



FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE 2016

THÈSE N°

**Risques psychosociaux et reconnaissance en maladie  
professionnelle par le CRRMP Limousin-Poitou-Charentes**

**Thèse**

Pour obtenir le grade de  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue par

**Anne Laure SAINGOLET**

Le 11 octobre 2016

**JURY :**

Monsieur le Professeur **M. DRUET-CABANAC**

**Président**

Monsieur le Professeur **Ph. BERTIN**

**Juge**

Monsieur le Professeur **Ph. NUBUKPO**

**Juge**

Monsieur le Professeur **J.Y. SALLE**

**Juge**

Madame le Docteur **N. RENAUDIE**

**Membre invité**



Le 1<sup>er</sup> septembre 2015

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU  
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS** :

<b>ABOYANS</b> Victor (CS)	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude ( <b>SUR. 31.08.2016</b> )	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul ( <b>SUR. 31.08.2016</b> ) TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
<b>AUBARD</b> Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE

(CS)

**CLEMENT** Jean-Pierre  
(CS)

PSYCHIATRIE D'ADULTES

**COGNE** Michel  
(CS)

IMMUNOLOGIE

**CORNU** Elisabeth

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO  
VASCULAIRE

**COURATIER** Philippe  
(C.S.)

NEUROLOGIE

**DANTOINE** Thierry  
(CS)

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
VIEILLISSEMENT

**DARDE** Marie-Laure  
(C.S.)

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**DAVIET** Jean-Christophe

MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

**DESCAZEAUD** Aurélien

UROLOGIE

**DES GUETZ** Gaëtan

CANCEROLOGIE

**DESSPORT** Jean-Claude

NUTRITION

**DRUET-CABANAC** Michel  
(CS)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

**DUMAS** Jean-Philippe (**SUR. 31.08.2018**)  
(C.S.)

UROLOGIE

**DURAND-FONTANIER** Sylvaine

ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)

**ESSIG** Marie  
(CS)

NEPHROLOGIE

**FAUCHAIS** Anne-Laure  
(CS)

MEDECINE INTERNE

**FEUILLARD** Jean  
(CS)

HEMATOLOGIE

**FOURCADE** Laurent  
(CS)

CHIRURGIE INFANTILE

**GAINANT** Alain (**SUR. 31.08.2017**)

CHIRURGIE DIGESTIVE

**GUIGONIS** Vincent

PEDIATRIE

**JACCARD** Arnaud

HEMATOLOGIE

**JAUBERTEAU-MARCHAN** M. Odile

IMMUNOLOGIE

**LABROUSSE** François

ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

(CS)

**LACROIX** Philippe

MEDECINE VASCULAIRE

**LAROCHE** Marie-Laure

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

**LIENHARDT-ROUSSIE** Anne  
(CS)

PEDIATRIE

**LOUSTAUD-RATTI** Véronique

HEPATOLOGIE

**MABIT** Christian

ANATOMIE

**MAGY** Laurent

NEUROLOGIE

**MARQUET** Pierre  
(CS)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**MATHONNET** Muriel

CHIRURGIE DIGESTIVE

**MELLONI** Boris  
(CS)

PNEUMOLOGIE

**MOHTY** Dania

CARDIOLOGIE

**MONTEIL** Jacques  
(CS)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**MOREAU** Jean-Jacques  
(C.S.)

NEUROCHIRURGIE

**MOUNAYER** Charbel

RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
(CS)

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

**NUBUKPO** Philippe

ADDICTOLOGIE

**PARAF** François  
(CS)

MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE

**PLOY** Marie-Cécile  
(CS)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**PREUX** Pierre-Marie

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE  
ET PREVENTION

**ROBERT** Pierre-Yves  
(C.S.)

OPHTALMOLOGIE

**SALLE** Jean-Yves  
(C.S.)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

**SAUTEREAU** Denis  
(CS)

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

**STURTZ** Franck

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

(CS)

<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard ( <b>SUR. 31.08.2018</b> )	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole ( <b>SUR. 31.08.2018</b> ) (CS)	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François (CS)	PHYSIOLOGIE
<b>VIROT</b> Patrice ( <b>SUR. 31.08.2016</b> )	CARDIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël STOMATOLOGIE	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et
----------------------------------	------------------------------

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION

<b>LE GUYADER</b> Alexandre VASCULAIRE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MURAT</b> Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**BUCHON** Daniel

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DES MEDECINE GENERALE**

<b>DUMOITIER</b> Nathalie	MEDECINE GENERALE
<b>PREVOST</b> Martine	MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

<b>MENARD</b> Dominique	MEDECINE GENERALE
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	MEDECINE GENERALE

**PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01.09.2015 au 31.08.2017
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2015 au 31.08.2017
<b>MOULIES</b> Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2017
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2017

Le 1<sup>er</sup> novembre 2015

**ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BLANC</b> Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>CHUFFART</b> Etienne	ANATOMIE

<b>DONISANU</b> Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE
<b>KASPAR</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LEGRAS</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MANCIA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MATHIEU</b> Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
<b>LOMBEL</b> Guillaume	IMMUNOLOGIE
<b>SERENA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ARDOUIN</b> Elodie	RHUMATOLOGIE
<b>ASSIKAR</b> Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BIANCHI</b> Laurent (A compter du 12 novembre 2015)	GASTROENTEROLOGIE
<b>BORDES</b> Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>BOURMAULT</b> Loïc	OPHTALMOLOGIE
<b>BUISSON</b> Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
<b>CASSON-MASSELIN</b> Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>CAZAVET</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>CHATAINIER</b> Pauline	NEUROLOGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COSTE-MAZEAU</b> Perrine ( <b>SURNOMBRE</b> du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>CYPIERRE</b> Anne	MEDECINE INTERNE A
<b>DAIX</b> Thomas	REANIMATION
<b>DIJOUX</b> Pierrick	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>DOST</b> Laura	OPHTALMOLOGIE
<b>EVENO</b> Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE



<b>GANTOIS</b> Clément	NEUROCHIRURGIE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GONZALEZ</b> Céline	REANIMATION
<b>GSCHWIND</b> Marion	MEDECINE INTERNE B
<b>HOUMAÏDA</b> Hassane (A compter du 02 novembre 2015)	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>KENNEL</b> Céline	HEMATOLOGIE
<b>LACORRE</b> Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAVIGNE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LE BIVIC</b> Louis	CARDIOLOGIE
<b>LE COUSTUMIER</b> Eve	MEDECINE INTERNE A
<b>LEGROS</b> Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.
<b>MARTIN</b> Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>MATT</b> Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
<b>MESNARD</b> Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MONTCUQUET</b> Alexis	NEUROLOGIE
<b>PAPON</b> Arnaud <b>PETITALOT</b> Vincent	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT CARDIOLOGIE
<b>PONTHIER</b> Laure	PEDIATRIE
<b>ROGER</b> Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>SAINT PAUL</b> Aude	PNEUMOLOGIE
<b>SCOMPARIN</b> Aurélie	O.R.L.
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	CANCEROLOGIE
<b>TRIGOLET</b> Marine	PEDIATRIE
<b><u>CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE</u></b>	
<b>RUDELLE</b> Karen	

**CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

**LAUCHET** Nadège

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY** Quentin CHIRURGIE INFANTILE

(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS** Jérôme ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

(du 1er mai 2014 au 31 octobre 2018)

# SOMMAIRE

Remerciements

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures<sup>20</sup>

Introduction.....	1
Généralités, état de la question .....	2
1. Les risques psychosociaux.....	3
1.1. Souffrance au travail en psychologie du travail .....	3
1.1.1. La psychopathologie du travail.....	3
1.1.2. Naissance de la psychodynamique du travail .....	3
1.1.3. Les nouvelles formes d'organisation du travail.....	4
1.1.3.1. La précarisation de l'emploi .....	4
1.1.3.2. L'évaluation .....	4
1.1.3.3. La qualité totale.....	4
1.1.4. Les entités cliniques reconnues en psychopathologie du travail.....	5
1.1.4.1. Les pathologies de surcharge .....	5
1.1.4.2. Les pathologies de la pensée et de la violence .....	5
1.1.4.3. Les pathologies de la solitude .....	6
1.2. Les risques psychosociaux au travail.....	6
1.2.1. Le stress au travail.....	7
1.2.2. Les violences internes.....	8
1.2.2.1. Le harcèlement moral .....	8
1.2.2.2. Le harcèlement sexuel.....	9
1.2.3. Les violences externes.....	10
1.2.4. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout (Anact <i>et al</i> , 2015) .....	10
1.3. Les facteurs de risques psychosociaux au travail .....	11
1.3.1. L'intensité de travail et le temps de travail .....	12
1.3.2. Les exigences émotionnelles .....	12
1.3.3. L'autonomie au travail.....	13

1.3.4.	Les rapports sociaux au travail .....	13
1.3.5.	Les conflits de valeurs .....	14
1.3.6.	L'insécurité de la situation de travail .....	14
2.	Les maladies professionnelles : système de reconnaissance actuel en vigueur .....	15
2.1.	Les maladies définies par les tableaux de maladies professionnelles .....	15
2.2.	Le système complémentaire de reconnaissances des maladies professionnelles.....	16
3.	Le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles .....	17
3.1.	Mission des comités .....	17
3.2.	Champs de compétence .....	17
3.4.	Constitution des dossiers soumis à l'avis du CRRMP .....	18
3.5.	Rôle de l'ingénieur de prévention de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou organisme équivalent.....	20
3.6.	Les pathologies psychiques d'origine professionnelle .....	20
3.6.1.	Les états de stress post-traumatique (ESPT) .....	21
3.6.2.	Le trouble anxieux généralisé.....	23
3.6.3.	Le syndrome dépressif .....	24
3.7.	Bilan du dispositif .....	25
	Objectifs de l'étude .....	27
	Matériels et méthodes .....	29
1.	Type d'étude.....	30
2.	Population étudiée.....	30
3.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
4.	Recueil des données.....	31
5.	Aspect éthique.....	32
	Résultats.....	33
	CHAPITRE 1 : ANALYSE DESCRIPTIVE.....	34
1.	Analyse descriptive des caractéristiques administratives, sociodémographiques, socio- professionnelles et médicales des demandeurs .....	34
1.1.	Caractéristiques administratives.....	34

1.2.	Caractéristiques sociodémographiques .....	34
1.3.	Caractéristiques socioprofessionnelles .....	35
1.4.	Caractéristiques médicales des demandeurs.....	36
2.	Contenu des dossiers .....	37
3.	Analyse descriptive des facteurs de risques psychosociaux .....	38
3.1.	Intensité de travail et temps de travail .....	38
3.1.1.	Facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail.....	38
3.1.2.	Facteurs relatifs à la pression temporelle .....	38
3.1.3.	Facteurs relatifs aux objectifs de travail.....	38
3.1.4.	La complexité du travail .....	39
3.1.5.	La conciliation entre le travail et le hors travail .....	39
3.2.	Exigences émotionnelles .....	39
3.3.	Autonomie dans le travail .....	39
3.4.	Rapports sociaux au travail .....	40
3.4.1.	Conflits, harcèlements.....	40
3.4.2.	Reconnaissance du travail .....	40
3.4.3.	Leadership .....	40
3.4.4.	Relations avec la hiérarchie.....	41
3.4.5.	Evaluation du travail.....	41
3.4.6.	Relations avec les collègues de travail .....	42
3.5.	Conflits de valeur éventuels .....	42
3.6.	Insécurité de la situation de travail.....	42
4.	Evolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle habituelle.....	42
5.	Délai d'apparition de la pathologie par rapport aux évènements professionnels produits .....	43
6.	Présence et orientation des avis médicaux.....	43
6.1.	L'avis du psychiatre .....	43
6.2.	L'avis du médecin de la consultation de pathologies professionnelles .....	43
6.3.	L'avis du médecin traitant.....	43
6.4.	L'avis du médecin du travail.....	44
6.5.	L'avis du médecin conseil de la CPAM .....	44

7.	L'identification d'un risque collectif.....	44
8.	Documents et actions du médecin du travail.....	44
9.	Éléments justifiant du lien essentiel.....	45
9.1.	Existence d'antécédents psychiatriques .....	45
9.2.	Existence de facteurs de risque extra-professionnels.....	45
CHAPITRE 2 : ANALYSE COMPARATIVE .....		45
1.	Analyse comparative des facteurs de risque psychosociaux .....	45
1.1.	Facteurs relatifs à l'intensité et au temps de travail.....	45
1.1.1.	Facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail.....	45
1.1.2.	Facteurs relatifs à la pression temporelle .....	45
1.1.3.	Facteurs relatifs aux objectifs de travail.....	46
1.1.4.	La complexité du travail .....	46
1.2.	Facteurs relatifs aux exigences émotionnelles.....	46
1.3.	Facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail .....	47
1.4.	Rapports sociaux au travail .....	47
1.4.1.	Facteurs relatifs aux conflits et harcèlement .....	47
1.4.2.	Reconnaissance du travail .....	47
1.4.3.	Les facteurs relatifs au leadership.....	48
1.4.4.	Relations avec la hiérarchie.....	48
1.4.5.	Facteurs relatifs à l'évaluation du travail .....	49
1.4.6.	Facteurs relatifs aux relations avec les collègues de travail.....	49
1.5.	Facteurs relatifs aux conflits de valeurs .....	49
1.6.	Insécurité de la situation de travail.....	50
2.	Analyse comparative de l'évolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle habituelle.....	50
3.	Analyse comparative de la présence et l'orientation des avis médicaux .....	51
3.1.	L'avis du psychiatre .....	51
3.2.	L'avis du médecin de la consultation de pathologies professionnelles .....	51
3.3.	L'avis du médecin traitant.....	51
3.4.	L'avis du médecin du travail.....	52

3.5.	L'avis du médecin conseil.....	52
4.	Analyse comparative de l'identification d'un risque collectif.....	52
5.	Analyse comparative des documents et actions du médecin du travail.....	53
6.	Analyse comparative des éléments justifiant du lien essentiel .....	53
7.	Analyse comparative des demandes émanant d'un TASS .....	53
	Discussion.....	54
1.	Principaux résultats de l'étude.....	55
2.	Validité interne de l'étude.....	56
2.1.	Limites de l'étude .....	56
2.2.	Les points positifs de l'étude.....	56
3.	Validité externe .....	56
3.1.	Facteurs associés à la reconnaissance des affections psychiques en maladie professionnelle .....	56
3.2.	Complétude des dossiers .....	59
4.	Proposition d'une grille destinée aux enquêteurs de la CPAM réalisant les enquêtes en entreprise.....	61
	Conclusion .....	64
	Bibliographie .....	66

## Remerciements

Au Directeur de cette thèse et Président du jury, Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC, Professeur de Médecine et Santé au Travail, pour toute l'aide apportée, sa disponibilité et son soutien, sans qui je n'aurais pu mener bien ce travail.

Au Docteur Nadine RENAUDIE, médecin inspecteur régional du travail, qui a largement contribué à la réalisation de ce travail grâce au prêt des dossiers analysés dans cette étude. Je la remercie également pour sa disponibilité, l'aide qu'elle m'a apportée, et de me faire l'honneur de faire partie des membres de ce jury.

Au Professeur Jean-Yves SALLE, Professeur de Médecine Physique et Réadaptation, de me faire l'honneur de faire partie des membres du jury de cette thèse et également pour tout ce que j'ai pu apprendre durant mon stage dans son service en 2014, qui m'est aujourd'hui d'une grande utilité dans ma pratique de la médecine du travail.

Aux Professeurs Philippe BERTIN, Professeur de Rhumatologie, et Philippe NUBUKPO, Professeur de Psychiatrie, de l'honneur qu'ils me font en acceptant de juger ce travail.

Au Docteur Yannick LE GRAND, Médecin conseil en chef de la Direction régionale du service médical de la Caisse d'assurance maladie du Limousin, qui a également permis la réalisation de ce travail en nous autorisant l'accès aux dossiers analysés dans cette étude.

Je remercie l'ensemble des services au sein desquels j'ai pu effectuer mes stages durant ces quatre années d'internat, où j'ai beaucoup appris et passer d'excellents moments.

Je remercie l'ensemble des médecins que j'ai pu côtoyer durant mon internat, pour la transmission de leurs savoirs, voire de leur passion pour certains.

Je remercie infiniment mes parents, sans qui je n'en serai pas là où j'en suis aujourd'hui et qui m'ont permis d'accéder à un métier que j'aime. Un grand merci également à ma grand-mère qui a tant fait pour moi.

Je remercie aussi grandement Richard pour m'avoir supporté et soutenu durant mon internat.

Je remercie bien évidemment mes amis pour tout le soutien qu'ils m'ont apporté durant cette thèse, mais aussi pour tout le reste.



## Liste des abréviations

ARS : agence régionale de santé

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CMI : certificat médical initial

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

COCT : conseil d'orientation sur les conditions de travail

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPP : consultation de pathologies professionnelles

CRRMP : comité de reconnaissance régionale des maladies professionnelles

CSP : catégorie socio-professionnelle

DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DSM IV-TR : diagnostical et Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition Text Revision

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

EDM : épisode dépressif majeur

ESA : état de stress aigu

ESPT : état de stress post-traumatique

EU-OSHA : european agency for safety & health at work

GE : grande entreprise

INRS : institut national de recherche et de sécurité

IPP : incapacité permanente partielle

MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier

ME : moyenne entreprise

MSA : mutualité sociale agricole

PE : petite entreprise

PH : praticien hospitalier

PH-U : praticien hospitalo-universitaire

PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

RG : régime général

RA : régime agricole

RPS : risques psychosociaux

TAG : trouble anxieux généralisé

TASS : tribunal des affaires de la sécurité sociale

TMS : troubles musculo-squelettiques

TPE : très petite entreprise

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail

Tableau 2 : Analyse descriptive des facteurs de risque relatifs à la pression temporelle

Tableau 3 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux objectifs de travail

Tableau 4 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux exigences émotionnelles

Tableau 5 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail

Tableau 6 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux conflits et harcèlement dans le travail

Tableau 7 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à la reconnaissance du travail

Tableau 8 : Analyse descriptive des facteurs de risque relatifs au leadership

Tableau 9 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux relations avec la hiérarchie

Tableau 10 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à l'évaluation du travail

Tableau 11 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux relations avec les collègues de travail

Tableau 12 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux conflits de valeurs éventuels

Tableau 13 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à l'insécurité de la situation de travail

Tableau 14 : Analyse descriptive de l'identification d'un risque collectif au sein de l'entreprise des assurés

Tableau 15 : Analyse descriptive des documents et actions du médecin du travail

Tableau 16 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 17 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs à la pression temporelle et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 18 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs aux objectifs de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 19 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs aux exigences émotionnelles et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 20 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 21 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs aux conflits et harcèlement dans le travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 22 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs à la reconnaissance du travail et l'avis rendu par le CCRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 23 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs au leadership et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 24 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs aux relations avec la hiérarchie et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 25 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs à l'évaluation du travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 26 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs aux relations avec les collègues de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 27 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs aux conflits de valeurs et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 28 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs à l'insécurité de la situation de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 29 : Analyse comparative entre l'évolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 30 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du psychiatre et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 31 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin spécialiste en CPP et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 32 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin traitant et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 33 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin du travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 34 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin conseil de la CPAM et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 35 : Analyse comparative entre l'identification d'un risque collectif et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 36 : Analyse comparative entre l'existence de documents et actions du médecin du travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

Tableau 37 : Analyse comparative entre l'existence d'antécédents personnels psychiatriques et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

## Liste des figures

Figure 1 : Nombre cumulé des avis favorables et défavorables des CRRMP en alinéa 4 entre 2010 et 2014

Figure 2 : Nombre d'avis favorables et défavorables prononcés par les CRRMP en alinéa 4 en 2014 par chapitre de la CIM10

Figure 3 : Nombre d'avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2010 à 2014

Figure 4 : Evolution des demandes au CRRMP Limousin-Poitou-Charentes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> juillet 2016

Figure 5 : Répartition par secteur d'activité

Figure 6 : Nombre de demandes en fonction des différents domaines du secteur tertiaire

Figure 7 : Prise en charge et conséquence sur la santé des déclarants

Figure 8 : Nature de l'évènement professionnel déclencheur

Figure 9 : Contenu des dossiers examinés par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

## Introduction

Le système économique actuel a engendré d'importantes mutations dans le monde du travail, notamment au plan des pratiques managériales avec l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail. Celles-ci ont conduit à l'émergence des risques psychosociaux (RPS), au développement et à la progression des affections psychiques d'origine professionnelle. Les conséquences de ces affections, tant au niveau de la santé mentale des travailleurs qu'au plan économique, en font un enjeu majeur de santé publique et de santé au travail.

Bien qu'il n'existe pas à ce jour de tableau de maladie professionnelle mentionnant les affections psychiques, celles-ci peuvent tout de même faire l'objet d'une reconnaissance en tant que tel grâce au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles institué par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993, au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale. Pour ce faire, la pathologie doit entraîner le décès ou une incapacité permanente partielle (IPP) prévisible d'au moins 25 % et le lien direct et essentiel entre la maladie et le travail habituel de l'assuré doit être établi. C'est au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) que revient la mission d'établir ou de rejeter ce lien. Pour établir ce lien, les membres du CRRMP s'appuieront sur un dossier constitué par la caisse d'assurance maladie du demandeur.

