implique de trouver un consensus sur son diagnostic clinique, mais aussi de pouvoir faire le lien avec une cause professionnelle et définir les activités concernées. En l'état des connaissances, cela semble difficile. Les travaux se poursuivent. La ministre des Affaires sociales et de la Santé a confié, en avril 2016, à la Haute autorité de santé le soin de définir médicalement le burnout et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé et des médecins du travail sur le repérage, la prévention, et la prise en charge de ce syndrome, ainsi que l'accompagnement des victimes lors de leur retour au travail. Tant que le syndrome d'épuisement professionnel et les conditions dans lesquelles il peut être imputable à l'activité professionnelle ne seront pas définis, il semble difficile d'établir un tableau de maladie professionnelle correspondant. Pour mémoire, un tableau se compose de trois colonnes : la désignation de la pathologie, c'est-à-dire ses signes cliniques ; la liste des travaux susceptibles de provoquer ces maladies, identifiés par secteurs d'activité – or dans le cas du burnout tous les secteurs peuvent potentiellement mettre en place un système de management générateur de burnout ; le délai de prise en charge, et là encore difficile de déterminer des règles précises.

Quelle est la voie privilégiée en matière de réparation ?

P. M. : Les assouplissements qui ont été apportés pour permettre à ces pathologies d'être reconnues dans le cadre de la voie des comités régionaux de reconnaissance de maladies professionnelles (CRRMP) commencent à produire leurs effets. Le nombre de pathologies reconnues est passé d'une centaine à plus de quatre cents en 2015. Ces chiffres sont largement supérieurs à ceux d'autres pays européens qui s'intéressent au phénomène. Ces éléments sont de nature à permettre une reconnaissance du burnout sans disposer d'un tableau de maladie professionnelle. Nous devons suivre attentivement l'évolution du nombre de maladies reconnues par cette voie avant de déterminer s'il y a lieu, ou non, de modifier à nouveau les dispositions en matière de reconnaissance de maladies professionnelles liées au syndrome d'épuisement professionnel.

Quelle est l'action de la DGT dans ce domaine ?

P. M. : Dans la continuité du plan précédent, le Plan santé au travail 2016-2020 (PST 3) mis en place par les partenaires sociaux privilégie la prévention primaire à la réparation. Dans ce cadre, l'action inscrite dans le plan vise à prévenir les risques psychosociaux qui peuvent être à l'origine du déclenchement d'un syndrome d'épuisement professionnel. Toute la difficulté réside dans le fait que malgré l'identification de certains facteurs communs, chaque situation reste particulière. Ce qui peut produire du burnout chez l'un, peut avoir l'effet inverse pour un autre salarié et le stimuler. Si certaines études permettent d'identifier un nombre potentiel de salariés exposés à un risque de burnout, notre objectif est de permettre une prise de conscience de l'existence de ce risque et garantir ainsi la mise en œuvre de mesures correctrices avant que les symptômes ne se déclenchent. Nous travaillons donc à l'élaboration d'outils permettant d'identifier ces signaux d'alerte collectifs et individuels pour aider les managers à s'interroger sur leur organisation et prévenir les risques avant que le syndrome ne survienne.

Dans cette optique, la DGT a publié, en 2015, un guide de sensibilisation « Mieux comprendre pour agir » qui aide les managers, les médecins du travail, à se poser les bonnes questions pour pouvoir identifier les situations qui, si elles ne sont pas prises en considération, peuvent générer chez un individu ou une équipe un syndrome d'épuisement professionnel. Il peut par exemple s'agir de l'intensité du travail, du temps ou de la charge de travail, de l'autonomie laissée aux salariés, etc.

En quoi le PST 3 a-t-il renouvelé la réflexion ?