Malgré une large réflexion et plusieurs dispositions prises au plan national, il reste néanmoins compliqué pour les membres du CRRMP d'établir un lien direct et essentiel entre l'exposition professionnelle habituelle et une pathologie psychique pouvant être, par nature, multifactorielle. Le dossier dont ils disposent pour prendre leur décision doit contenir un certain nombre de documents provenant de divers acteurs dont la présence et le contenu influent sur la qualité de ce dossier.

L'objectif de ce travail, grâce à l'analyse des dossiers examinés par les membres du CRRMP Limousin Poitou-Charentes du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 1<sup>er</sup> juin 2016, était d'évaluer quels étaient les critères associés à la décision de reconnaissance des affections psychiques en maladie professionnelle et d'évaluer la complétude des dossiers mis à leur disposition.

Généralités, état de la question

# 1. Les risques psychosociaux

En 2007, suite à une volonté du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Ph. Nasse, directeur de l'INSEE, vice-président de la concurrence et P. Légeron, directeur général du cabinet Stimulus, ont rédigé un rapport sur la façon d'identifier, de quantifier et de suivre les risques psychosociaux (RPS). Ce rapport, appelé Rapport Nasse-Légeron (Nasse *et al*, 2008), préconisait la création d'une enquête dédiée à l'étude spécifique de ces risques par le biais de la création d'un collège d'expertise collective dont la présidence sera attribuée à M. Gollac. Un deuxième rapport est donc né et portait sur la mesure des facteurs psychosociaux de risque au travail et leur maîtrise. Les risques psychosociaux y ont été définis « *comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Askenazy *et al*, 2011). Pour définir les RPS et leurs facteurs de risque, ce rapport s'est appuyé sur différents concepts et disciplines dont la psychologie du travail.

## 1.1. Souffrance au travail en psychologie du travail

Pour bien comprendre les risques psychosociaux, il convient d'abord de parler du concept de la souffrance au travail, né de la psychodynamique du travail avec C. Dejours, psychiatre, psychanalyste et professeur en psychologie au Conservatoire des Arts et Métiers, spécialiste de la psychodynamique du travail.

### 1.1.1. La psychopathologie du travail

En France, la communauté scientifique a commencé à s'intéresser aux effets du travail sur la santé dans la période de l'après-guerre avec la naissance de la médecine du travail et de la psychopathologie du travail. Ces deux disciplines se sont interrogées sur le rôle structurant du travail dans la prise en charge des pathologies psychiatriques et sur les névroses pouvant être induites par le travail. La psychopathologie du travail a tenté d'identifier les problèmes d'adaptation de l'homme au milieu de travail qui seraient à l'origine de manifestations névrotiques mais n'a pas réussi à démontrer qu'une pathologie spécifique pouvait être liée à une situation de travail donnée. (Demaegdt *et al*, 2013)

### 1.1.2. Naissance de la psychodynamique du travail

Ce courant de la psychologie est né dans les années 1970 avec C. Dejours qui ne s'appuie plus sur le concept de maladie mais sur le celui de souffrance, considéré comme un état normal. Le travail serait potentiellement générateur d'une souffrance liée à l'écart existant entre le travail prescrit et le travail réel, écart présent systématiquement au sein de tout travail, quel que soit son contenu et faisant appel à l'intelligence pratique du sujet pour accomplir ses tâches. Le travail est donc vécu sur un mode

subjectif et affectif. A partir de cette souffrance, des stratégies défensives individuelles et collectives se mettent en place pour se protéger de celle-ci. Survient ensuite la notion de plaisir si le travail est mené à bien ou d'échec si l'intelligence créative et les stratégies défensives n'ont pas permis de contenir la souffrance. Ceci amène donc à la notion de normalité, sous-entendu qu'il est donc normal de souffrir au travail, la souffrance ne pouvant donc être considérée uniquement comme pathogène mais aussi comme vecteur de créativité et de l'accomplissement de soi. Il est mis en évidence qu'il existe certaines conditions pour que la souffrance ne devienne pas pathogène, notamment la reconnaissance du travail, tant par la hiérarchie que par les pairs et la coopération dans le travail, que celle-ci soit verticale ou horizontale, le travail étant toujours une expérience collective. (Demaegdt *et al*, 2013)

### 1.1.3. Les nouvelles formes d'organisation du travail

Depuis les années 1980, le monde du travail et les méthodes de management ont profondément évolué.

#### 1.1.3.1. La précarisation de l'emploi

Cette précarisation croissante du monde du travail est majoritairement liée à la conjoncture économique actuelle que connaît la société occidentale. Celle-ci entraîne une peur au travail avec la menace de licenciement permanente que connaissent la majorité des travailleurs aujourd'hui. Les conditions de travail sont donc impactées avec une intensification du travail. On note également comme effet l'individualisme, les enjeux de survie individuelle brisant la coopération au sein du collectif de travail. (Rolo, 2008)

#### 1.1.3.2. L'évaluation

L'évaluation individualisée a pour but de quantifier les performances des opérateurs et de mesurer de façon objective le travail qu'ils ont réalisé. Or il semble difficile de mesurer la capacité de l'individu à déployer son intelligence pour faire face aux écarts existants entre le travail prescrit et le travail réel car cet élément est très subjectif. (Dejours, 2003) De plus, celle-ci conduit à la mise en concurrence entre travailleurs, pouvant s'étendre entre services d'une même entreprise, filiales, ... Elle amène à la disparition de valeurs importantes permettant la cohésion du collectif de travail telle que la confiance et la solidarité, et va à l'encontre de la mise en place de stratégies défensives collectives. Elle peut également être un moyen de pression. (Dejours, 2006)

#### 1.1.3.3. La qualité totale

Celle-ci a pour objectif le « zéro défaut », or il est bien connu que la perfection n'existe pas, y compris dans le travail. Elle impose des objectifs impossibles à atteindre pouvant conduire aux



tricheries, à la fraude pour satisfaire les contrôles de qualité et les audits. Lorsque les travailleurs sont dans l'obligation d'avoir recours à de telles méthodes, ils peuvent se trouver en conflit avec leur propre éthique professionnelle et perdre jusqu'au sens de leur travail. (Demaegdt *et al*, 2013)

#### 1.1.4. Les entités cliniques reconnues en psychopathologie du travail

Aujourd'hui la psychopathologie du travail est un des champs de la psychodynamique du travail. Les différentes études menées n'ont pas permis de montrer l'existence de maladies mentales professionnelles à proprement parler. Elle « *prend en compte l'histoire de l'individu, ses fragilités et ses forces. Or, les travailleuses et travailleurs qui éprouvent des difficultés psychologiques ne souffrent pas nécessairement de maladies mentales mais d'une souffrance liée au travail. Cette souffrance, qui suscite des défenses individuelles et collectives, peut être créatrice ou pathologique* ». (Dejours *et al*, 1990)

##### 1.1.4.1. Les pathologies de surcharge

Celles-ci sont générées par un mécanisme, nommé en psychopathologie du travail, l'hyperactivisme professionnel ou auto-accélération. Il est caractérisé par un empêchement psychique permettant de ne pas ressentir le caractère pénible, souffrant du travail, notamment lorsque celui-ci est monotone, cadencé, ne mettant pas à profit l'intelligence créative du travailleur. Pour lutter contre l'absence de créativité, il se produit donc une anesthésie psychique dont le but est de ne plus penser, ni ressentir la douleur, ce qui peut générer des troubles musculo-squelettiques (TMS) chroniques. Des cas de maladies cardiovasculaires aux conséquences brutales et dramatiques ont également été documentés au Japon, et la surcharge de travail serait le seul facteur expliquant leur survenue. Enfin, on retrouve le burnout, très bien décrit dans les métiers du soin, provoqué par d'importantes exigences émotionnelles. Cependant, on a tendance à retrouver ce syndrome dans les métiers du secteur tertiaire, impliquant donc seulement un contact avec la clientèle, du fait d'un écart de plus en plus important entre le travail prescrit et le travail réel couplé à un manque de reconnaissance. (Demaegdt *et al*, 2013)

##### 1.1.4.2. Les pathologies de la pensée et de la violence

Les nouvelles formes d'organisation du travail sont en grande partie responsables de celles-ci. La notion de rendement au détriment du travail bien fait, dans les règles de l'art, rend impossible de trouver un compromis permettant de satisfaire à ces deux éléments qui se trouvent alors en contradiction, allant même parfois jusqu'à créer un conflit éthique chez le travailleur. On peut donc voir chez les individus exposés à ce type de contraintes, des pathologies cognitives perturbant le cours de la pensée et générant une sorte de confusion mentale voire des épisodes psychotiques aigus. Des conduites violentes peuvent se manifester lorsque le sujet n'arrive plus à contenir sa souffrance. Celles-ci peuvent être auto ou hétéro-agressives. Cette catégorie recouvre les pathologies post-

traumatiques lorsque les individus sont confrontés à des agressions sur leur lieu de travail. (Demaegdt *et al*, 2013)

#### 1.1.4.3. Les pathologies de la solitude

Ces pathologies renvoient au harcèlement et au suicide au travail. Le point commun est l'isolement, d'où l'appellation pathologies de la solitude.

Les pathologies liées au harcèlement sont souvent des syndromes dépressifs ou des syndromes confusionnels. Bien que le harcèlement soit une notion nouvellement abordée et prise en compte dans les risques de souffrance au travail, celui-ci n'a pourtant rien de nouveau et existe depuis fort longtemps. En revanche, la mutation du monde du travail crée un climat d'individualisme voire une mise en compétition des travailleurs, ce qui ne permet plus au collectif de travail d'avoir un rôle de soutien face à de telles situations, et donc de reconnaissance d'injustice subie par les collègues de travail. On note souvent d'ailleurs un consentement du collectif de travail au harcèlement, ce qui contribue à la mise en péril de sa cohésion.

Le suicide au travail de son côté est un phénomène nouveau dont on connaît mal les mécanismes. Il semblerait que ce soit les « meilleurs » qui aient recours à cet acte, ceux qui initialement arrivaient à se servir de leur souffrance comme vecteur d'intelligence et de créativité dans le travail. Ils en viennent à retourner cette souffrance contre eux le jour où se produit un événement professionnel vécu comme une profonde injustice, l'engagement envers le travail ayant été total au plan de la subjectivité individuelle. (Demaegdt *et al*, 2013)

## 1.2. Les risques psychosociaux au travail

Les risques psychosociaux correspondent à des situations où le sujet n'est plus en capacité de transformer sa souffrance en créativité en mobilisant son intelligence et lorsque celle-ci n'est pas compensée par des formes de reconnaissance. Celui-ci se retrouve dans l'incapacité de la contenir, et la souffrance peut alors entraîner une pathologie physique ou mentale. Ces risques font partie intégrante des risques professionnels concernant lesquels l'employeur a actuellement dans la réglementation française une obligation de résultats en matière de santé et de sécurité au travail. Le Code du Travail précise qu'il lui incombe de mettre en place les mesures nécessaires pour protéger la santé physique et mentale de ses salariés, en combattant le risque à sa source et en adaptant le travail à l'homme (Art. L. 4121-1 et suivants). Il incombe également à l'employeur de veiller à la bonne qualité des relations de travail, notamment avec le principe de non-discrimination (Art. L. 1131-1, L. 1132-1 et suivants), de l'égalité professionnelle entre femmes et hommes (Art. L. 1141-1, L. 1142-1 et suivants, L. 1143-1 et suivants), et de l'interdiction de harcèlement moral (Art. L. 1152-1 et suivants) ou sexuel (Art. L. 1153-1 et suivants). Ces risques sont aujourd'hui bien identifiés et regroupent

plusieurs entités. Ils sont définis en France comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens* ». (Askénazy et al, 2011)

Ils regroupent plusieurs entités à savoir le stress au travail, la violence interne et la violence externe. On peut également y ajouter le syndrome d'épuisement professionnel.

### 1.2.1. Le stress au travail

Il est défini par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) comme « *un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* » (EUROGIP, 2010). Bien qu'il s'agisse d'un mécanisme physiologique nécessaire à la survie, celui-ci peut devenir pathogène lorsqu'un individu y est exposé de façon chronique.

Au plan biologique, si le stimulus est aigu, les effets sont réversibles en très peu de temps, leur but étant simplement de préparer l'individu à réagir de façon adaptée pour se protéger d'une situation de danger. En revanche, si les stimuli se répètent de façon rapprochée et durable dans le temps, il peut y avoir un excès de sécrétion d'hormones comme les glucocorticoïdes dans l'organisme ou une perturbation de leurs récepteurs cérébraux, entraînant des modifications morphologiques et fonctionnelles au niveau cérébral. Dans les formes majeures, cet excès peut engendrer une diminution de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes et l'apparition de processus inflammatoires chroniques à l'origine de maladies cardio-vasculaires, de diabète de type 2, de TMS, ... (Chouanière, 2015)

L'état de stress chronique peut se manifester par l'apparition de plusieurs symptômes :

- **Physiques** : douleurs diffuses pouvant être musculaires, articulaires, digestives,...  
Perturbations du sommeil, de l'appétit, du transit intestinal ; dyspnée, ...
- **Emotionnels** : angoisses, irritabilité, labilité de l'humeur, ...
- **Cognitifs** : troubles de la concentration, de la mémoire, ...

Ces symptômes peuvent entraîner la consommation de substances psychotropes et une modification des comportements sociaux avec repli sur soi afin d'éviter le contact avec l'environnement « stressueur ». Cependant, les situations stressantes sont perçues différemment par chaque individu, les niveaux d'alarme et de tolérance variant d'un individu à l'autre et dans le temps.

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) a conduit une enquête sur le coût du stress professionnel en France en 2007. Sur une population active de 27,8 millions de personnes, le coût

social *a minima* était compris entre 1,9 et 3,0 milliards d'euros. (Trontin *et al*, 2010) Or cette enquête s'appuie uniquement sur le modèle du job strain, donc on peut supposer que ce coût est en réalité bien plus élevé car le modèle de Karasek ne prend pas en compte toutes les contraintes psychosociales auxquelles les individus peuvent être exposés dans leurs conditions de travail habituelles.

### 1.2.2. Les violences internes

Cette catégorie regroupe toutes les agressions, que celles-ci soient physiques et verbales, lorsqu'elles émanent d'une ou plusieurs personnes travaillant dans l'entreprise dans laquelle est employé l'individu qui en est victime. C'est un réel problème de société actuel, dont l'évolution semble croissante. En effet, l'enquête SUMER retrouvait en 2003 que 16 % des salariés se plaignaient de subir des comportements hostiles sur le lieu de travail. Cette fréquence est passée à 22 % d'après l'enquête SUMER 2010. (Dares Analyses, 2014) Lorsque les violences sont verbales, il peut s'agir de propos désobligeants, insinuations, humiliations, brimades, insultes, ... Elles peuvent être plus sournoises avec par exemple des comportements méprisants conduisant à une véritable mise au placard de la victime. Dans les cas les plus extrêmes, ces violences peuvent se manifester par du harcèlement moral ou sexuel. Il convient donc de définir ces deux entités, car bien que difficilement identifiables et mesurables, elles sont redoutables par leurs effets sur la santé des salariés, pouvant aller du simple sentiment d'épuisement et de fatigue chronique à des atteintes majeures de la santé psychique dont la plus grave est le suicide au travail. (INRS<sup>1</sup>, 2016)

#### 1.2.2.1. Le harcèlement moral

Le Code Pénal définit le harcèlement moral d'autrui comme « *des agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » (Art. 222-33-2). Cette situation peut aussi bien émaner de la hiérarchie (verticale) que d'un membre du collectif de travail (horizontale). Elle peut être le fait d'une ou plusieurs personnes. Il existe différentes formes de harcèlement (Grenier-Pezé *et al*, 2002) :

- **Individuelle**, pratique purement gratuite, ayant pour but la destruction d'autrui et la valorisation de son propre pouvoir.
- **Stratégique**, suscitant la reddition émotionnelle du sujet, avec une volonté de se débarrasser de celui-ci en contournant les procédures légales de licenciement. Peuvent être concernés : les représentants du personnel, les salariés estimés en surnombre dans les entreprises en situation de rachat, de fusion ou en difficultés financières, les salariés ayant de l'ancienneté et connaissant bien l'ancienne organisation de travail et les compétences sur l'exécution du travail.

- **Institutionnelle**, concernant l'ensemble du personnel avec la mise en place d'un climat de peur, notamment de perdre son emploi, conduisant à la neutralisation de la mobilisation collective avec une tendance au silence et au chacun pour soi. Comme il l'a été évoqué précédemment, les nouvelles formes d'organisation du travail en sont grandement responsables, profitant de cette peur collective pour fixer des objectifs de travail irréalistes. Les sujets sont alors plus vulnérables aux critiques et se trouvent en position de faute prescrite.
- **Transversale**, concernant une équipe de travail qui, pour ne pas aborder la question de l'organisation du travail, décharge la souffrance collective sur un bouc émissaire, celui-ci ne participant pas la plupart du temps au déni collectif de la carence organisationnelle.

Il existe également plusieurs techniques de harcèlement qui peuvent être (Grenier-Pezé *et al*, 2002) :

- **Relationnelles**, associant des comportements méprisants avec disparition des savoir-faire sociaux, des critiques systématiques du travail fourni, ou portant sur son physique. Ces faits seront la plupart du temps réalisés en public pour humilier le sujet.
- **D'isolement**, consistant à séparer le sujet de l'ensemble du collectif de travail par omission d'informations, injonction faite au collectif de ne plus communiquer avec la victime...
- **De persécution**, avec la mise en place d'un « hypercontrôle » des moindres faits et gestes de l'individu dans son travail.
- **D'attaque du geste de travail**, ayant pour objectifs la perte du sens du travail via des injonctions paradoxales, mise en scène de disparition où le salarié peut se voir démis de certaines tâches qu'il réalisait avant sans aucune information et accord préalables, et retrait des moyens pour réaliser le travail.
- **Punitives**, mettant le salarié dans une position de justification permanente avec vécu de fausses accusations, sanctions injustifiées, ou alors des heures supplémentaires ou indemnités d'arrêt maladie non rémunérées, refus d'accorder les congés annuels au dernier moment.

Ce phénomène peut toucher tout type de personne et n'est pas propre aux personnes ayant des traits de personnalité particuliers.

#### 1.2.2.2. Le harcèlement sexuel

Il est défini par le Code Pénal comme « *le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile et offensante. Est assimilé à du harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute force de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers* ». (Art. 222-33 du code pénal)

Sa prévalence reste faible, de l'ordre de 1 à 4 % selon les pays dans une enquête européenne de 2000. En revanche, il est observé une forte disparité et surreprésentation féminine (4 % contre 1 %). (Paoli *et al*, 2000)

### 1.2.3. Les violences externes

Elles sont définies par l'EU-OSHA comme un ensemble de comportements agressifs qui « englobent généralement les insultes, menaces, agressions physiques ou psychologiques exercées, contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris des clients, et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être ». (EU-OSHA, 2002) Ce risque concerne surtout les métiers ayant un contact avec le public, notamment les secteurs de services (santé, transport, vente au détail, restauration, finance et éducation). On distingue les violences criminelles (cambriolages, vols, rackets, ...) et les violences du public envers les salariés pouvant prendre différentes formes : incivilités, menaces, agressions verbales ou physiques, ou actes de vandalisme. D'après l'enquête SUMER 2010, 15 % des salariés déclaraient avoir subi au moins une agression verbale au cours des douze derniers mois et 1,7 % déclaraient avoir été victimes d'au moins une agression physique ou sexuelle de la part du public pendant cette même période (INRS<sup>2</sup>, 2016). Ces situations peuvent impacter la santé des salariés, et induire un véritable état de stress post traumatique.

### 1.2.4. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout (Anact *et al*, 2015)

Le burnout est largement médiatisé de nos jours du fait d'une volonté d'intégrer celui-ci aux tableaux des maladies professionnelles. Or il ne correspond pas au diagnostic clinique d'une maladie mais d'un syndrome regroupant un ensemble de manifestations, non spécifiques. Il peut être en revanche à l'origine de pathologies psychiatriques, notamment la dépression. Il convient donc de considérer cette entité comme un risque psychosocial et non comme une maladie. Initialement décrit dans les métiers de soins, on le retrouve aujourd'hui dans l'ensemble du monde du travail du fait des nouvelles formes d'organisation du travail évoquées précédemment. Il a été défini par plusieurs auteurs, s'accordant sur le fait qu'il s'agit « d'un épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». Ce syndrome comporte trois dimensions :

- **Epuisement émotionnel, physique et psychique**, où l'individu se sent totalement vidé de ses ressources.
- **Cynisme**, vis-à-vis du travail et des personnes avec lesquelles l'individu travaille au quotidien, que ce soient les collègues, l'encadrement ou le public. Il peut correspondre à une forme de stratégie défensive individuelle pour faire face à la sur-sollicitation ressentie par le travailleur.

- **Perte de l'accomplissement personnel au travail**, avec un sentiment d'inefficacité dans les tâches accomplies.

Au plan clinique, il associe des manifestations :

- **Physiques**, avec des troubles du sommeil engendrant un état de fatigue chronique, des douleurs et tensions musculaires, notamment au niveau rachidien. Peuvent également s'y ajouter des céphalées, des nausées, ou des vertiges.
- **Emotionnelles**, avec une impression de perte de contrôle, une humeur triste, une hypersensibilité, une baisse de l'élan vital.
- **Cognitives**, avec des troubles de la concentration, une indécision, difficultés à réaliser plusieurs choses à la fois.
- **Comportementales**, avec un repli sur soi, un isolement, parfois de l'agressivité envers l'environnement de travail. Des comportements addictifs peuvent également s'observer.
- **Motivationnelles**, avec une démotivation et un sentiment de dévalorisation.

Les contraintes de travail les plus fréquemment associées au burnout sont : le faible soutien social de la hiérarchie et des collègues, des marges de manœuvre insuffisantes, un manque de reconnaissance du travail accompli, un défaut d'équité dans les relations professionnelles et les conflits de valeur. Comme pour le stress, certains traits de personnalité peuvent favoriser la survenue d'un tel syndrome, comme l'idéalisme, le perfectionnisme.

### 1.3. Les facteurs de risques psychosociaux au travail

Le rapport « Gollac » (Askénazy *et al*, 2011) a identifié six grandes familles de facteurs de risques psychosociaux au travail en 2011 :

- **L'intensité et au temps de travail.**
- **Les exigences émotionnelles.**
- **L'insuffisance d'autonomie dans le travail.**
- **Les rapports sociaux au travail de mauvaise qualité.**
- **Les conflits de valeurs.**
- **L'insécurité de la situation de travail.**

Toutes les situations de travail comportent des contraintes mais elles ne sont pas toutes délétères pour la santé mentale lorsqu'elles se compensent. En revanche, les contraintes de travail deviennent pathogènes quand (INRS<sup>3</sup>, 2016) :

- Elles **s'inscrivent dans la durée**, provoquant ainsi un état de stress chronique.
- Elles sont **subies**, car vécues plus difficilement. Les contraintes peuvent être bien acceptées lorsqu'elles font partie intégrante du métier et que le métier est choisi par l'individu.

- Elles sont **nombreuses**, l'accumulation de contraintes de travail représentant un facteur aggravant.
- Elles sont **incompatibles** comme dans le cas du job strain (modèle de Karasek) par exemple, provoquant un antagonisme.

### 1.3.1. L'intensité de travail et le temps de travail

Cette catégorie de facteurs de risques fait appel à la notion de « demande psychologique » et « d'effort ». Elle prend en compte plusieurs composantes :

- La **quantité de travail**, pouvant être à risque lorsqu'elle est excessive, favorisée par des déplacements professionnels fréquents ou le fait de devoir réaliser des astreintes téléphoniques avec ou sans intervention qui viennent en général s'ajouter au temps de travail habituel. La sous-charge de travail constitue également un facteur de risque de souffrance au travail.
- Le **temps de travail**, englobant tous les facteurs pouvant générer une mauvaise conciliation entre le travail et la vie extra-professionnelle, notamment le dépassement régulier des horaires de travail, ou l'imprévisibilité des horaires de travail. Les horaires atypiques sont également à prendre en compte, de même que le respect ou non des jours de repos hebdomadaires.
- La notion de **pression temporelle**, correspondant au fait de subir, dans son travail, des contraintes de rythme imposées par le travail lui-même, de manquer de temps pour faire son travail correctement, de devoir se dépêcher, de devoir régulièrement interrompre son travail pour une tâche imprévue ou une urgence.
- Les **objectifs de travail**, lorsqu'ils sont flous ou inatteignables. Les moyens mis à disposition pour atteindre ses objectifs sont un élément important, l'inadéquation entre tâches et moyens mettant forcément le salarié en difficultés.
- La **complexité du travail**, correspondant au fait de devoir penser à plusieurs choses à la fois.

### 1.3.2. Les exigences émotionnelles

- Le **contact avec le public**, pouvant être générateur de stress, que celui-ci soit direct ou par téléphone, car il expose à un risque de violence externe, notamment dans certains postes de travail où il existe une standardisation de la réponse, voire des scripts imposés.
- Le **contact avec la souffrance**, source potentielle de dévalorisation en cas d'impossibilité d'agir.
- La nécessité de **devoir cacher ses émotions** face au public.
- La **peur au travail**, s'observant en cas de risque d'accident pour soi et / ou pour autrui, de risque de violence externe. Il convient également de prendre en compte la peur de l'échec dans son travail.



### 1.3.3. L'autonomie au travail

- **L'autonomie procédurale** au travail, définie comme le fait de pouvoir décider librement de la manière dont réaliser son travail. Elle inclue également le fait de pouvoir interrompre son travail quand on le souhaite, sans en avoir à demander l'autorisation. Le manque de latitude décisionnelle constitue un risque important de stress.
- **L'utilisation et l'accroissement des compétences** est également à évaluer. En effet, l'impossibilité d'employer ses compétences professionnelles peut revêtir un caractère de frustration au travail. Le fait d'avoir un travail consistant en la répétition continuelle d'une même série de gestes ou d'opérations peut conduire à la perte de sens et de satisfaction au travail.
- Le **manque de qualification ou de formation** peut mettre le travailleur en difficulté pour mener ses missions à bien.
- La **participation et la représentation** aux décisions, aux changements organisationnels ou technologiques est à prendre en considération, notamment lorsque ces changements ont lieu sans l'avis du travailleur ou du collectif de travail.

### 1.3.4. Les rapports sociaux au travail

Cette famille comprend plusieurs dimensions :

- Les **violences internes**, pouvant générer des formes graves de souffrance au travail et induire la survenue de pathologies psychiatriques majeures, allant de simples conflits entre l'individu et sa hiérarchie ou un collègue de travail aux comportements méprisants et/ou dégradants, dont la forme la plus grave est représentée par le harcèlement, que celui-ci soit moral ou sexuel. Ces violences peuvent également être physiques.
- La **reconnaissance du travail** fourni, étant également un critère important. Un manque de reconnaissance, que celui-ci émane de la hiérarchie, du collectif de travail ou bien du public peut avoir des effets délétères sur la santé mentale des individus.
- La notion de **justice organisationnelle** (Algava *et al*, 2011) est un concept émergent, nouvellement pris en compte, qui attrait à différentes formes de reconnaissance au travail émanant de la hiérarchie. Trois composantes en peuvent être distinguées. La justice distributive est relative aux rétributions données à l'individu pour les contributions apportées par celui-ci pour effectuer le travail correctement. Celle-ci est estimée juste lorsqu'il existe une équité entre les rétributions distribuées de façon égale entre des sujets ayant la même situation de travail. Une rémunération n'étant pas estimée à la hauteur du travail fourni, des heures supplémentaires non payées ou non récupérées ou un déficit de promotion professionnelle, une évaluation du travail comportant des critères rigides peuvent donc être

perçus comme un manque de reconnaissance, surtout lorsque d'autres salariés membres d'un même collectif de travail bénéficient de ces droits.

La justice procédurale évoque la justice dans les procédures, les méthodes et les mécanismes utilisés pour obtenir les résultats, et plus particulièrement les procédures de prise de décision.

La justice interactionnelle comporte la justice relationnelle reflétant le degré de dignité et le respect avec lequel sont traités les salariés par l'autorité et la justice informationnelle évoquant le contenu des informations délivrées par la hiérarchie.

- La qualité du **leadership**, évoquant les méthodes de management, notamment la clarté des explications et instructions données sur le travail et les objectifs à atteindre émanant de sa hiérarchie. Un manque de clarté, des injonctions paradoxales ou des modifications du poste de travail sans information et accord préalable peuvent entraîner un état de souffrance au travail.
- L'**absence de soutien technique** de la part des supérieurs hiérarchiques en cas de difficultés éprouvées dans la réalisation du travail est source de stress au travail, tant lorsqu'il s'agit d'une absence d'écoute de la situation à problème que de l'absence d'aide apportée pour résoudre cette situation
- Les **relations avec le collectif de travail**, devenant un facteur de risque psychosocial en cas d'absence de coopération, de mésentente ou de mauvaise intégration.
- Les **relations avec la hiérarchie**, pouvant constituer un risque lorsqu'il existe un déficit de soutien dans les situations difficiles, une mise à l'écart, une animation des ressources humaines avec une insuffisance, voire une absence de contrôle ou au contraire un contrôle accru. Le manque ou l'excès d'autorité constituent également des facteurs de risques.

#### 1.3.5. Les conflits de valeurs

Ceux-ci peuvent entraîner une perte réelle du sens du travail et un sentiment d'insatisfaction du travail fourni. Ils concernent :

- Les **conflits éthiques**, lorsque la qualité du travail passe au second plan et que la hiérarchie prescrit un travail dont les règles sont contraires aux règles du métier ou aux valeurs personnelles du sujet.
- La **qualité empêchée**, par manque de temps, de moyens, d'autonomie, ...

#### 1.3.6. L'insécurité de la situation de travail

Cette catégorie concerne essentiellement :

- L'**insécurité socio-économique** : contrats précaires (contractuels, contrat à durée déterminée, intérimaires), temps partiel subi, mais aussi le fait de recevoir au cours de sa carrière un avertissement ou une mise à pied, une menace de licenciement.

- Le **caractère insoutenable de la situation de travail** qui correspond au fait de ne pas pouvoir se projeter à long terme sur le même poste de travail avec des conditions de travail inchangées.
- La **conduite de changement dans l'entreprise** est également un élément pourvoyeur d'incertitude sur l'avenir de la carrière, quelle que soit sa nature, car elle s'accompagne fréquemment d'une surcharge de travail, d'une remise en cause des compétences et d'une atteinte du sens donné au travail.

## 2. Les maladies professionnelles : système de reconnaissance actuel en vigueur

*« Une maladie est professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son travail habituellement ».* (Abadia et al, 2012)

L'exposition à un ou plusieurs risques doit être prolongée et avoir lieu dans les conditions de travail habituelles. Il est donc compliqué de fixer le point de départ exact de la maladie, notamment quand celle-ci se manifeste des années après le début de l'exposition, voire dans certains cas, après que le sujet ait cessé d'exercer le travail incriminé. La preuve de la matérialité d'une maladie professionnelle est donc difficile à apporter.

La loi du 25 octobre 1919, calquée sur celle du 9 avril 1898 relative aux accidents du travail, a permis l'indemnisation des maladies professionnelles en France en vertu du principe de présomption d'origine, sans avoir à apporter la preuve du lien de causalité entre l'activité professionnelle et la maladie. Les maladies professionnelles bénéficiant de cette présomption d'origine sont celles détaillées dans les tableaux des maladies professionnelles du régime général (RG) et du régime agricole (RA). Ils contiennent chacun un certain nombre de critères médicaux, techniques et administratifs qui doivent être obligatoirement remplis pour qu'une maladie puisse être reconnue d'origine professionnelle et indemnisée comme telle. Cependant, un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles a été mis en place afin de permettre d'ouvrir le droit à reconnaissance des maladies ne figurant pas dans les tableaux ou des maladies y figurant mais dont les critères techniques ou administratifs ne sont pas intégralement remplis.

### 2.1. Les maladies définies par les tableaux de maladies professionnelles

D'après le Code de la Sécurité sociale, une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle répond à toutes les conditions figurant dans les tableaux des maladies professionnelles (Art L. 461-1 alinéa 2). Le demandeur n'a donc pas à apporter la preuve du lien de causalité entre la pathologie dont il est demandé réparation et les conditions de travail habituelles qu'il en estime

responsables, même s'il existe d'autres facteurs de risques ou antécédents médicaux ayant pu favoriser l'apparition de la maladie.

Les critères devant être remplis sont :

- Les **symptômes ou lésions pathologiques** devant être présentés par l'assuré
- Le **délai de prise en charge** correspondant au délai maximal entre la cessation d'exposition au risque incriminé et la date de première constatation médicale de la maladie.
- La **durée minimale d'exposition au risque** fait parfois partie des conditions à remplir, mais elle n'est pas systématique contrairement aux trois précédentes.
- Les **travaux ou les expositions susceptibles de provoquer l'affection** dont la liste est soit limitative (seuls les travailleurs affectés aux travaux énumérés peuvent bénéficier d'une réparation au titre de maladie professionnelle), soit indicative (tout travail où le risque existe peut être pris en compte, même s'il ne figure pas dans la liste).

## 2.2. Le système complémentaire de reconnaissances des maladies professionnelles

Ce système a été établi pour ouvrir l'accès à la reconnaissance de pathologies exclues de la présomption d'origine, suite à la loi du 27 janvier 1993. Il concerne deux cas de figure, précisés dans le Code de la Sécurité sociale :

- Les **maladies figurant dans un tableau mais ne remplissant tous les critères relatifs au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux**, qui peuvent être reconnues à condition d'établir le **lien direct** entre la maladie et le travail exercé dans les conditions habituelles de travail. C'est à l'assuré d'en apporter la preuve (Art L. 461-1 Alinéa 3).
- Les **maladies non mentionnées dans les tableaux des maladies professionnelles**, pour lesquelles le **lien direct et essentiel** entre la maladie et le travail habituel de la victime doit être établi, et à la condition qu'elles entraînent le décès ou une **incapacité permanente partielle (IPP) prévisible d'au moins 25 %** (Art L. 461-1 Alinéa 4).

Lorsque les demandes de reconnaissance se font par le biais du système complémentaire, elles sont examinées par un CRRMP qui évalue au cas par cas la relation d'imputabilité entre le travail habituel et la maladie déclarée. Nous détaillerons le fonctionnement dans un chapitre spécialement dédié.

En ce qui concerne les affections psychiques dont il est demandé réparation, celles-ci relèvent de l'alinéa 4 de l'article L461-1 du code de la Sécurité Sociale, n'étant pas désigné dans les tableaux des maladies professionnelles. Nous détaillerons également ce point plus bas.

D'après le rapport de gestion 2014 des risques professionnels établi par la Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS-DRP, 2015), 51 631 maladies professionnelles ont été reconnues en 2014. Sur les 10 dernières années, l'augmentation annuelle moyenne était de +3,4%. En revanche, ramenée aux 3 dernières années, l'évolution annuelle moyenne était de -2,1 %.

### 3. Le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

#### 3.1. Mission des comités

La mission des CRRMP est de rendre un avis motivé pour permettre à la Sécurité sociale de statuer sur l'origine professionnelle de la maladie déclarée par l'assuré lorsque celle-ci relève du système complémentaire, au titre des alinéas 3 et 4 de l'article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale (Groupe d'experts présidé par le Pr. Bergeret A. *et al*, 2014). Cet avis est formulé après étude d'un dossier constitué par l'organisme de sécurité sociale dont dépend l'assuré et consiste à établir ou rejeter le lien de causalité entre la pathologie et l'activité professionnelle. Ce lien doit être direct si le dossier relève de l'alinéa 3 ou direct et essentiel s'il relève de l'alinéa 4. Pour rappel, les affections psychiques d'origine professionnelle relèvent de l'alinéa 4 de l'article L461-1 du Code de la Sécurité sociale.

#### 3.2. Champs de compétence

Au plan matériel, le système complémentaire de réparation des maladies professionnelles concerne (Groupe d'experts présidé par le Pr. Bergeret) (Bergeret *et al*, 2014) :

- Les demandeurs relevant du RG, du RA et du régime des mines. En revanche, pour les demandeurs ayant le statut de fonctionnaire ou celui d'indépendant, le CRRMP n'est pas compétent.
- D'après le Code de Sécurité sociale, Les demandeurs relevant d'une collectivité, administration, établissement ou entreprise assurant directement la charge de la réparation en vertu d'une autorisation antérieure au 13 mai 1960 (Art. L413-13) peuvent également bénéficier du système complémentaire de réparation des maladies professionnelles.

Au plan territorial, le Code de la Sécurité sociale précise que le CRRMP a pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la CNAMTS et qu'en tant que de besoin le comité peut se réunir au chef-lieu de chacun des départements compris dans son ressort (Art. D461-26). Pour le RG, le CRRMP compétent est celui du lieu où demeure la victime (Art. D461-28). Pour le RA, le régime minier, les personnels dont l'employeur est autorisé à gérer le risque accident du travail et maladie

professionnelle et certains travailleurs salariés expatriés, le CRRMP compétent est celui dans le ressort duquel se trouve la caisse du régime concerné dont dépend l'assuré. Ce ressort peut être régional ou dépendre d'un siège en fonction des différents régimes.

### 3.3. Composition des comités

Le CRRMP est composé de trois membres (Art. D461-27) :

- Le **médecin conseil régional de la Sécurité sociale** ou un médecin conseil de l'échelon régional désigné pour le remplacer. Un médecin conseil du régime agricole peut également siéger lorsque des dossiers de demande de ce régime sont à examiner.
- Le **médecin inspecteur régional du travail** ou un médecin inspecteur désigné pour le représenter. Ce n'est pas obligatoirement le médecin inspecteur régional correspondant à la région où se situe le CRRMP.
- Un **praticien hospitalier universitaire** (PU-PH, MCU-PH, PH-U) ou un PH qualifié en matière de pathologies professionnelles ou des suppléants nommés pour quatre ans par le préfet de région sur proposition de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ils ont chacun une voix délibérative et participent à la rédaction de l'avis rendu lors d'une séance prévue à cet effet où plusieurs dossiers sont examinés. La présence de chacun des membres est obligatoire. Un nouveau décret émanant du ministère des affaires sociales et de la santé est paru en juin 2016 pour améliorer la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et le fonctionnement des CRRMP (Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016). Celui précise que désormais la présence des trois membres est uniquement nécessaire pour les affections relevant de l'alinéa 4, et que lorsqu'il s'agit d'affections d'ordre psychique un PU-PH ou PH spécialisé en psychiatrie peut siéger en lieu et place du PU-PH qualifié en matière de pathologies professionnelles.

### 3.4. Constitution des dossiers soumis à l'avis du CRRMP

C'est à l'organisme de la Sécurité sociale que revient l'instruction du dossier sur lequel va s'appuyer le CRRMP pour rendre son avis sur le caractère professionnel de la maladie dont il est demandé réparation (Art. D461-30 du code de la sécurité sociale). Ce dossier comprend deux parties : l'une administrative constituée par le service administratif de la caisse d'assurance maladie dont dépend le déclarant et l'autre médicale établie par le service de cette même caisse. Dans le cas spécifique des demandes de reconnaissances d'affections psychiques d'origine professionnelle, ce dossier comprend (Art. D461-29 du code de la sécurité sociale) :

- La **demande motivée de reconnaissance en maladie professionnelle** émanant de l'assuré ou de ses ayants droit accompagnée d'un **certificat médical initial (CMI)** rempli par un médecin choisi par l'assuré.

- **L'avis motivé du médecin du travail** de l'entreprise au sein de laquelle l'assuré a été employé faisant état de la maladie et de l'exposition à un risque professionnel présent dans cette entreprise. Cet avis est sollicité de façon systématique par l'organisme de sécurité sociale dont dépend le travailleur. Lorsque l'entreprise n'existe plus, le médecin inspecteur régional du travail peut être sollicité pour rechercher le médecin du travail en charge de la surveillance de cette entreprise ou le dossier médical.
- **Le rapport circonstancié de l'employeur** du salarié décrivant chaque poste de travail exercée par celui-ci depuis son embauche et les conditions de travail dans lesquelles le travail était réalisé habituellement pour apprécier l'exposition éventuelle à un risque professionnel.
- **L'enquête administrative conduite par un agent assermenté de la caisse d'assurance maladie dont dépend le travailleur.** Dans le cas des demandes de reconnaissance des affections psychiques en maladie professionnelle, cette enquête est un élément clé pour éclairer les membres du CRRMP dans la motivation de leur avis. Cette enquête, si elle est bien menée, doit renseigner (Circulaire Assurance Maladie 12-2014) :
  - o La situation du demandeur en précisant le contenu de son travail et en recherchant de manière la plus exhaustive possible l'existence de facteurs de risques psychosociaux dans l'exercice habituel de la profession.
  - o Son ancienneté dans la profession et au poste, les évaluations individuelles.
  - o Les éléments du contexte de l'entreprise (activités, taille, organisation, mouvements de personnels, sinistralité accidents du travail et maladies professionnelles de même nature, situation économique, tout document existant sur les RPS, relations sociales au sein de l'entreprise, ...).
  - o La chronologie des faits.
  - o D'éventuels évènements traumatiques caractérisés dans le cadre du travail.
  - o La présence de violence sous toutes ses formes.
  - o L'existence du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et l'existence éventuelle de plans d'action de prévention des RPS.
  - o L'action du médecin du travail avec la possibilité d'annexer dans l'enquête tout document émanant de sa part pouvant être utile à l'enquête.
- **Le rapport établi par le service du contrôle médical** de la caisse dont dépend l'assuré avec, en plus de l'observation médicale qu'il établit :
  - o Le diagnostic de la maladie caractérisée.
  - o La date de la première constatation médicale.
  - o La recherche de facteurs professionnels et extra-professionnels.
  - o Le compte-rendu d'éventuels avis spécialisés.
  - o Le compte-rendu de l'avis spécialiste psychiatrique lorsque celui-ci a été demandé.