P. M. : Le PST 3 nous permet en effet d'appréhender le burnout dans le cadre plus global des risques psychosociaux puisqu'il prévoit pas moins de cinq actions comme un état des lieux de l'offre de service, la constitution de réseaux régionaux d'acteurs, notamment de consultants spécialisés en prévention capables d'intervenir dans les entreprises pour améliorer les situations, l'amélioration de l'outillage pour prévenir les risques psychosociaux, et parmi les dispositions plus spécifiques le renforcement de la prévention du burnout. Pour la réalisation de cet objectif, la Direction générale du travail s'appuiera sur les préconisations de bonnes pratiques que doit publier la Haute autorité de santé. Enfin le Plan prévoit en matière de prévention des RPS la mise en œuvre de bonnes conditions d'usage des outils numériques, qui a trouvé sa prolongation notamment dans le droit à la déconnexion introduit par la loi Travail.

Quel est le rôle de la médecine du travail ?

P. M. : La récente réforme de la médecine du travail remet le médecin au centre du suivi de l'état de santé du salarié. Elle lui permet de dégager du temps pour concentrer son action sur les salariés qui en ont le plus besoin, soit du fait de leur activité, soit parce qu'ils sont exposés à des risques particuliers comme les risques psychosociaux qui pourraient être à l'origine d'un syndrome d'épuisement professionnel. S'il identifie chez un salarié qui n'est pas en suivi renforcé un risque de burnout, le médecin pourra le suivre plus particulièrement notamment en rapprochant les fréquences des visites.

La loi lui permet aussi de demander, sur la base des éléments qui lui sont remontés par les membres de l'équipe médicale dans le cadre des visites d'information et de prévention, à voir en examen médical un salarié mais aussi la totalité d'un atelier ou d'un bureau pour s'assurer que ce collectif de salariés n'est pas exposé à des risques psychosociaux qui pourraient déclencher des burnout. Si c'est le cas, le médecin pourra prévoir un suivi plus régulier des équipes et intervenir auprès de l'employeur pour l'aider à prendre conscience de la situation et mettre en place des solutions correctrices avant que ses salariés ne développent des pathologies. Par exemple, revoir le mode d'organisation du travail ou le calcul de la charge de travail, puisqu'il ressort souvent dans les cas de burnout des difficultés à délimiter vie personnelle et vie professionnelle.

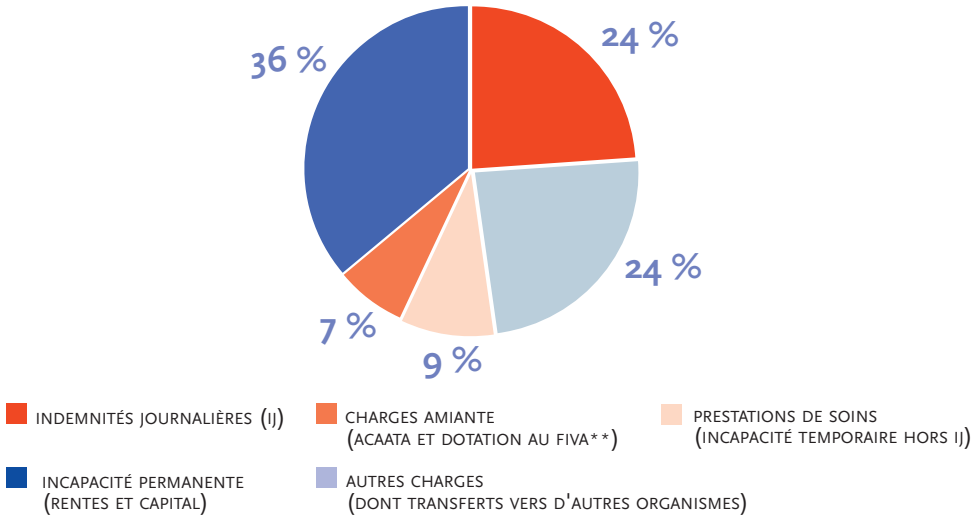
Quelle est la mission des services de l'inspection du travail ?