- L'estimation du taux d'IPP prévisible au moment de la demande (Art. L434-2).
- Son point de vue motivé sur le caractère probable ou improbable d'un lien de causalité entre la maladie et le travail.

Le dossier ainsi constitué est par la suite transmis au secrétariat permanent du CRRMP qui est localisé à l'échelon régional du contrôle médical de la CNAMTS. Le rôle de ce secrétariat est de s'assurer de la complétude du dossier transmis par la caisse d'assurance maladie du demandeur et de la qualité des informations en vérifiant la présence et le contenu de tous les éléments précédemment cités.

### 3.5. Rôle de l'ingénieur de prévention de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou organisme équivalent

L'audition de l'**ingénieur conseil en chef du service prévention de la CARSAT** est obligatoire en séance (Art. 461-30 alinéa 4 du code de la sécurité sociale). Celui-ci ne participe pas à la délibération et à la rédaction de l'avis émis par le CRRMP et n'a pas connaissance des données médicales contenues dans le dossier mais en reçoit la partie administrative avant la séance (Circulaire CNAMTS-DRP 22-2001;ENSM 29-2001). Il doit réaliser une enquête technique dans le but d'évaluer l'exposition (durée, nature et niveau) à laquelle a été soumis l'assuré. Il apporte également les données de sinistralité de la CARSAT. Son rôle est essentiel pour l'aide à la décision des membres du CRRMP.

### 3.6. Les pathologies psychiques d'origine professionnelle

En 2013, le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT) a établi un rapport visant à améliorer la reconnaissance en maladie professionnelle des affections psychiques (Groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail *et al*, 2013). Il y a été réalisé une typologie descriptive et une nosographie des pathologies psychiques susceptibles d'être examinées par les CRRMP. Pour établir celles-ci, le groupe du travail s'est basé essentiellement sur deux éléments : la pathologie doit être caractérisée, c'est-à-dire relever d'un diagnostic médical précis et répondre à plusieurs critères bien définis ; doit présenter une certaine gravité avec un taux d'IPP prévisible d'au moins 25 % ; pouvoir être favorisée par des facteurs environnementaux, notamment professionnels. Trois grandes entités cliniques ont donc été retenues :

- Le **syndrome dépressif**.
- Le **trouble anxieux généralisé (TAG)**.
- L'**état de stress post traumatique (ESPT)**.

Pour permettre la reconnaissance en maladie professionnelle, l'appréciation de l'état antérieur est cruciale. L'apparition des troubles dans un contexte professionnel nouveau, et leur guérison ou leur



stabilisation lors de l'éviction du travail, sont des éléments importants à rechercher. Les autres pathologies n'ont pas été retenues, notamment :

- Le **burnout** n'étant pas une maladie caractérisée.
- Le **mobbing** et le **harcèlement** n'ayant qu'une définition juridique.
- Les **addictions** pouvant simplement être considérées comme des complications des troubles précités.
- Les **troubles de l'adaptation** n'ayant pas une gravité suffisante.
- Les **tentatives de suicide** car relevant plutôt de la législation des accidents du travail. En revanche, il est évident que celles-ci peuvent être l'une des complications des troubles retenus.

### 3.6.1. Les états de stress post-traumatique (ESPT)

Deux types d'ESPT sont distingués dans la nosographie :

- L'**état de stress aigu** (ESA) qui survient dans les quatre semaines suivant l'évènement traumatique et dont les troubles durent au moins deux jours.
- L'**ESPT**, survenant à distance du traumatisme et dont les troubles durent au moins un mois.

Pour valider le diagnostic positif, cet état doit répondre à plusieurs critères (DSM IV-TR, 2005) qui sont :

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

- (1) Le sujet a vécu, été témoin, ou a été confronté à un ou des évènement(s) au cours du ou desquels des individus ont pu mourir, être très gravement blessés, être menacés de mort ou de grave blessure ou son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacé.
- (2) La réaction du sujet s'est manifestée par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'évènement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs des façons suivantes :

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants du traumatisme provoquant un sentiment de détresse, comprenant des images, pensées ou perceptions.
- (2) Rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse.
- (3) Impressions ou agissements soudains « *comme si* » l'évènement traumatique allait se reproduire, incluant le sentiment de revivre le traumatisme, des illusions, hallucinations ou flashback, y compris ceux survenant au réveil ou au cours d'une intoxication.
- (4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.

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

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- (3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- (6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- (7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

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

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

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

Spécifier si :

- **Aigu** : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois.
- **Chronique** : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

- **Survenue différée** : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

### 3.6.2. Le trouble anxieux généralisé

Les critères diagnostiques selon le DSM-IV TR du TAG sont les suivants (DSM IV-TR, 2005) :

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

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

C. L'anxiété et les soucis sont associés à 3 (ou plus) des 6 symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

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

(2) Fatigabilité.

(3) Difficultés de concentration ou trous de mémoire.

(4) Irritabilité.

(5) Tension musculaire.

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

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

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

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

### 3.6.3. Le syndrome dépressif

Les critères du syndrome dépressif majeur selon le DSM-IV TR sont les suivants (DSM IV-TR, 2005) :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

*NB. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.*

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple, modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères de l'épisode mixte.

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

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

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

### 3.7. Bilan du dispositif

Au niveau national, les demandes de reconnaissances en maladie professionnelle au titre de l'alinéa 4 de l'article L461-1 du Code de la Sécurité sociale ont nettement augmenté entre 2010 et 2014 (CNAMTS-DRP, 2015), augmentation présentée figure 1.

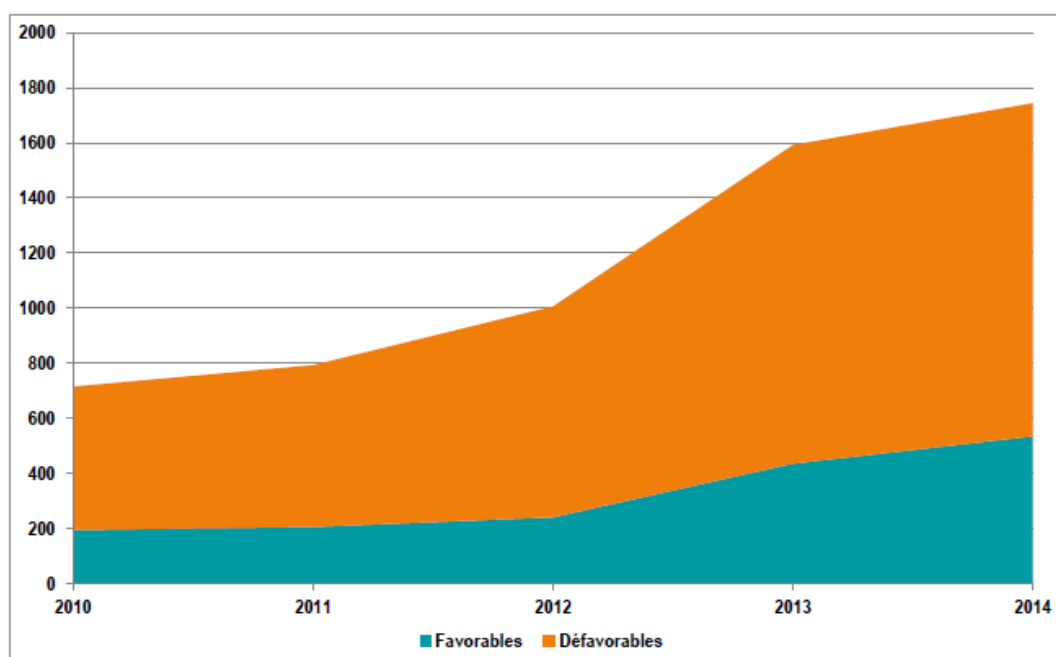


Figure 1 : Nombre cumulé des avis favorables et défavorables des CRRMP en alinéa 4 entre 2010 et 2014

La proportion d'avis favorables par rapport au total des avis émis par l'ensemble des CRRMP de France évolue peu en revanche et est de l'ordre d'un tiers. En ce qui concerne la nature des pathologies dont il est demandé réparation au titre de l'alinéa 4, les avis rendus par l'ensemble des CRRMP de France traitaient dans une large part d'affections psychiques (figure 2). Au niveau national, l'évolution dans le temps des avis favorables par pathologie psychique est représentée dans la figure 3, où il est constaté une surreprésentation des syndromes dépressifs.

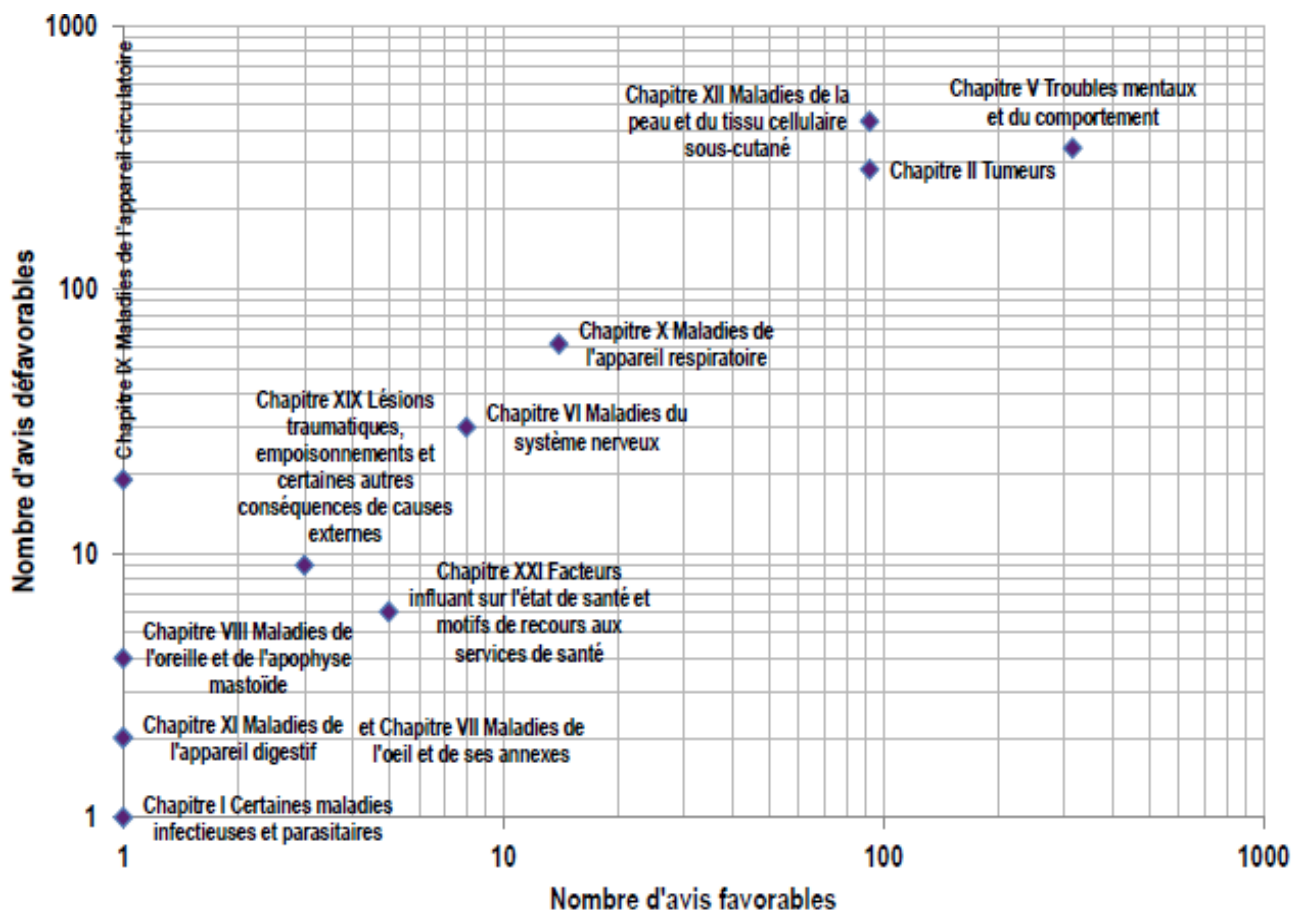


Figure 2 : Nombre d'avis favorables et défavorables prononcés par les CRRMP en alinéa 4 en 2014 par chapitre de la CIM 10

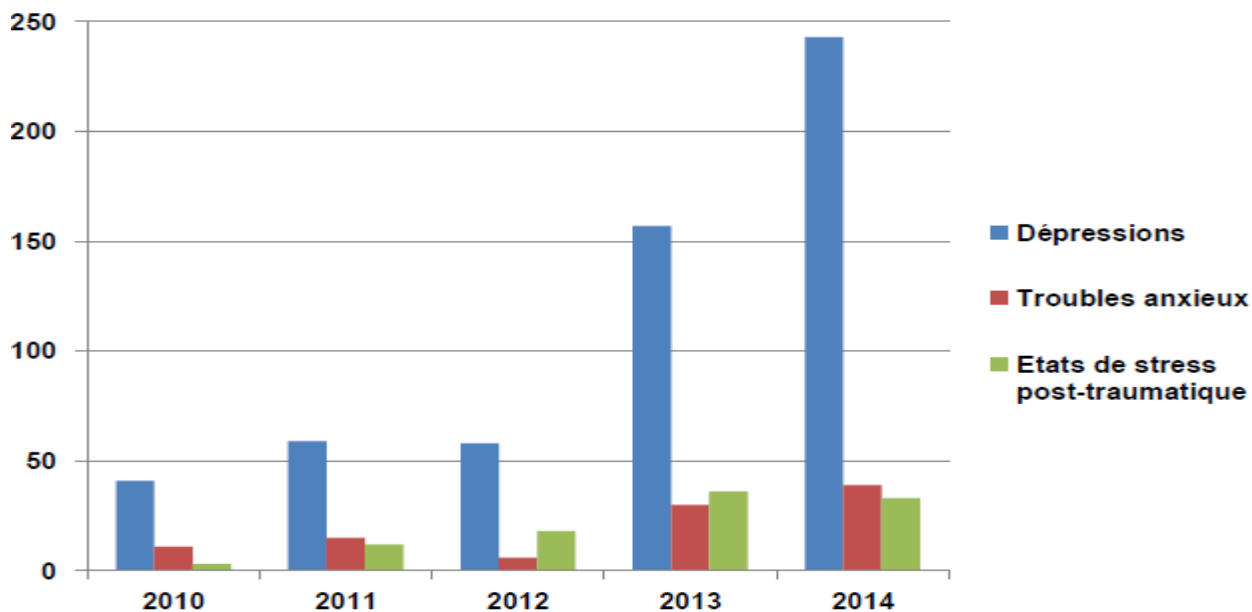


Figure 3 : Nombre d'avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2010 à 2014

Objectifs de l'étude

### **Objectif principal de l'étude**

- Evaluer les informations disponibles dans les dossiers examinés par les membres du CRRMP Limousin Poitou-Charentes leur permettant de statuer sur la reconnaissance en maladie professionnelle des affections psychiques.

### **Objectifs secondaires :**

- Déterminer les critères de reconnaissances permettant au CRRMP Limousin Poitou-Charentes de statuer sur les demandes de reconnaissance en maladie professionnelles dans le cas des affections psychiques d'origine professionnelle.
- Evaluer les critères disponibles dans les dossiers mis à la disposition du CRRMP Limousin Poitou-Charentes pour les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des affections psychiques d'origine professionnelle.



## Matériels et méthodes

## 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et comparative des dossiers de demande de reconnaissance en maladies professionnelles d'affections psychiques soumis à l'avis du CRRMP Limousin Poitou-Charentes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

## 2. Population étudiée

Les dossiers analysés dans cette étude étaient ceux qui ont été soumis à l'avis du CRRMP Limousin Poitou-Charentes au titre de l'alinéa 4 de l'article L461-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des affections psychiques d'origine professionnelle de la période du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 1<sup>er</sup> juillet 2016.

## 3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Les dossiers dont la demande de reconnaissance en maladie professionnelle était examinée par le CRRMP Limousin Poitou Charentes.
- Les dossiers dont la demande de reconnaissance en maladie professionnelle portait sur une affection psychique, au titre de l'alinéa 4 de l'article L461-1 du Code de la Sécurité sociale.
- Les demandeurs pouvaient être affiliés à n'importe quel régime d'assurance maladie, tant que le traitement de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle relevait de la compétence du CRRMP Limousin Poitou Charentes.
- Les demandes qui émanaient d'un TASS et qui ont été traitées sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2014 à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2016 par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes ont également été incluses dans l'étude.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les dossiers dont la demande de reconnaissance en maladie professionnelle ne concernait pas une affection psychique d'origine professionnelle.

Au total, 65 dossiers ont été analysés par les membres du CRRMP Limousin Poitou-Charente entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Sur ces 65 dossiers, un dossier a été exclu de l'étude car celui-ci était illisible du fait d'une erreur à la constitution et à l'impression du dossier, rendant le recueil de données impossible.

## 4. Recueil des données

Le recueil de données a eu lieu de janvier à juin 2016. L'étude rétrospective des dossiers a été réalisée grâce à la mise à disposition des dossiers par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) du Limousin, dont le médecin inspecteur régional du travail conservait chaque dossier examiné au titre de l'alinéa 4 de l'article L 461-1 du Code de la Sécurité sociale depuis l'année 2013.

Chaque dossier a été analysé selon une trame préalablement définie (voir annexe) selon les recommandations de la circulaire 12/2014 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie relative aux documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et l'exposition professionnelle et selon le rapport « Gollac » pour l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux. Les données recueillies étaient les suivantes :

- **Données administratives** des dossiers : année de présentation du dossier au CRRMP, département du demandeur et régime de sécurité sociale du demandeur.
- **Caractéristiques sociodémographiques du demandeur** : sexe, âge, situation familiale.
- **Caractéristiques socioprofessionnelles du demandeur** : catégorie socioprofessionnelle (CSP), contenu des tâches de travail (mono ou polyvalence), ancienneté au poste de travail, dans l'entreprise et dans la profession, situation professionnelle au moment de la demande, mode de rémunération, secteur d'activité, taille, situation économique et mouvements de personnels de l'entreprise du demandeur.
- **Caractéristiques médicales** : date du CMI, diagnostic de la maladie, prise en charge et conséquences sur la santé des déclarants, existence d'un facteur professionnel ou extra-professionnel déclencheur.
- **Contenu du dossier soumis à l'avis du CRRMP** : présence d'un avis sapiteur psychiatrique, d'un compte-rendu de consultation de pathologies professionnelles, de l'avis du médecin du travail, de l'enquête administrative de la caisse dont dépendait le demandeur, et des données de sinistralité CARSAT.
- **Eléments justifiant du lien direct entre la pathologie déclarée et l'exposition professionnelle** par l'évaluation quantitative et qualitative des facteurs de risques psychosociaux relatifs à l'intensité et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, l'autonomie dans le travail, les rapports sociaux au travail, les conflits de valeurs, et l'insécurité de la situation de travail ; l'évolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle ; le délai d'apparition de la pathologie par rapport aux événements professionnels produits ; l'orientation des avis médicaux contenus dans le dossier ; l'identification éventuelle d'un risque collectif ; la présence éventuelle de documents et

actions du médecin du travail portant sur les risques psychosociaux présents dans l'environnement du demandeur.

- **Eléments justifiant du lien essentiel** : recherche d'un terrain psychiatrique à risque ou d'une origine extra professionnelle de la maladie.
- **Conclusion** : acceptation ou rejet de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle.

#### 4. Analyse statistique

Les données ont été saisies dans une base de données créée à l'aide du logiciel Microsoft Access 10. L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel SPSS 20 (IBM Corporation, New York). Les statistiques quantitatives ont été effectuées par simple dénombrement et les résultats des variables qualitatives ont été exprimés en pourcentages. Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi-2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques, les comparaisons des variables quantitatives ont été réalisées par des tests U de Mann-Whitney. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques était de 5 %.

#### 5. Aspect éthique

Au préalable de ce travail, une demande d'autorisation d'analyser les dossiers a été réalisée par courrier auprès du médecin chef régional de la sécurité sociale et acceptée par celui-ci. La saisie des données a été réalisée par une personne unique. Une grille a été remplie pour chaque dossier, à laquelle était systématiquement associé un numéro afin d'anonymiser l'ensemble des données recueillies. Aucune donnée nominative concernant l'entreprise ou le demandeur ne figure dans la base de données.