P. M. : Nous menons des actions auprès des entreprises pour s'assurer que les règles en matière d'organisation du temps de travail sont respectées et ne débouchent pas sur des situations qui puissent être à l'origine du burnout. En 2014, l'inspection du travail a fait plus de 40000 observations sur la nécessité de respecter les obligations en termes d'évaluation des risques. La même année, 294 procès-verbaux ont été dressés par les inspecteurs du travail pour infraction au principe du document unique d'évaluation des risques (DUER) et 138 mises en demeure ont été prises pour imposer aux chefs d'entreprise de réaliser leur DUER. La loi Travail prévoit par ailleurs la possibilité de sanctions administratives (amendes) en matière de durée du travail. En novembre 2016, sur 151 demandes d'amendes administratives, 47 portaient sur la durée du travail.

Propos recueillis par Sabine Izard

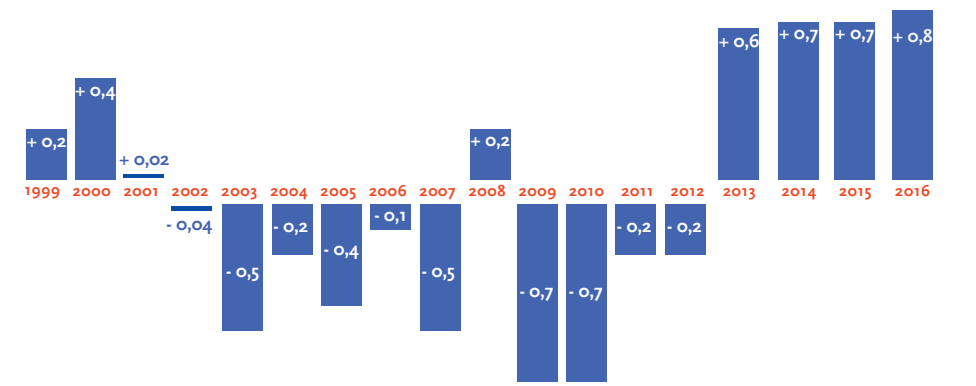
Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2016, édition 2017 (extrait).

Les charges de la branche AT-MP, en 2016



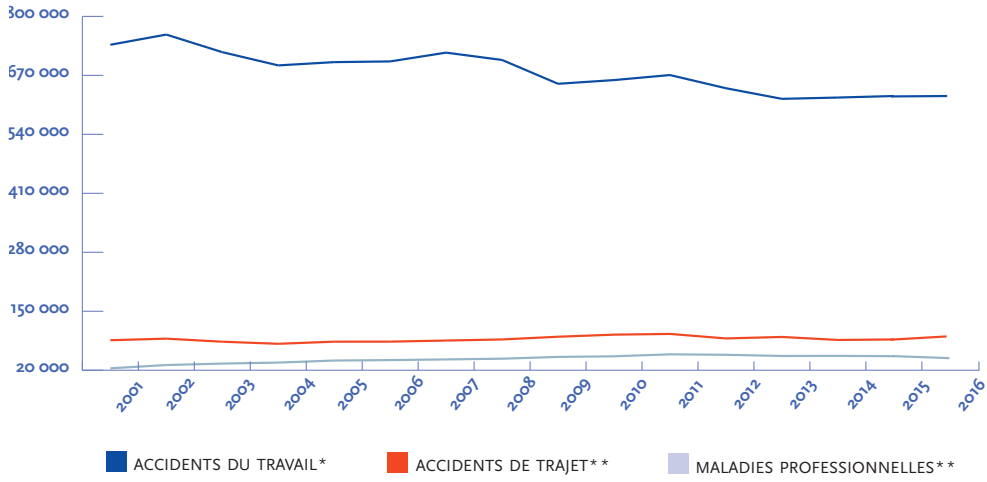
* ACAATA : Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.
**FIVA : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.
Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, juillet 2017.

Évolution du solde de la branche AT-MP, en milliards d'euros courants



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, juillet 2017.

Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles avec arrêts de travail



* Hors bureaux, sièges sociaux et autres catégories particulières.
** Y compris bureaux, sièges sociaux et autres catégories particulières.
Source : Direction des risques professionnels, Cnam.

Sur environ 763 900 sinistres ayant donné lieu à un arrêt en 2016, 82 % concernent des accidents du travail, 12 % des accidents de trajet et 6 % des maladies professionnelles.