Résultats

## CHAPITRE 1 : ANALYSE DESCRIPTIVE

### 1. Analyse descriptive des caractéristiques administratives, sociodémographiques, socio-professionnelles et médicales des demandeurs

#### 1.1. Caractéristiques administratives

Au total, 64 dossiers ont été analysés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> juillet 2016. L'évolution du nombre de demandes entre 2014 et 2016 est présentée figure 4. Les demandes provenaient majoritairement du RG avec un total de 62 dossiers (soit 96,9 %), un dossier provenait du régime agricole et un dossier provenait du régime de la SNCF. Les demandes provenaient du département de la Vienne pour 18 dossiers (28,1 %), des Charentes Maritimes pour 13 dossiers (20,3 %), des Deux-Sèvres pour 11 dossiers (17,2 %), de la Corrèze pour 10 dossiers (15,6 %), de la Haute-Vienne pour 6 dossiers (9,4 %) et 2 dossiers provenaient de la Creuse (3,1 %) et 1 de la Charente (1,6 %). Le CRRMP a examiné 5 demandes émanant de tribunaux administratifs de la sécurité sociale (TASS) (une de l'Allier, une de la Dordogne, une du Var, une de la Charente Maritime et une de la Corrèze).

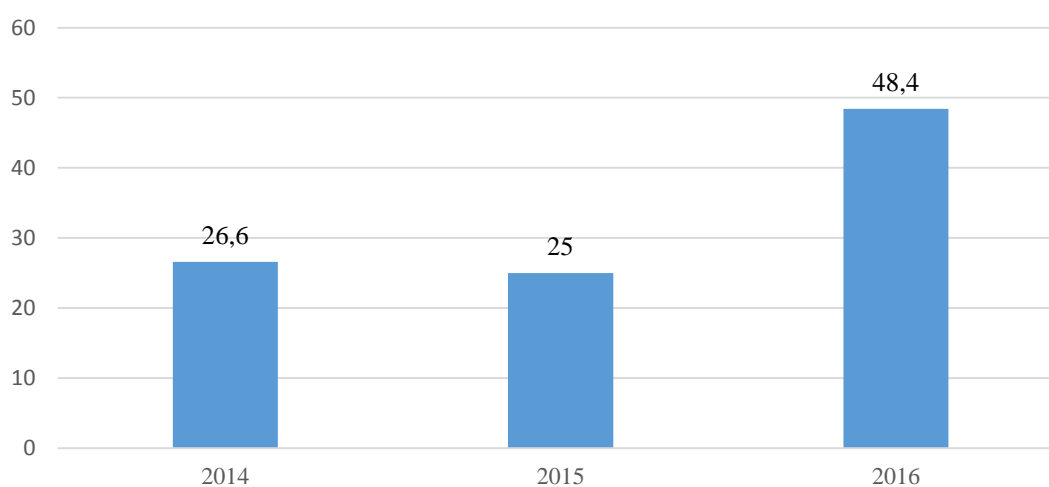


Figure 4 : Evolution des demandes au CRRMP Limousin-Poitou-Charentes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> juillet 2016

#### 1.2. Caractéristiques sociodémographiques

Sur l'ensemble des dossiers étudiés, la répartition selon le sexe était la suivante : 43 dossiers pour les femmes (soit 67,2 %) et 21 dossiers pour les hommes (soit 33,8 %). L'âge moyen était de 46,5 ans (25 à 60 ans). Concernant la situation familiale des déclarants, 38 vivaient en couple (soit 59,4 %) et 8 vivaient seul (soit 12,5 %). Pour 18 dossiers, la situation familiale n'était pas retrouvée.

### 1.3. Caractéristiques socioprofessionnelles

Il existait une prédominance d'employés (39 personnes soit 60,9 %) et 25 exerçaient en tant que cadres et professions supérieures / intermédiaires (39,1 %). Un travail polyvalent était retrouvé chez 57 personnes (89,1 %). Concernant l'ancienneté, l'ancienneté moyenne dans la profession était de 16 ans (2 à 40 ans), l'ancienneté dans l'entreprise de 12,5 ans (2 à 41 ans) et l'ancienneté moyenne au poste de travail de 10 ans (1 à 40 ans). Le secteur d'activité prépondérant était le secteur tertiaire (56 personnes soit 87,5 %) La répartition par secteur d'activité est représentée figure 5. Au sein du secteur tertiaire, la répartition des demandes est représentée figure 6.

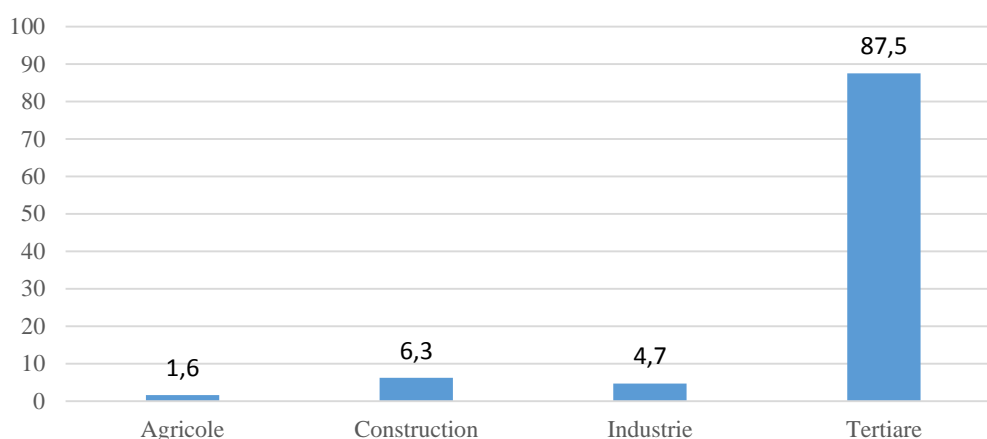


Figure 5 : Répartition par secteur d'activité

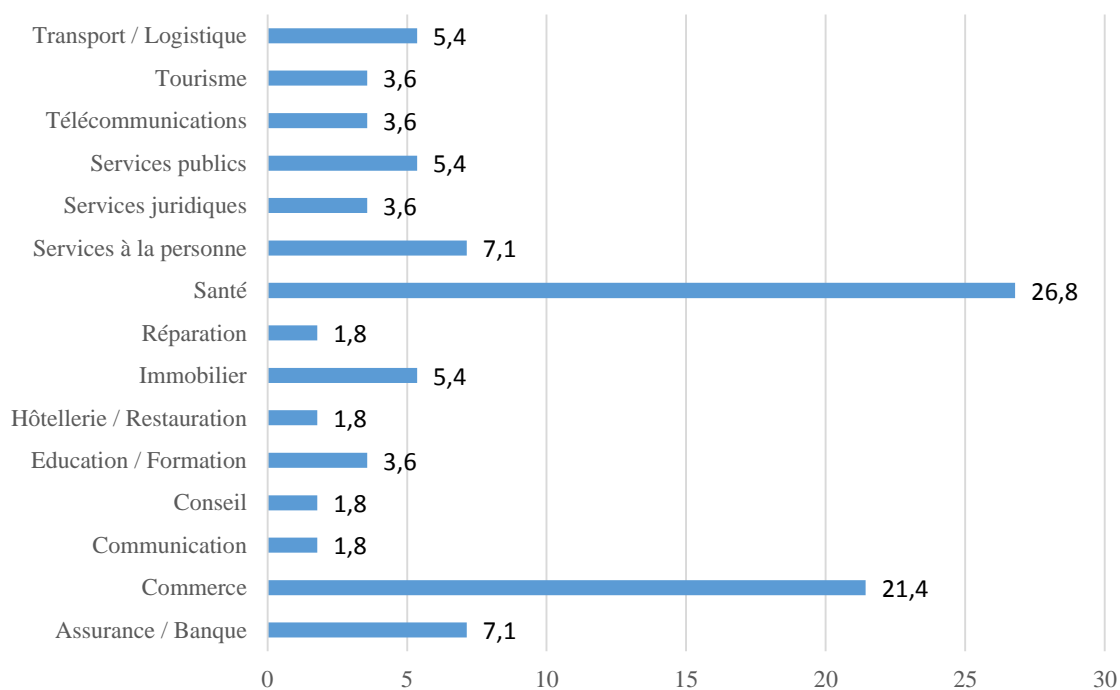


Figure 6 : Nombre de demandes en fonction des différents domaines du secteur tertiaire

Selon la taille de l'entreprise, 22 personnes travaillaient dans une entreprise de taille moyenne (ME) (34,4 %), 19 travaillaient dans une très petite entreprise (TPE) (29,7 %), 12 dans une petite entreprise (PE) (18,7 %) et 11 dans une grande entreprise (GE) (17,2 %). Une notion de mouvements de personnels au sein de l'entreprise ou du service était retrouvée chez 15 personnes sur 22 réponses (68,2 %). Au moment de la demande, 41 personnes étaient en arrêt de travail (64,1 %), 20 avaient été licenciées (31,2 %), 2 avaient signé une rupture conventionnelle du contrat de travail (3,1 %) et une personne était décédée (1,6 %).

#### 1.4. Caractéristiques médicales des demandeurs

Le délai moyen entre l'établissement de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle et l'examen du dossier par le CRRMP était en moyenne de 16 mois (4 à 63 mois). Pour les demandes hors TASS, le délai moyen était de 13 mois (4 à 51 mois). Ce délai moyen pouvait atteindre 53 mois (49 à 62 mois) pour les demandes émanant d'un TASS. La pathologie à l'origine de la demande était un épisode dépressif majeur pour 42 personnes (65,6 %), 20 étaient atteintes d'un trouble anxieux et dépressif mixte (31,2 %), une demande concernait un trouble anxieux généralisé (1,6 %) et une un trouble de la personnalité (1,6 %). La quasi-totalité des assurés prenaient un traitement psychotrope (60 personnes soit 93,8 %) et 52 bénéficiaient d'un suivi spécialisé (83,9 %). La prise en charge et les conséquences sur la santé sont présentées figure 7.

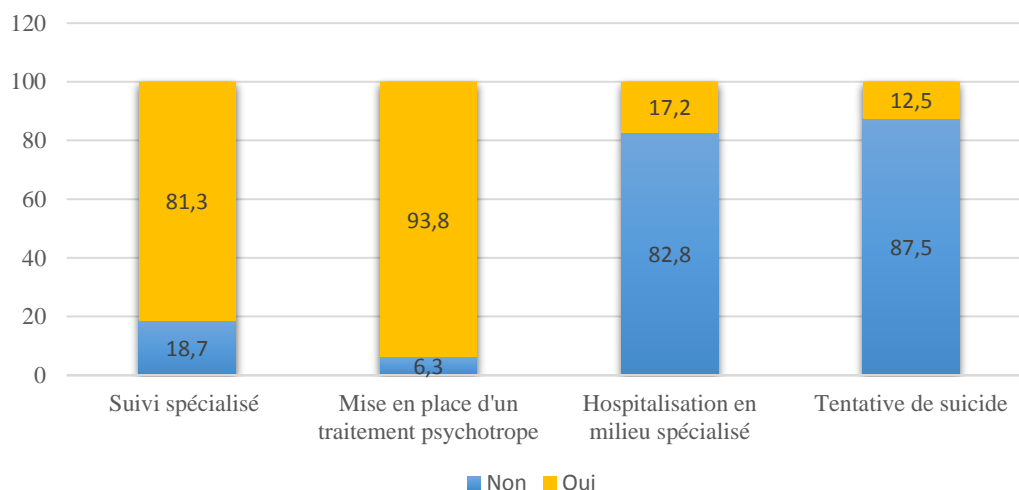


Figure 7 : Prise en charge et conséquence sur la santé des déclarants

Il était retrouvé un facteur professionnel déclencheur à l'origine de la maladie chez 46 personnes (71,9 %) dont le détail est représenté figure 8. Les facteurs professionnels autres retrouvés concernaient 2 dossiers (4,3 %). Il s'agissait pour l'un du décès d'un résident sur le lieu de travail et pour l'autre d'une tentative d'autolyse d'un des collègues de travail sur le lieu de travail. Il était retrouvé pour 17 demandeurs, des facteurs déclenchant d'ordre extra-professionnels (soit 26,6 %), 11



d'entre eux avaient des difficultés familiales d'ordre financier (soit 64,8 %), 3 avaient subi un divorce (soit 17,6 %) et 3 avaient eu un décès dans la famille (soit 17,6 %).

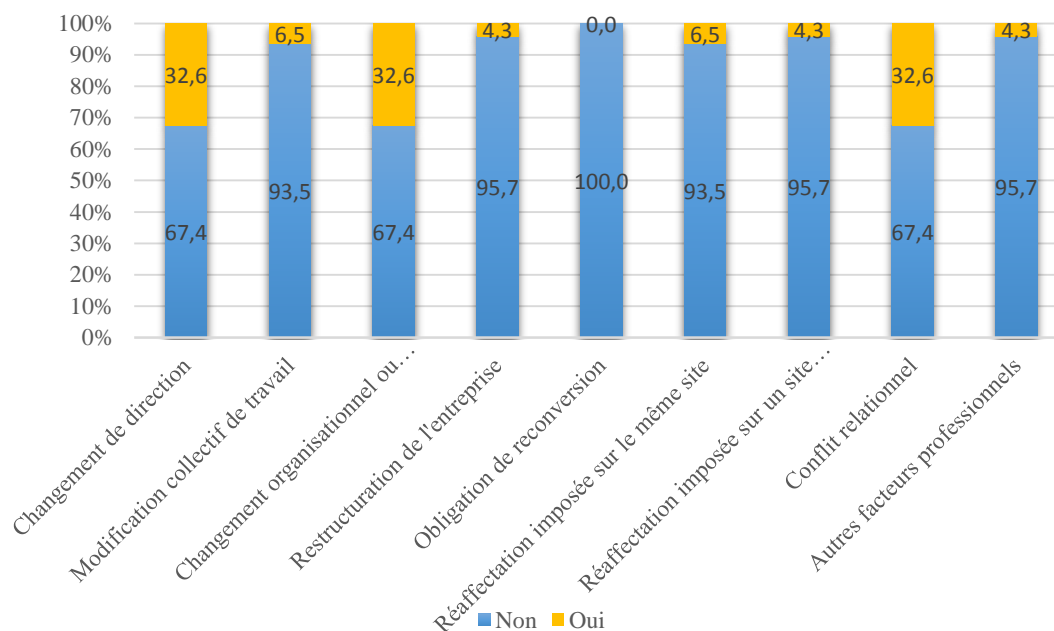


Figure 8 : Nature de l'évènement professionnel déclencheur

## 2. Contenu des dossiers

L'avis du médecin du travail était présent dans 40 dossiers (62,5 %). L'enquête administrative de la CPAM était systématiquement présente. Les éléments présents dans les dossiers ayant été examinés par le CRRMP Limousin Poitou Charentes sont représentés figure 9.

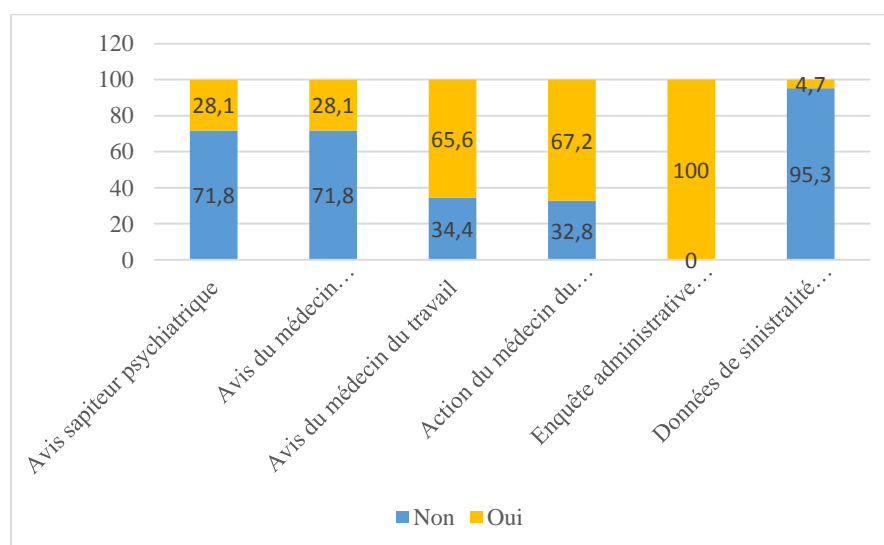


Figure 9 : Contenu des dossiers examinés par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 3. Analyse descriptive des facteurs de risques psychosociaux

#### 3.1. Intensité de travail et temps de travail

##### 3.1.1. Facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail

Les facteurs de risque relatifs à la quantité et au temps de travail sont représentés tableau 1.

<b>Quantité et temps de travail</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Travail excessif	39 (60,9)	12 (18,8)	13 (20,3)
Sous charge de travail	1 (1,6)	55 (85,9)	8 (12,5)
Disponibilité au-delà des horaires de travail	21 (32,8)	24 (37,5)	19 (29,7)
Dépassement habituel des horaires de travail	25 (39,1)	19 (29,7)	20 (31,2)
Imprévisibilité des horaires de travail	13 (20,3)	39 (60,9)	12 (18,8)
Déplacements professionnels fréquents	22 (34,4)	36 (56,2)	6 (9,4)
Astreintes téléphoniques	2 (3,1)	60 (93,8)	2 (3,1)
Non-respect des jours de repos hebdomadaires	5 (7,8)	56 (87,5)	3 (4,7)

Tableau 1 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail

##### 3.1.2. Facteurs relatifs à la pression temporelle

La description des facteurs relatifs à la pression temporelle est représentée tableau 2.

<b>Pression temporelle</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Manque de temps pour faire son travail	23 (35,9)	27 (42,2)	14 (21,9)
Contraintes de rythme dans le travail	8 (12,5)	54 (84,4)	2 (3,1)
Interruption fréquente des tâches de travail	6 (9,4)	39 (60,9)	19 (29,7)
Obligation de se dépêcher dans son travail	34 (53,1)	13 (20,3)	17 (26,6)

Tableau 2 : Analyse descriptive des facteurs de risque relatifs à la pression temporelle

##### 3.1.3. Facteurs relatifs aux objectifs de travail

La description des facteurs relatifs aux objectifs de travail est représentée tableau 3.

<b>Objectifs de travail</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Ressenti d'objectifs irréalistes	17 (26,6)	35 (54,7)	12 (18,7)
Inadéquation entre tâches et moyens	23 (35,9)	33 (51,6)	8 (12,5)

Tableau 3 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux objectifs de travail

### 3.1.4. La complexité du travail

Devoir penser à beaucoup de choses à la fois était retrouvé chez 33 personnes (51,6 %), 27 n'étaient pas concernées (42,2 %) et l'information était manquante dans 4 dossiers (6,2 %).

### 3.1.5. La conciliation entre le travail et le hors travail

Sur les 64 dossiers analysés, 38 demandeurs (soit 59,4 %) ont déclaré avoir une mauvaise conciliation entre le travail et hors travail. La donnée n'était pas précisée dans les 26 dossiers restants (soit 40,6 %).

## 3.2. Exigences émotionnelles

La description des facteurs relatifs aux exigences émotionnelles est présentée dans le tableau 4.

<b>Exigences émotionnelles</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Relations au public	51 (79,7)	12 (18,7)	1 (1,6)
Contacts face à face	51 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Contacts par téléphone	35 (68,6)	10 (19,6)	6 (11,8)
Vécu de tensions avec le public	9 (17,6)	42 (82,4)	0 (0,0)
Contact avec la souffrance	15 (23,4)	49 (76,6)	0 (0,0)
Nécessité de devoir cacher ses émotions	51 (79,7)	13 (20,3)	0 (0,0)
Peur au travail	24 (37,5)	39 (61,0)	1 (1,5)
Peur de l'accident	9 (37,5)	15 (62,5)	0 (0,0)
Risque de violence externe	8 (33,3)	16 (66,7)	0 (0,0)
Peur de l'échec	14 (58,3)	9 (37,5)	1 (4,2)

Tableau 4 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux exigences émotionnelles

### 3.3. Autonomie dans le travail

La description des facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail est présentée dans le tableau 5.

<b>Autonomie</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Ne pas pouvoir décider comment faire son travail	22 (34,4)	29 (45,3)	13 (20,3)
Ne pas avoir la liberté d'interrompre son travail	7 (11,0)	25 (39,0)	32 (50,0)
Ne pas pouvoir développer ses compétences	9 (14,1)	41 (64,1)	14 (21,8)
Ne pas pouvoir apprendre de nouvelles choses	8 (12,5)	11 (17,2)	45 (70,3)
Les compétences ne sont pas pleinement employées	9 (14,1)	41 (64,1)	14 (21,8)
Répétitivité des gestes et des opérations	6 (9,4)	58 (90,6)	0 (0,0)
Formation nécessaire manquante	13 (20,3)	32 (50,0)	19 (29,7)
Absence de consultation du personnel lors des changements	22 (34,4)	1 (1,6)	41 (64,0)

Tableau 5 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail

### 3.4. Rapports sociaux au travail

#### 3.4.1. Conflits, harcèlements

La description des facteurs relatifs aux conflits et harcèlement est présentée dans le tableau 6.

<b>Conflits, harcèlement</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Vécu de comportements méprisants	19 (29,7)	44 (66,7)	1 (1,6)
Vécu de déni de la qualité du travail	35 (54,7)	28 (43,7)	1 (1,6)
Vécu d'atteintes dégradantes	23 (35,9)	41 (64,1)	0 (0,0)
Discrimination	9 (14,1)	55 (85,9)	0 (0,0)
Harcèlement moral	8 (12,5)	55 (85,9)	1 (1,5)
Harcèlement sexuel	2 (3,1)	62 (96,9)	0 (0,0)
Vécu de violences physiques	3 (4,7)	61 (95,3)	0 (0,0)
Notion de procédure prudhomme engagée	8 (12,5)	56 (87,5)	0 (0,0)

Tableau 6 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux conflits et harcèlement dans le travail

#### 3.4.2. Reconnaissance du travail

La description des facteurs relatifs à la reconnaissance dans le travail est représentée tableau 7.

<b>Reconnaissance du travail</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Travail non reconnu par les pairs	11 (17,2)	26 (40,6)	27 (42,2)
Travail non reconnu par la hiérarchie	32 (50,0)	24 (37,5)	8 (12,5)
Travail non reconnu par le public	3 (4,7)	6 (9,4)	55 (85,9)
Rémunération estimée insuffisante	18 (28,1)	15 (23,4)	31 (48,5)
Heures supplémentaires non payées ou non récupérées	12 (18,7)	22 (34,4)	30 (46,9)
Déficit perçu de promotion professionnelle	8 (12,5)	53 (82,8)	3 (4,7)
Rétrogradation	4 (6,2)	59 (92,2)	1 (1,6)

Tableau 7 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à la reconnaissance du travail

#### 3.4.3. Leadership

La description des facteurs relatifs au leadership est représentée dans le tableau 8.

<b>Leadership</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Manque de clarté des explications et instructions délivrées	29 (45,3)	25 (39,1)	10 (15,6)
Ordres ou injonctions contradictoires	13 (20,3)	41 (64,1)	10 (15,6)
Modification du poste de travail sans explications et accord	23 (35,9)	40 (62,5)	1 (1,6)
Manque d'écoute en cas de difficultés dans le travail	34 (53,1)	17 (26,6)	13 (20,3)
Absence d'aide apportée en cas de difficultés au travail	34 (53,1)	14 (21,9)	16 (25,0)
Absence de réaction en cas de mal-être au travail	26 (40,6)	30 (46,9)	8 (12,5)

<b>Leadership (suite)</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Déni de la situation de mal-être au travail	38 (59,4)	22 (34,4)	4 (6,2)
Existence d'un dispositif de prévention RPS dans l'entreprise	3 (4,7)	37 (57,8)	24 (37,5)
Manque de clarté des informations sur l'avenir de l'entreprise	20 (31,2)	1 (1,6)	43 (67,2)
Contrôle anormal de la qualité du travail par la hiérarchie	30 (46,9)	19 (29,7)	15 (23,4)
hypercontrôle	21 (32,8)		
Laxisme	9 (14,1)		
Manque de dialogue en cas de conflit avec un salarié	34 (53,1)	5 (7,8)	25 (39,1)
Autorité	23 (35,9)		
Inaction	11 (17,2)		
Manque de dialogue en cas de conflit entre salariés	7 (11,0)	12 (18,7)	45 (70,3)
Autorité	1 (1,6)		
Inaction	6 (9,4)		

Tableau 8 : Analyse descriptive des facteurs de risque relatifs au leadership

#### 3.4.4. Relations avec la hiérarchie

La description des facteurs relatifs aux relations avec la hiérarchie est présentée dans le tableau 9.

<b>Relations avec la hiérarchie</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Relations de mauvaise qualité	43 (67,2)	17 (26,6)	4 (6,2)
Déficit vécu de soutien de la hiérarchie en cas de difficultés	40 (62,5)	18 (28,1)	6 (9,4)
Vécu de relations délétères avec la hiérarchie	36 (56,2)	28 (43,8)	0 (0,0)
Sensation de mise à l'écart	21 (32,8)	43 (67,2)	0 (0,0)

Tableau 9 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux relations avec la hiérarchie

#### 3.4.5. Evaluation du travail

La description des facteurs relatifs à l'évaluation du travail est présentée dans le tableau 10.

<b>Evaluation du travail</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Déni de la qualité du travail fourni	30 (46,9)	30 (46,9)	4 (6,2)
Sanction injustifiée	12 (18,7)	49 (76,6)	3 (4,7)
Critères d'évaluation rigides ou inadaptés	10 (15,6)	36 (56,2)	18 (28,2)

Tableau 10 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à l'évaluation du travail

### 3.4.6. Relations avec les collègues de travail

La description des facteurs relatifs aux relations avec les collègues de travail est présentée dans le tableau 11.

<b>Relations avec les collègues de travail</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Relations de mauvaise qualité	21 (32,8)	21 (32,8)	22 (34,4)
Mauvaise intégration au sein du collectif de travail	14 (21,9)	16 (25,0)	34 (53,1)
Absence d'entraide entre les collègues	14 (21,9)	18 (28,1)	32 (50,0)

Tableau 11 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux relations avec les collègues de travail

### 3.5. Conflits de valeur éventuels

La description des facteurs relatifs aux conflits de valeur est présentée dans le tableau 12.

<b>Conflits de valeurs</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Conflits éthiques	17 (26,6)	47 (73,4)	0 (0,0)
Qualité empêchée	39 (60,9)	25 (39,1)	0 (0,0)

Tableau 12 : Analyse descriptive des facteurs relatifs aux conflits de valeurs

### 3.6. Insécurité de la situation de travail

La description des facteurs relatifs à l'insécurité de la situation de travail est présentée dans le tableau 13. Pour les 64 déclarants, la situation de travail était jugée insoutenable.

<b>Insécurité de la situation de travail</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Emploi contractuel, CDD, ...	1 (1,6)	63 (98,4)	0 (0,0)
Temps partiel subi	2 (3,1)	62 (96,9)	0 (0,0)
Avertissement / mise à pied	10 (15,6)	54 (84,4)	0 (0,0)
Menace de licenciement	13 (20,3)	51 (79,7)	0 (0,0)
Licenciement en cours	9 (14,1)	55 (85,9)	0 (0,0)

Tableau 13 : Analyse descriptive des facteurs relatifs à l'insécurité de la situation de travail

## 4. Evolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle habituelle

La totalité des déclarants n'étaient plus au travail au moment de la demande. L'évolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle était précisée dans 56 dossiers (87,5 %) : 2 personnes avaient présenté une aggravation de leur état de santé suite au retrait du milieu professionnel

(3,6 %), 30 avaient vu leur état de santé s'améliorer (53,6 %) et 24 avaient présenté une stabilisation de leur état de santé (42,8 %).

## 5. Délai d'apparition de la pathologie par rapport aux évènements professionnels produits

Sur le total des dossiers analysés, le délai moyen d'apparition de la pathologie était de 50 mois, avec une médiane située à 30 mois. Pour les dossiers qui ont bénéficié d'un avis favorable pour la reconnaissance en maladie professionnelle, le délai moyen d'apparition de la maladie était de 36 mois, avec une médiane située à 24 mois. Pour les dossiers dont le CRRMP a rendu un avis défavorable, le délai moyen d'apparition de la pathologie était de 74 mois, avec une médiane située à 60 mois.

## 6. Présence et orientation des avis médicaux

### 6.1. L'avis du psychiatre

Ces données comprennent à la fois l'avis spécialiste psychiatrique lorsque celui-ci était demandé par la CPAM et l'avis du psychiatre traitant lorsque celui-ci était présent dans le dossier. Elles ne sont pas différenciées. Un avis spécialisé psychiatrique était présent dans 38 dossiers (soit 59,4 %), dont 1 dossier où l'avis était défavorable à la reconnaissance en maladie professionnelle (soit 2,6 %), 29 où l'avis était favorable (soit 76,3 %) et pour 8 dossiers le psychiatre ne se prononçait pas sur le caractère professionnel de la maladie (soit 21,1 %). Les 26 dossiers restants ne contenaient pas d'avis spécialisé émanant d'un psychiatre (soit 40,6 %).

### 6.2. L'avis du médecin de la consultation de pathologies professionnelles

Sur l'ensemble des dossiers analysés, 18 contenaient l'avis d'un médecin vu en consultation de pathologie professionnelle (CPP) (soit 28,1 %). Dans ces 18 dossiers, le médecin était favorable à la reconnaissance en maladie professionnelle dans 16 cas (soit 88,9 %) et ne se prononçait pas dans 2 cas (soit 11,1 %).

### 6.3. L'avis du médecin traitant

L'avis du médecin traitant était présent dans 52 dossiers (soit 81,2 %). Le médecin traitant était favorable à la reconnaissance en maladie professionnelle dans 51 cas (soit 98,1 %) et défavorable dans un cas (soit 1,9 %).

#### 6.4. L'avis du médecin du travail

L'avis du médecin du travail était présent dans 42 dossiers (65,6 %) : il était en faveur d'une reconnaissance en maladie professionnelle dans 25 cas (59,5 %), en défaveur dans 2 cas (4,8 %) et ne se prononçait pas dans 15 cas (35,7 %).

#### 6.5. L'avis du médecin conseil de la CPAM

L'avis du médecin conseil était systématiquement présent dans l'ensemble des dossiers. Il était favorable à la reconnaissance en maladie professionnelle pour 38 cas (soit 59,4 %), défavorable pour 10 cas (soit 15,6 %) et ne se prononçait pas sur le caractère professionnel de la maladie dans 16 cas (soit 25,0 %).

### 7. L'identification d'un risque collectif

La description de l'identification d'un risque collectif au sein de l'entreprise des assurés est présentée dans le tableau 14.

<b>Identification d'un risque collectif</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Existence d'autres cas dans l'entreprise	30 (46,9)	9 (14,1)	25 (39,0)
Existence de documents sur RPS émanant de n'importe quelle partie	29 (45,3)	5 (7,8)	30 (46,9)
Intervention de l'inspection du travail dans l'entreprise	5 (7,8)	12 (18,7)	47 (73,5)
Identification de facteurs de RPS dans le DUERP	3 (4,7)	1 (1,6)	60 (93,7)
Données de sinistralité CARSAT	4 (6,2)	0 (0,0)	60 (93,8)

Tableau 14 : Analyse descriptive de l'identification d'un risque collectif au sein de l'entreprise

### 8. Documents et actions du médecin du travail

La description de l'identification d'un risque collectif au sein de l'entreprise est présentée dans le tableau 15.

<b>Documents et actions du médecin du travail</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non précisé</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>
Fiche d'entreprise évoquant des RPS	6 (9,4)	0 (0,0)	58 (90,6)
Courriers d'alerte évoquant une situation de RPS	10 (15,6)	6 (9,4)	48 (75,0)
Procédure d'inaptitude	21 (32,8)	43 (67,2)	0 (0,0)
Procédure d'inaptitude en une fois (Art R4624-31)	11 (52,4)	10 (47,6)	0 (0,0)

Tableau 15 : Analyse descriptive des documents et actions du médecin du travail



## 9. Éléments justifiant du lien essentiel

### 9.1. Existence d'antécédents psychiatriques

Il existait des antécédents psychiatriques chez 12 personnes (18,7 %), dont 7 personnes avaient un antécédent de dépression (58,3 %), 1 avait un antécédent de trouble anxieux généralisé (8,3 %) et 4 avaient un antécédent de troubles de la personnalité (33,4 %).

### 9.2. Existence de facteurs de risque extra-professionnels

Des facteurs extra-professionnels étaient retrouvés chez 17 personnes (26,6 %).

## CHAPITRE 2 : ANALYSE COMPARATIVE

### 1. Analyse comparative des facteurs de risque psychosociaux

#### 1.1. Facteurs relatifs à l'intensité et au temps de travail

##### 1.1.1. Facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs à l'intensité et au temps de travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou Charentes sont représentés dans le tableau 16.

Quantité et temps de travail	Reconnaissance	Rejet	<i>p</i>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Travail excessif</i></b>	<b>30 (76,9)</b>	<b>9 (23,1)</b>	<b>0,001</b>
Sous charge de travail	1 (100,0)	0 (0,0)	0,46
<b><i>Disponibilité au-delà des horaires de travail</i></b>	<b>16 (76,2)</b>	<b>5 (23,8)</b>	<b>0,02</b>
<b><i>Dépassement habituel des horaires de travail</i></b>	<b>19 (76,0)</b>	<b>6 (24,0)</b>	<b>0,003</b>
Imprévisibilité des horaires de travail	9 (69,2)	4 (30,8)	0,41
Déplacements professionnels fréquents	15 (68,2)	7 (31,8)	0,34
Astreintes téléphoniques	2 (100,0)	0 (0,0)	0,26
Non-respect des jours de repos hebdomadaires	3 (60,0)	2 (40,0)	0,85

Tableau 16 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs à la quantité et au temps de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

##### 1.1.2. Facteurs relatifs à la pression temporelle

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs à la pression temporelle en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou Charentes sont représentés dans le tableau 17.

<b>Pression temporelle</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Manque de temps pour faire son travail</i></b>	<b>21 (91,3)</b>	<b>2 (8,7)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Contraintes de rythme dans le travail	6 (75,0)	2 (25,0)	0,50
Interruption fréquente des tâches de travail	5 (83,3)	1 (16,7)	0,21
<b><i>Obligation de se dépêcher dans son travail</i></b>	<b>27 (79,4)</b>	<b>4 (20,6)</b>	<b>0,0003</b>

Tableau 17 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs à la pression temporelle et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 1.1.3. Facteurs relatifs aux objectifs de travail

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs aux objectifs de travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou Charentes sont représentés dans le tableau 18.

<b>Objectifs de travail</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Ressenti d'objectifs irréalistes</i></b>	<b>15 (88,2)</b>	<b>2 (11,8)</b>	<b>0,003</b>
<b><i>Inadéquation entre tâches et moyens</i></b>	<b>21 (91,3)</b>	<b>2 (8,7)</b>	<b>0,0002</b>

Tableau 18 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs aux objectifs de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 1.1.4. La complexité du travail

Sur les 33 personnes qui avaient un travail complexe, 25 (75,8 %) ont eu un avis favorable de la part du CRRMP et 8 (24,2 %) un avis défavorable ( $p = 0,02$ )

## 1.2. Facteurs relatifs aux exigences émotionnelles

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs aux exigences émotionnelles en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 19.

<b>Exigences émotionnelles</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Relation au public	35 (68,6)	16 (31,4)	0,10
<b><i>Contacts par téléphone</i></b>	<b>28 (80,0)</b>	<b>7 (20,0)</b>	<b>0,002</b>
<b><i>Vécu de tensions avec le public</i></b>	<b>3 (33,3)</b>	<b>6 (66,7)</b>	<b>0,01</b>
Contact avec la souffrance	11 (73,3)	4 (26,7)	0,40
Nécessité de devoir cacher ses émotions	35 (68,6)	16 (31,4)	0,20
Peur au travail	17 (70,8)	7 (29,2)	0,45
Peur de l'accident	5 (55,5)	4 (44,5)	0,20
<b><i>Risque de violence externe</i></b>	<b>3 (37,5)</b>	<b>5 (62,5)</b>	<b>0,01</b>
<b><i>Peur de l'échec</i></b>	<b>14 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,002</b>

Tableau 19 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs aux exigences émotionnelles et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 1.3. Facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 20.

<b>Autonomie</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Ne pas pouvoir décider comment faire son travail</i></b>	<b>20 (90,9)</b>	<b>2 (9,1)</b>	<b>0,001</b>
Ne pas avoir la liberté d'interrompre son travail	6 (85,7)	1 (14,3)	0,08
<b><i>Ne pas pouvoir développer ses compétences</i></b>	<b>9 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,01</b>
<b><i>Ne pas pouvoir apprendre de nouvelles choses</i></b>	<b>8 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,01</b>
<b><i>Les compétences ne sont pas pleinement employées</i></b>	<b>9 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,01</b>
Répétitivité des gestes et des opérations	2 (33,3)	4 (66,7)	0,20
Formation nécessaire manquante	11 (84,6)	2 (15,4)	0,20
Absence de consultation du personnel lors des changements	21 (95,5)	1 (4,5)	1,00

Tableau 20 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs à l'autonomie dans le travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 1.4. Rapports sociaux au travail

#### 1.4.1. Facteurs relatifs aux conflits et harcèlement

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs aux conflits et harcèlement en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 21.

<b>Conflits, harcèlement</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Vécu de comportements méprisants</i></b>	<b>17 (89,5)</b>	<b>2 (10,5)</b>	<b>0,004</b>
<b><i>Vécu de déni de la qualité du travail</i></b>	<b>34 (97,1)</b>	<b>1 (2,9)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Vécu d'atteintes dégradantes</i></b>	<b>21 (91,3)</b>	<b>2 (8,7)</b>	<b>0,0007</b>
Discrimination	8 (88,9)	1 (11,1)	0,10
<b><i>Harcèlement moral</i></b>	<b>8 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,02</b>
Harcèlement sexuel	2 (100,0)	0 (0,0)	0,50
Vécu de violences physiques	2 (66,7)	1 (33,3)	1,00
Notion de procédure prudhomme engagée	6 (75)	2 (25)	0,70

Tableau 21 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs aux conflits et harcèlement dans le travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 1.4.2. Reconnaissance du travail

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs à la reconnaissance au travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou Charentes sont représentés dans le tableau 22.

<b>Reconnaissance du travail</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Travail non reconnu par les pairs	8 (72,7)	3 (27,3)	1,00
<b><i>Travail non reconnu par la hiérarchie</i></b>	<b>29 (90,6)</b>	<b>3 (9,4)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Travail non reconnu par le public	2 (66,7)	1 (33,3)	1,00
<b><i>Rémunération estimée insuffisante</i></b>	<b>17 (94,4)</b>	<b>1 (5,6)</b>	<b>0,0001</b>
<b><i>Heures supplémentaires non payées ou non récupérées</i></b>	<b>11 (91,7)</b>	<b>1 (8,3)</b>	<b>0,0008</b>
Déficit perçu de promotion professionnelle	6 (75,0)	2 (25,0)	0,70
Rétrogradation	3 (75,0)	1 (25,0)	1,00

Tableau 22 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs à la reconnaissance du travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 1.4.3. Les facteurs relatifs au leadership

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs au leadership en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 23.

<b>Leadership 1</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Manque de clarté des explications et instructions délivrées</i></b>	<b>28 (96,5)</b>	<b>1 (3,5)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Ordres ou injonctions contradictoires</i></b>	<b>13 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,0003</b>
<b><i>Modification du poste de travail sans explications et accord</i></b>	<b>22 (95,7)</b>	<b>1 (4,3)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Manque d'écoute en cas de difficultés dans le travail</i></b>	<b>33 (97,1)</b>	<b>1 (2,9)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Absence d'aide apportée en cas de difficultés au travail</i></b>	<b>32 (94,1)</b>	<b>2 (5,9)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Absence de réaction en cas de mal-être au travail</i></b>	<b>26 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Déni de la situation de mal-être au travail</i></b>	<b>37 (97,4)</b>	<b>1 (2,6)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Existence d'un dispositif de prévention RPS dans l'entreprise	2 (66,7)	1(33,3)	1,00
<b><i>Manque de clarté des informations sur l'avenir de l'entreprise</i></b>	<b>20 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,04</b>
<b><i>Contrôle anormal de la qualité du travail par la hiérarchie</i></b>	<b>28 (93,3)</b>	<b>2 (6,7)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Manque de dialogue en cas de conflit avec un salarié</i></b>	<b>33 (97,1)</b>	<b>1 (2,9)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Manque de dialogue en cas de conflit entre salariés</i></b>	<b>7 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,0007</b>

Tableau 23 : Analyse comparative entre les facteurs relatifs au leadership et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 1.4.4. Relations avec la hiérarchie

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs aux relations avec la hiérarchie en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 24.

<b>Relations avec la hiérarchie</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<i>Relations de mauvaise qualité</i>	<b>37 (86)</b>	<b>6 (14)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<i>Déficit vécu de soutien de la hiérarchie en cas de difficultés</i>	<b>37 (92,5)</b>	<b>3 (7,5)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<i>Vécu de relations délétères avec la hiérarchie</i>	<b>35 (97,2)</b>	<b>1 (2,8)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<i>Sensation de mise à l'écart</i>	<b>21 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>

Tableau 24 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs aux relations avec la hiérarchie et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 1.4.5. Facteurs relatifs à l'évaluation du travail

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs à l'évaluation du travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 25.

<b>Evaluation du travail</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<i>Déni de la qualité du travail fourni</i>	<b>30 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<i>Sanction injustifiée</i>	<b>12 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,002</b>
<i>Critères d'évaluation rigides ou inadaptés</i>	<b>10 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,002</b>

Tableau 25 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs à l'évaluation du travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 1.4.6. Facteurs relatifs aux relations avec les collègues de travail

Les résultats comparatifs entre les facteurs de risque relatifs aux relations avec les collègues de travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 26.

<b>Relations avec les collègues de travail</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Relations de mauvaise qualité	12 (57,1)	9 (42,9)	0,30
<i>Mauvaise intégration au sein du collectif de travail</i>	<b>7 (50,0)</b>	<b>7 (50,0)</b>	<b>0,04</b>
Absence d'entraide entre les collègues	10 (71,4)	4 (28,6)	1,00

Tableau 26 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs aux relations avec les collègues de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 1.5. Facteurs relatifs aux conflits de valeurs

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs aux conflits de valeurs en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 27.

<b>Conflits de valeurs</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<i>Conflits éthiques</i>	<b>17 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,0002</b>
<i>Qualité empêchée</i>	<b>37 (95,0)</b>	<b>2 (5,0)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>

Tableau 27 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs aux conflits de valeurs et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

## 1.6. Insécurité de la situation de travail

Les résultats comparatifs entre les facteurs relatifs à l'insécurité de la situation de travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 28.

<b>Insécurité de la situation de travail</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Emploi contractuel, CDD, ...	0 (0,0)	1 (100,0)	0,30
Temps partiel subi	2 (100,0)	0 (0,0)	0,50
Avertissement / mise à pied	9 (90,0)	1 (10,0)	0,08
<b>Menace de licenciement</b>	<b>12 (92,3)</b>	<b>1 (7,7)</b>	<b>0,02</b>
Licenciement en cours	7 (77,8)	2 (22,2)	0,70

Tableau 28 : Analyse comparative entre les facteurs de risque relatifs à l'insécurité de la situation de travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

## 2. Analyse comparative de l'évolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle habituelle

Les résultats comparatifs entre l'évolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 29.

<b>Evolutivité de la symptomatologie</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Amélioration	17 (56,7)	13 (43,3)	0,07
Stabilisation	18 (75,0)	6 (25,0)	
Aggravation	0 (0,0)	2 (100,0)	

Tableau 29 : Analyse comparative entre l'évolutivité de la symptomatologie par rapport à l'exposition professionnelle et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 3. Analyse comparative de la présence et l'orientation des avis médicaux

#### 3.1. L'avis du psychiatre

Les résultats comparatifs entre l'orientation de l'avis du psychiatre en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 30.

<b>Présence et orientation de l'avis du psychiatre</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Avis favorable	19 (65,5)	10 (34,5)	0,30
Avis défavorable	0 (0,0)	1 (100,0)	

Tableau 30 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du psychiatre et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 3.2. L'avis du médecin de la consultation de pathologies professionnelles

Les résultats comparatifs entre l'orientation de l'avis du médecin spécialiste en CPP en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 31.

<b>Présence et orientation de l'avis du médecin CPP</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Avis favorable	11 (68,7)	5 (31,3)	0,59
Le médecin ne se prononce pas	1 (50,0)	1 (50,0)	

Tableau 31 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin de la consultation de pathologies professionnelles et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

#### 3.3. L'avis du médecin traitant

Les résultats comparatifs entre l'orientation de l'avis du médecin traitant en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou Charentes sont représentés dans le tableau 32.

<b>Présence et orientation de l'avis du médecin traitant</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Avis favorable	34 (66,6)	17 (33,3)	0,30
Avis défavorable	0 (0,0)	1 (100,0)	

Tableau 32 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin traitant et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 3.4. L'avis du médecin du travail

Les résultats comparatifs entre l'orientation de l'avis du médecin du travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 33.

<b>Présence et orientation de l'avis du médecin du travail</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Avis favorable</i></b>	<b>21 (84,0)</b>	<b>4 (16,0)</b>	<b>0,04</b>
Avis défavorable	0 (0,0)	2 (100,0)	

Tableau 33 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin du travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

### 3.5. L'avis du médecin conseil

Les résultats comparatifs entre l'orientation de l'avis du médecin conseil de la CPAM en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 34.

<b>Présence et orientation de l'avis du médecin conseil</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Avis favorable</i></b>	<b>38 (81,6)</b>	<b>7 (18,4)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Avis défavorable	1 (10,0)	9 (90,0)	

Tableau 34 : Analyse comparative entre la présence et l'orientation de l'avis du médecin conseil de la CPAM et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

## 4. Analyse comparative de l'identification d'un risque collectif

Les résultats comparatifs entre l'identification d'un risque collectif dans les entreprises des assurés en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 35.

<b>Identification d'un risque collectif</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Existence d'autres cas dans l'entreprise</i></b>	28 (93,3)	2 (6,7)	<b>0,0006</b>
<b><i>Existence de documents sur RPS émanant de n'importe quelle partie</i></b>	26 (89,7)	3 (10,3)	<b>0,003</b>
<b><i>Intervention de l'inspection du travail dans l'entreprise</i></b>	5 (100,0)	0 (0,0)	<b>0,03</b>
Identification de facteurs de RPS dans le DUERP	2 (66,7)	1 (33,3)	0,09

Tableau 35 : Analyse comparative entre l'identification d'un risque collectif et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes



## 5. Analyse comparative des documents et actions du médecin du travail

Les résultats comparatifs entre l'existence de documents et actions du médecin du travail en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 36.

<b>Documents et actions du médecin du travail</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
Fiche d'entreprise évoquant des RPS	6 (100,0)	0 (0,0)	0,07
<b><i>Courriers d'alerte évoquant une situation de RPS</i></b>	<b>10 (100,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0,03</b>
Procédure d'inaptitude	14 (66,7)	7 (33,3)	1
Procédure d'inaptitude en une fois (Art R4624-31)	9 (81,8)	2 (18,2)	0,20

Tableau 36 : Analyse comparative entre l'existence de documents et actions du médecin du travail et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

## 6. Analyse comparative des éléments justifiant du lien essentiel

Les résultats comparatifs entre l'existence d'antécédents personnels psychiatriques en fonction de la décision du CRRMP Limousin Poitou-Charentes sont représentés dans le tableau 37.

<b>Éléments justifiant du lien essentiel</b>	<b>Reconnaissance</b>	<b>Rejet</b>	<b>p</b>
	<i>Nb (%)</i>	<i>Nb (%)</i>	
<b><i>Présence d'antécédents personnels psychiatriques</i></b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>12 (100,0)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b><i>Présence de facteurs de risque extra-professionnels</i></b>	<b>3 (17,6)</b>	<b>14 (82,4)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>

Tableau 37 : Analyse comparative entre l'existence d'antécédents personnels psychiatriques et l'avis rendu par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes

## 7. Analyse comparative des demandes émanant d'un TASS

Sur les 5 demandes émanant d'un TASS, 3 avaient été soumis à l'avis d'un CRRMP. Dans deux cas, l'avis du CRRMP Limousin-Poitou-Charentes était identique à l'avis initial et différait dans un cas.

## Discussion

## 1. Principaux résultats de l'étude

Sur l'ensemble des dossiers examinés par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> juillet 2016, 41 demandes (64,1 %) ont reçu un avis favorable et 23 (35,9 %) un avis défavorable. Une augmentation du nombre de demandes était constatée à partir du début de l'année 2016. Le nombre de demandes était stable entre 2014 (17 dossiers) et 2015 (16 dossiers) et avait presque doublé uniquement sur le premier semestre 2016 (31 dossiers). En revanche, il existait une stabilisation au niveau du nombre de dossiers pour lesquels le CRRMP avait émis un avis favorable : 11 acceptations de reconnaissance en maladie professionnelle en 2014 (64,7 %), 10 en 2015 (62,5 %) et 20 en 2016 (64,5 %).

Document qui devrait être obligatoirement présent dans le dossier, l'avis du médecin du travail n'était retrouvé que dans 42 dossiers (65,6 %). Cet avis était favorable dans 25 cas (59,5 %) et défavorable dans 2 cas (4,8 %), il ne se prononçait pas sur l'origine de la pathologie déclarée dans 15 cas (35,7 %). Un avis spécialisé psychiatrique était présent dans 38 dossiers (soit 59,4 %), dont 1 dossier où l'avis était défavorable à la reconnaissance en maladie professionnelle (soit 2,6 %), 29 où l'avis était favorable (soit 76,3 %) et pour 8 dossiers le psychiatre ne se prononçait pas sur le caractère professionnel de la maladie (soit 21,1 %). Les 26 dossiers restants ne contenaient pas d'avis spécialisé émanant d'un psychiatre (soit 40,6 %). Des facteurs extra-professionnels étaient retrouvés dans 17 dossiers (26,6 %). Des antécédents psychiatriques personnels étaient retrouvés chez 12 personnes (18,7 %), dont 7 avaient présenté un antécédent de dépression (58,3 %). L'enquête administrative était systématiquement présente mais son contenu était très hétérogène et l'analyse des dossiers mettait en évidence un nombre important d'informations manquantes.

Parmi les principaux éléments associés à la reconnaissance en maladie professionnelle, les rapports sociaux au travail étaient les facteurs le plus fortement associés à un avis favorable du CRRMP, (mauvaise qualité du leadership, vécu de relation délétère avec la hiérarchie, manque de reconnaissance du travail par la hiérarchie, évaluation négative du travail par la hiérarchie, vécu d'atteintes dégradantes et de comportements méprisants). L'existence de conflits de valeurs (notamment la qualité empêchée), l'intensité, la pression temporelle et les objectifs de travail perçus inatteignables ainsi que le manque d'autonomie procédurale étaient très fortement associés à une acceptation de la demande par le CRRMP. La présence d'un avis en faveur d'une origine professionnelle par le médecin du travail, l'existence d'un courrier d'alerte à l'employeur pour l'informer d'un risque « RPS » ou la notion d'autres situations identiques dans l'entreprise orientaient de façon très significative la décision du CRRMP de manière positive.

## 2. Validité interne de l'étude

### 2.1. Limites de l'étude

Le faible échantillon de l'étude (64 dossiers) peut être à l'origine d'un manque de puissance statistique pour certains résultats. De plus, cet échantillon était principalement issu d'assurés domiciliés dans les régions Limousin et Poitou-Charentes. Il est donc impossible d'extrapoler ces résultats au niveau national. Le nombre important de données manquantes, du fait d'enquêtes administratives incomplètes, constitue également une limite, accentuant le manque de puissance statistique pour les résultats qui ne sont pas significatifs dans notre étude. Un seul lecteur a procédé à l'analyse des dossiers. Il peut donc exister un biais d'interprétation, cependant ce biais est homogène pour l'ensemble des dossiers examinés pour ce travail.

### 2.2. Les points positifs de l'étude

L'ensemble des dossiers ainsi que les avis émis par le CRRMP ont pu être analysés dans cette étude. Le fait qu'il n'y ait eu qu'un seul lecteur peut également être considéré comme un point fort, car il n'existe pas d'effet inter observateur, rendant ainsi l'analyse des dossiers homogène. Le recueil des données a été effectué de façon standardisée, à l'aide d'une grille de lecture conçue spécifiquement à cette fin et élaborée à partir des données issues des recommandations portant sur les documents nécessaires au CRRMP (Circulaire Assurance Maladie 12-2014) et du rapport « Gollac » (Askénazy *et al*, 2011), document de référence pour l'identification et la mesure des facteurs de risques psychosociaux. Enfin, cette étude a bénéficié du soutien du médecin chef régional de la caisse d'Assurance maladie du Limousin et du médecin inspecteur régional de la DIRECCTE du Limousin.

## 3. Validité externe

### 3.1. Facteurs associés à la reconnaissance des affections psychiques en maladie professionnelle

Parmi les différents avis médicaux contenus dans les dossiers mis à la disposition des membres du CRRMP, les avis des médecins conseils étaient significativement associés à la décision de reconnaissance par le CRRMP. Cette constatation n'est pas étonnante puisqu'un certains nombres d'entre eux ont pu déjà participer à des séances du CRRMP comme représentants du médecin conseil régional de la Sécurité sociale et connaissaient le fonctionnement et les critères retenus par le comité. La présence d'un avis psychiatrique (psychiatre traitant ou sapiteur) ne semblait pas influencer sur la décision du CRRMP. Cette constatation est probablement liée au fait que les psychiatres n'ont le plus souvent que la version du patient sans connaître réellement la situation professionnelle et les rapports dans l'entreprise. Le travail est le plus souvent directement mis en cause par ces praticiens dans la

genèse des troubles présentés par leur patient. Il apparaît important que les salariés atteints de ces troubles soient vus par un spécialiste afin de correctement caractériser la maladie, de rechercher des antécédents psychiatriques et surtout de les prendre en charge. L'existence d'un lien direct et essentiel doit rester du seul ressort des médecins ayant la connaissance de la réalité de l'exposition au travail. Concernant la place des médecins psychiatres, un nouveau décret émanant du ministère des affaires sociales et de la santé est paru en juin 2016 (Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016). L'objectif de ce décret était d'améliorer la reconnaissance des pathologies psychiques en maladies professionnelles et le fonctionnement des CRRMP pour ces affections. Celui-ci précise que désormais la présence des 3 membres est uniquement nécessaire pour les affections relevant de l'alinéa 4, et que lorsqu'il s'agit d'affections d'ordre psychique un PU-PH ou PH spécialisé en psychiatrie peut siéger en lieu et place du PU-PH qualifié en matière de pathologies professionnelles. Cette disposition doit permettre aux CRRMP d'avoir un œil expert sur les pathologies psychiques et de permettre plus facilement d'établir ou de rejeter le lien essentiel. Cependant, un PU-PH spécialisé en psychiatrie des compétences dans le domaine des affections psychiques mais connaît peu l'environnement professionnel. Cette nouvelle composition du CRRMP constitue-t-elle réellement une aide pour l'amélioration des reconnaissances des affections psychiques en maladie professionnelle ? On pourrait se poser la question de la plus-value de ce spécialiste par rapport à l'expérience acquise depuis de nombreuses années dans le domaine des risques psychosociaux par les médecins participant au CRRMP. L'introduction de ce spécialiste, sans connaissance du milieu professionnel, sera-t-elle une source de confusion dans un système déjà bien établi ? En revanche, le recours systématique à un avis sapiteur psychiatrique ne pourrait-il pas être une aide importante dans la prise de décision ?

D'après le rapport sur les pathologies psychiques de 2013 (Groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du conseil d'orientation des conditions de travail, 2013), seules 3 entités cliniques, caractérisées, peuvent bénéficier d'une reconnaissance au titre des maladies professionnelles : le syndrome dépressif majeur, le trouble anxieux généralisé et l'état de stress post-traumatique. Pour les autres entités cliniques psychiques, il est estimé qu'un lien direct et essentiel ne pouvait être établi dans la mesure où leurs mécanismes d'apparition peuvent faire intervenir différents facteurs biologiques, environnementaux, génétiques, .... Cette recommandation soulève plusieurs questions notamment concernant le burnout, largement médiatisé, à propos duquel il existe un débat sur l'éventuelle création d'un tableau de maladie professionnelle. Le burnout ne correspond pas à une maladie caractérisée mais à un syndrome regroupant un ensemble de symptômes non spécifiques (Anact *et al*, 2015). Pourquoi, alors, limiter la reconnaissance en maladie professionnelle aux seules 3 affections psychiques précédemment citées en excluant les autres, alors qu'il est question d'introduire un syndrome, donc une entité non caractérisée dans les tableaux des maladies professionnelles ? L'alinéa 4 de l'article L 461-1 du Code de la Sécurité sociale précise que les maladies, non mentionnées dans les tableaux des maladies professionnelles, pour lesquelles le lien direct et essentiel

entre la maladie et le travail habituel de l'assuré est établi, peuvent être reconnues en maladie professionnelle à condition qu'il s'agisse de maladies caractérisées et qu'elles entraînent un taux d'IPP prévisible d'au moins 25 %. Le burnout ne correspond donc pas à ces critères. En revanche, il peut être la source de pathologies psychiques comme la dépression. Pour les pathologies exclues du rapport sur les pathologies psychiques de 2013, celles-ci, mêmes si elles ne sont pas essentiellement causées par le travail, elles peuvent être décompensées du fait du travail si celui-ci comporte des conditions de travail délétères pour la santé, notamment des risques psychosociaux. Si un tableau était créé pour le burnout, pourquoi ne pas envisager la reconnaissance en maladie professionnelle d'autres affections psychiques décompensées par le travail, surtout si cette décompensation est directement et essentiellement causée par le travail ? La notion de lien essentiel limite donc la reconnaissance de la souffrance au travail pour les seules pathologies dont il est estimé qu'elles ne peuvent être uniquement causées que par le travail.

La notion d'IPP prévisible d'au moins 25 % est un élément qui a pu faciliter la transmission des dossiers pour affections psychiques au CRRMP et expliquer l'augmentation du nombre de dossiers vus par les CRRMP au niveau national indépendamment de la détérioration des conditions de travail. La lettre ministérielle du 13 mars 2012, diffusée par la LR-DRP-17/2012 du 12/04/2012, en introduisant la notion d'IPP prévisible, vise à assouplir les conditions de saisine du CRRMP au titre de l'alinéa 4 en supprimant la notion de stabilisation préalable. Toutefois l'exigence d'un taux d'IPP prévisible supérieur à 25 %, est difficile à apprécier par les médecins conseils. En effet lors de la réception du certificat médical initial, les troubles constatés ne permettent pas toujours de prévoir leur évolution vers une IPP inférieure ou supérieure à 25 %. Par ailleurs, faute de critères précis, le traitement des demandes par les CRRMP est hétérogène et fluctuant (Lettre-Réseau LR-DRP 1/2013). Sur ce point, il est constaté dans ce travail une proportion relativement élevée de reconnaissance des affections psychiques en maladies professionnelles, supérieure à 60 %. Une étude similaire réalisée sur la région Aquitaine (Dardevet, 2016) retrouvait un pourcentage de reconnaissance aux alentours de 30 %. En 2014, la proportion moyenne de reconnaissance était de 51,1 % pour l'ensemble des CRRMP (CNAMTS-DRP, 2015). Un rapport d'activité des CRRMP à l'échelle nationale datant de 2010 (CNAMTS-DRP, 2010) retrouvait également d'importantes différences quant au pourcentage de reconnaissance en fonction des villes, la ville de Limoges ressortant comme l'une des villes où les affections relevant de l'alinéa 4, toutes pathologies confondues, étaient le mieux reconnues avec 42 % de reconnaissance. Quels sont les facteurs qui font donc que le CRRMP Limousin Poitou-Charentes reconnaisse plus souvent les affections psychiques d'origine professionnelle en maladies professionnelles ?

Les nouvelles formes d'organisation du travail instaurées depuis la fin du 20<sup>ème</sup> siècle ont profondément modifié le rapport au travail et le vécu du travail. L'évaluation individualisée est

largement utilisée de nos jours. Lorsqu'elle est couplée à une notion d'objectifs, de résultats ou de profits, elle conduit à la mise en concurrence généralisée entre travailleurs, pouvant s'étendre entre services d'une même entreprise, filiales, ... Lorsqu'elle est couplée à une menace de sanctions, voire de licenciement, elle amène au « chacun pour soi », pouvant aller jusqu'à la pratique de concurrence déloyale entre collègues de travail. Elle amène à la disparition de valeurs importantes permettant la cohésion du collectif de travail telle que la confiance et la solidarité, aussi bien du côté des collègues de travail que de la hiérarchie, ce qui peut être un terrain fertile pour le développement des pathologies de la solitude dont la dépression. Utilisée comme moyen de pression, l'évaluation individualisée peut occasionner une intensification du travail et générer des pathologies de surcharge, dont le burnout qui peut conduire à la dépression. La qualité totale, impossible à atteindre, peut pousser certains travailleurs à avoir recours aux infractions, à la tricherie ou encore à la fraude pour satisfaire aux contrôles et aux audits. Elle est source de surcharge de travail mais aussi de conflits éthiques professionnels voire personnels, et peut être à l'origine de burnout et de dépression. La précarisation de l'emploi joue également un rôle dans l'apparition des pathologies psychiques en lien avec le travail, en favorisant l'insécurité de la situation de travail et la peur au travail, participant ainsi à une déstructuration du collectif de travail. Ces nouvelles formes d'organisation du travail influent donc grandement sur les rapports sociaux au travail, tant du côté de la hiérarchie que du côté des collègues de travail, avec une disparition des valeurs sociales au profit de la notion de rendement et de qualité, favorisant les conflits éthiques. Ces conditions peuvent entraîner le développement d'affections psychiques. (Dejours, 2007)

Les grandes familles de facteurs de risque psychosociaux au travail principalement associées à une reconnaissance au titre des maladies professionnelles par le CRRMP Limousin Poitou Charentes n'étaient pas différentes de celles retrouvées au niveau d'autres CRRMP (Chanson *et al.*, 2013). Il s'agissait des familles concernant les rapports sociaux au travail dégradées, notamment avec la hiérarchie, et les conflits de valeur, et dans une moindre mesure l'intensité du travail, résultats concordants avec les données mentionnées précédemment concernant les nouvelles formes d'organisation du travail. L'insécurité de la situation de travail semblait influencer positivement la décision du CRRMP lorsqu'il existait une menace de licenciement. Il convient de préciser que les rapports sociaux au travail comportent des données manquantes, notamment concernant les relations entre les collègues de travail, or l'évaluation de cette sous famille est importante puisqu'une déstructuration du collectif de travail est un facteur reconnu pour favoriser l'apparition de pathologie psychique.

### 3.2. Complétude des dossiers

Pièce obligatoirement recherchée, l'avis du médecin du travail n'était présent que dans 42 dossiers (65,6 %). Se pose la question de savoir d'une part, pourquoi cette pièce n'est pas systématiquement

retrouvée dans les dossiers et d'autre part, lorsqu'elle est présente, pourquoi existe-t-il des cas où le médecin du travail ne se prononce pas ? Lorsque l'avis est manquant au dossier, on peut se demander si l'avis du médecin du travail a bien été sollicité par la caisse ayant traité la demande de reconnaissance en maladie professionnel. On peut aussi supposer que la position délicate du médecin du travail étant à la fois le conseiller de l'employeur et du salarié, et dont l'avis n'est pas couvert pas le secret médical lors d'une telle demande puisse expliquer qu'il y ait à la fois des avis manquants et des avis sur lesquels il ne se prononce pas.

Un avis spécialisé psychiatrique était présent dans 38 dossiers (soit 59,4 %). Les 26 dossiers restants ne contenaient pas d'avis spécialisé émanant d'un psychiatre (soit 40,6 %). Les avis sapisiteurs psychiatriques sont demandés par la caisse d'assurance maladie responsable de l'instruction du dossier pour discuter du caractère professionnel de la pathologie et/ou statuer sur le taux d'incapacité permanente prévisible permettant ainsi à la caisse d'orienter ou non la demande vers le CRRMP. Ceci pourrait être en partie à l'origine du nombre d'avis où le psychiatre ne se prononçait pas. Il est à noter que cet avis n'est pas obligatoire et constitue simplement une aide à la caractérisation de la maladie et à la fixation du taux d'IPP prévisible. Il peut être supposé que pour les dossiers où il n'y avait pas d'avis psychiatrique sapisiteur, le médecin conseil a pu établir seul le diagnostic et la fixation du taux d'IPP prévisible. En ce qui concerne les avis émis par les psychiatres traitants, ils étaient fréquemment formulés sous la forme de certificats remis à la demande de l'intéressé. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en ce qui concerne les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle relevant de l'alinéa 4, c'est à l'assuré d'apporter la preuve du lien de causalité direct et essentiel entre son activité professionnelle et sa pathologie. La proportion élevée d'avis en faveur d'une origine professionnelle pourrait s'expliquer par l'absence de connaissance par les psychiatres du milieu de travail concerné mais également par le fait que ces derniers ne disposent que des dires du patient.

Des facteurs extra-professionnels étaient retrouvés dans 17 dossiers (26,6 %). Une partie spécialement prévue à cet effet est contenue dans l'observation médicale remplie par le médecin conseil de la caisse. Dans les observations médicales des 47 autres dossiers (73,4 %), la mention « néant » y figurait. On peut ainsi se demander si cette information a bien été cherchée ou bien si la mention « néant » apparaît systématiquement par défaut. Des antécédents psychiatriques personnels étaient retrouvés chez 12 personnes (18,7 %), dont 7 avaient présenté un antécédent de dépression (58,3 %), 1 avait un antécédent de trouble anxieux généralisé (8,3 %) et 4 avaient un antécédent de troubles de la personnalité (33,4 %). On peut se questionner sur l'exactitude de ces chiffres, cette donnée reposant principalement sur les déclarations de l'assuré.

Concernant l'enquête administrative, la totalité des dossiers analysés dans notre étude en comportait une. Cependant, les informations recueillies par les enquêteurs montraient une disparité selon les enquêteurs par rapport à la qualité du recueil et à la manière d'appréhender les facteurs de



risque psychosociaux dans l'entreprise. Cette constatation est probablement en partie liée à l'absence d'utilisation d'outils standardisés par ces enquêteurs, laissant à leur propre appréciation, l'évaluation de ce type de risque. La situation socio-économique était très peu mentionnée. Le mode de rémunération était absent dans 85,9 % des dossiers, la situation économique de l'entreprise dans 90,6 % des dossiers et la notion de mouvement de personnel au sein de l'entreprise dans 65,6 % des dossiers. En ce qui concerne la recherche des facteurs de risque psychosociaux, certaines familles de risque connus comme pouvant être à l'origine de souffrance au travail, étaient peu évaluées, notamment les relations avec les collègues de travail (la notion d'entraide était manquante dans 50,0 % des dossiers, celle d'intégration dans 53,1 % des dossiers), l'autonomie dans le travail (par exemple, le fait de ne pas avoir la liberté d'interrompre son travail qui n'était précisé que dans 50,0 % des dossiers, le fait de ne pas pouvoir apprendre des choses nouvelles dans 70,3 % des dossiers) et la reconnaissance du travail fourni (la reconnaissance par les pairs n'était pas précisé dans 42,2 % des dossiers, la rémunération estimée insuffisante dans 48,5 % des dossiers et la notion d'heures supplémentaires non rémunérées / récupérées dans 46,9 % des dossiers). L'existence d'un risque collectif était également une donnée peu présente dans les dossiers (la notion de prise en compte des RPS dans le DUERP n'était quasiment jamais recherchée (6,3 % des dossiers), de même que l'existence de documents émanant de n'importe quelle partie évoquant une situation de RPS dans l'entreprise (53,1 % des dossiers). Bien que cette enquête soit obligatoire, car source d'informations essentielles pour la décision des membres du CRRMP, il est donc constaté que celle-ci n'est pas réalisée selon les recommandations de la circulaire 12/2014 portant sur les documents nécessaires au CRRMP. Ces recommandations ont-elles été diffusées aux agents enquêteurs assermentés des caisses d'assurance maladie ? Sont-ils suffisamment formés pour réaliser de telles enquêtes ? Ont-ils le temps nécessaire ? Sachant que pour mener à bien son enquête, l'agent assermenté devrait interroger également l'employeur et les collègues de travail de la victime. L'avis de l'employeur n'était absent que pour un seul dossier (changement de direction depuis la demande de reconnaissance en maladie professionnelle). En revanche, des témoignages de collègues de travail n'étaient recherchés que pour 30 dossiers (46,9 %).

#### 4. Proposition d'une grille destinée aux enquêteurs de la CPAM réalisant les enquêtes en entreprise

Au vu des résultats de ce travail, il a été constaté que de nombreuses informations nécessaires à la décision de reconnaissance au titre des maladies professionnelles des maladies psychiques par les membres du CRRMP n'étaient pas disponibles dans les dossiers, notamment dans l'enquête administrative réalisée par la caisse d'assurance maladie ayant à charge l'instruction du dossier. Nous proposons donc une grille destinée aux agents enquêteurs assermentés dont le but serait de permettre aux membres du CRRMP de retrouver les éléments nécessaires dans le dossier pour les aider dans leur

décision d'acceptation ou de refus. Cette grille peut également permettre d'harmoniser le contenu des enquêtes en donnant une trame aux agents assermentés pour les aider dans la réalisation de leur enquête.

	OUI	NON
<b><i>Evènement professionnel déclencheur</i></b>		
Changement de direction		
Changements organisationnels et / ou technologiques		
Modification du collectif de travail		
Restructuration de l'entreprise		
Réaffectation imposée sur le même site ou sur un site différent		
Conflit relationnel		
Autre facteur professionnel déclencheur		
<b><i>Mouvements de personnel dans l'entreprise</i></b>		
Notion de turn-over important au sein de l'entreprise ou du service		
<b>INTENSITE ET TEMPS DE TRAVAIL</b>		
<b><i>Quantité et temps de travail</i></b>		
Notion de quantité de travail excessive		
Notion de sous charge de travail		
Dépassement habituel des horaires de travail		
<b><i>Pression temporelle</i></b>		
Manque de temps pour faire son travail		
Obligation de se dépêcher pour son travail		
<b><i>Objectifs de travail</i></b>		
Ressenti d'objectifs flous ou irréalistes		
Inadéquation entre tâches et moyens		
<b><i>Mauvaise conciliation travail et vie privée</i></b>		
<b>EXIGENCES EMOTIONNELLES</b>		
Notion de peur au travail		
<b>AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL</b>		
Ne pas pouvoir décider comment faire son travail		
Ne pas pouvoir développer ses compétences		
Ne pas pouvoir employer pleinement ses compétences		
Ne pas pouvoir apprendre de nouvelles choses		
<b>RAPPORTS SOCIAUX AU TRAVAIL</b>		
<b><i>Notion de dégradation des relations (hiérarchie ou collègues)</i></b>		
Vécu de comportements méprisants		
Vécu de déni de la qualité du travail		
Vécu d'atteintes dégradantes		
<b><i>Reconnaissance du travail</i></b>		
Travail non reconnu par la hiérarchie		
Rémunération jugée insuffisante		
Heures supplémentaires non payées / non récupérées		

	OUI	NON
<b>Leadership</b>		
Manque de clarté des explications et instructions délivrées (sur le travail ou l'avenir de l'entreprise)		
Ordres ou injections contradictoires		
Modification du poste de travail sans explication ou accord préalable		
Manque d'écoute et d'aide en cas de difficultés dans le travail		
Déni de la situation de mal-être au travail		
Contrôle anormal de la qualité du travail (hypercontrôle ou laxisme)		
Manque de dialogue en cas de conflit (avec la hiérarchie ou un collègue)		
Critères d'évaluation rigides ou inadaptés		
<b>Relations avec la hiérarchie</b>		
Vécu de relations délétères		
Sensation de mise à l'écart		
Sanction injustifiée		
<b>Relations avec les collègues de travail</b>		
Mauvaise intégration au sein du collectif de travail		
Absence de soutien des collègues en cas de difficultés au travail		
<b>CONFLITS DE VALEURS</b>		
Conflits éthiques		
Qualité empêchée		
<b>INSECURITE DE LA SITUATION DE TRAVAIL</b>		
Avertissement / mise à pied		
Menace de licenciement		
<b>EXISTENCE D'UN RISQUE COLLECTIF DANS L'ENTREPRISE</b>		
Existence d'autres cas dans l'entreprise		
Existence de documents sur les RPS présents dans l'entreprise, émanant de n'importe quelle partie		
Absence de prise en compte des RPS dans le DUERP		
Intervention de l'inspection du travail dans l'entreprise concernant les RPS		
<b>DOCUMENTS DU MEDECIN DU TRAVAIL</b>		
Existence de courrier d'alerte évoquant une situation de RPS dans l'entreprise		
Notion de RPS dans la fiche d'entreprise		
<b>EMPLOYEUR</b>		
L'employeur avait-il connaissance de la situation évoquée par l'assuré		
L'employeur a-t-il mis des choses en place par rapport à cette situation		
<b>COLLEGUES DE TRAVAIL</b>		
Des éléments allégués par l'assuré sont-ils retrouvés dans les témoignages des collègues de travail		

## Conclusion

Pour qu'une affection psychique puisse être reconnue d'origine professionnelle, le CRRMP doit établir le lien direct et essentiel entre l'exposition professionnelle habituelle et la pathologie présentée par l'assuré(e). Pour réaliser sa mission, un dossier constitué par la caisse d'assurance maladie dont dépend le déclarant est mis à disposition des membres du CRRMP. Ce dossier contient des documents fondamentaux pour l'aide à la décision du CRRMP, notamment l'enquête administrative et l'avis du médecin du travail. L'analyse des dossiers examinés par le CRRMP Limousin Poitou-Charentes a permis de constater :

- Une augmentation du nombre de dossiers traités par ce CRRMP au cours du premier semestre de l'année 2016, probablement liée à la notion d'IPP prévisible, facilitant ainsi l'accès à la reconnaissance.
- Des facteurs le plus souvent associés à une décision de reconnaissance en maladie professionnelle des affections psychiques par les membres du CRRMP qui relevaient majoritairement des rapports sociaux au travail et des conflits de valeurs et dans une moindre mesure de l'intensité et du temps de travail et de l'autonomie au travail.
- Une majorité de dossiers incomplets, notamment avec des dossiers ne contenant pas l'avis du médecin du travail et des enquêtes administratives au contenu très hétérogène, avec des informations manquantes sur la recherche des risques psychosociaux dans l'entreprise de l'assuré.

Il serait donc souhaitable d'harmoniser le contenu des dossiers, tant concernant la présence de l'avis du médecin du travail, indispensable par sa connaissance du salarié et de l'entreprise, que le contenu de l'enquête administrative. Concernant l'absence des avis des médecins du travail dans les dossiers ou l'absence de positionnement par rapport à l'origine professionnelle, il conviendrait de réaliser une enquête sur les causes réelles expliquant cette constatation. Pour améliorer la connaissance et la complétude des informations fournies aux membres du CRRMP, une grille renseignant les informations à recueillir par les agents enquêteurs assermentés permettrait aux membres du CRRMP de retrouver les éléments nécessaires dans le dossier pour les aider dans leur décision d'acceptation ou de refus de reconnaissance au titre des maladies professionnelles pour affections psychiques. Une évaluation après la mise en place de cette grille pourrait être réalisée afin d'estimer si celle-ci a permis d'optimiser le contenu des dossiers. Concernant l'introduction d'un psychiatre siégeant au CRRMP, il sera intéressant, lorsque cette mesure aura été mise en place, d'évaluer la plus-value de ce praticien.

Le nouveau Plan Santé Travail 2016-2020 a fait de la prévention des risques psychosociaux une priorité (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, 2016). L'évolution du nombre de déclarations de maladies professionnelles pour affections psychiques

sera un bon indicateur pour évaluer l'impact des mesures et des dispositions proposées par ce nouveau Plan Santé Travail 3.

## Bibliographie

Abadia G., Brisbart C., Cosset Y., Delépine A., Chapouthier-Guillon A., Gorvel A. Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale. INRS 2012. 361p. 8-19

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, INRS, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Guide d'aide à la prévention. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. DICOM. 2015 ; 34p.

Algava E., Chouanière D., Cohidon C., Dubré Y., Kittel F., Leclerc A., Le Moal M., Lorient M., Moisan MP., Niedhammer I., Pezt-Langevin V., Sermet C., Sultan-Taieb H., Weibel L. Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants. Synthèse et recommandations. Expertise collective. Inserm, 2011 ; 77p.

Article 222-33 du Code Pénal.

Article 222-33-2 du Code Pénal.

Article L. 413-13 du Code de la Sécurité sociale.

Article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article L. 461-1 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale.

Article L. 461-1 Alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale.

Article L. 461-1 Alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale.

Article D. 461-26 du Code de la Sécurité sociale.

Article D. 461-27 du Code de la Sécurité sociale.

Article D. 461-28 du Code de la Sécurité sociale.

Article D. 461-29 du Code de la Sécurité sociale.

Article D. 461-30 du Code de la Sécurité sociale.

Articles L. 1131-1, L. 1132-1 et suivants du Code du Travail.

Articles L. 1141-1, L1142-1 et suivants, L. 1143-1 et suivants du Code du Travail.

Articles L. 1152-1 et suivants du Code du Travail.

Articles L. 1153-1 et suivants du Code du Travail.

Articles L. 4121-1 et suivants du Code du Travail.

Askenazy P., Baudelot C., Brochard P., Brun JP., Cases C., Davezies P., Falissard B., Gallie D., Gollac M., Griffiths A., Grignon M., Imbernon E., Leclerc A., Molinier P., Niedhammer I. 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. 2011, 233p. URL : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf) (consulté le 15/06/2016).

Chanson C., Leonard M., Thaon I., Penven E., Speyer E., Paris C. Reconnaissance des psychopathologies par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles de Lorraine entre 2005 et 2011. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. Juin 2013 ;74(3) :279-88.

Chouanière D. Risques psychosociaux et souffrance au travail. EMC – Pathologies professionnelles et de l'environnement 2015; 12p [Article 16-793-F-10].

Circulaire CIR 12-2014 de l'Assurance Maladie du 12 juin 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. Groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle, Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social, Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail, Commission des Pathologies Professionnelles. 2014.

Circulaire CNAMTS-DRP 22-2001 ; ENSM 29-2001 du 02 août 2001 relative au rôle de l'ingénieur-conseil en chef du service de prévention dans les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

CNAMTS-DRP. Bilan d'activité des CRRMP. Année 2010. 2010 ; 17p.

CNAMTS-DRP. Rapport de gestion 2014 de l'Assurance maladie - Risques professionnels. 2015 ; 158p.

Dardevet M. Réparation de la pathologie psychique en maladie professionnelle : élaboration d'une grille permettant d'optimiser l'instruction des dossiers en vue de leur présentation au CRRMP d'Aquitaine. Thèse n°3019. 2016 ; 150 p.

Dares Analyses. Subir un comportement hostile dans le cadre du travail : plus de 20 % des salariés s'estiment concernés. 2014-044, 12p. URL : <https://dares.travail-emploi-gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/subir-un-comportement-hostile-dans-le-cadre-de-son-travail-plus-de-20-des-salaries> (consulté le 15/08/2016).

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 comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Dejours C., Abdoucheli E. Le concept de psychopathologie du travail. « Itinéraire théorique en psychopathologie du travail ». Prévenir. 1990, 20 : 127-151.

Dejours C. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. 2003, 84 : 9-56.

Dejours C. Aliénation et clinique du travail. Actuel Marx. 2006, 39 ; 123-144.

Dejours C. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). L'information psychiatrique. 2007 ; 83 ; 269-275.

Demaegdt C., Rolo D., Dejours C. Psychopathologie et psychodynamique du travail. EMC – Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2013 ; 11p [Article 16-793-E-15].

DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Texte révisé, 4<sup>ème</sup> édition. ELSEVIER / MASSON ; 2005 ; 1082p.

EU-OSHA. La violence au travail. FACTS. 2002-24. URL: <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/24>. (consulté le 15/08/2016).

EUROGIP. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne. Note thématique, 47/F, 2010, 22p. URL : [http://travail-emploi-gouv.fr/IMG/pdf/EUROGIP\\_RPS\\_au\\_travail.pdf](http://travail-emploi-gouv.fr/IMG/pdf/EUROGIP_RPS_au_travail.pdf). (consulté le 15/08/2016).

Grenier-Pezé M., Soula MC. Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral. Documents du médecin du travail, 2002-90 ; 8p.

Groupe d'experts présidé par le Pr. Bergeret A., validé par le directeur général du Travail et le directeur de la Sécurité sociale. Guide pour les comités de reconnaissance régionaux des maladies professionnelles institués par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993, version consolidée 2013. Références en santé au travail. INRS. 2014-137 ; 146 ; 91-120.

Groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du Comité d'Orientation sur les Conditions de Travail, ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique. Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Partie 1 : pathologies psychiques. Rapport final. Références en Santé au Travail. 2013 ; 133 ; 75-86.



INRS<sup>1</sup>. Harcèlement et violence interne. Conséquences pour les salariés et l'entreprise. 2016, 12:4. URL : <https://inrs.fr/risques/harcelements-violences-internes/consequences-salaries-entreprise.html> (consulté le 15/08/2016).

INRS<sup>2</sup>. Agression et violence externe. Exemples d'exposition aux risques. 2016. 13:3. URL : <https://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/exemples-exposition-risques.html> (consulté le 15/08/2016).

INRS<sup>3</sup>. Risques psychosociaux. Facteurs de risque. 2016, 19:5. URL : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html> (consulté le 16/08/2016).

Lettre-Réseau LR-DRP 1/2013. Caisse Nationale Assurance Maladie, Direction des Risques Professionnels. Recommandations concernant l'instruction des demandes de reconnaissance des pathologies psychiques au titre de l'article L. 461-1 4<sup>ème</sup> alinéa.

Nasse Ph., Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. 2008, 42p. URL : [http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/medias/RAPPORT\\_Nasse-Legeron\\_12\\_mars\\_2008.pdf](http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/medias/RAPPORT_Nasse-Legeron_12_mars_2008.pdf) (consulté le 30 /07/ 2016).

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Direction générale du travail. Plan santé au travail 2016-2020. DICOM, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. 2015 ; 72 p.

Paoli P., Merllie D., Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail ; 2001-11 ; 72 p.

Rolo D. Les nouvelles formes d'organisation du travail. Paradoxa1856. 2008. URL : <https://paradoxa1856.wordpress.com/2088/04/23/les-nouvelles-formes-dorganisation-du-travail/> (consulté le 30/07/2016)

Trontin C., Lassagne M., Boini S., Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007. 2010. URL : <https://www.inrs.fr/risques/stress/publications-outils-liens.html> (consulté le 15/08/2016)

Annexe

# Grille de lecture des dossiers de demandes de reconnaissance d'affections psychiques en maladies professionnelles examinées par le CRRMP Limousin Poitou Charentes

## 1. Caractéristiques administratives, sociodémographiques, socioprofessionnelles et médicales du demandeur

### 1.1. Données administratives

- Année de présentation du dossier au CRRMP
  - 2013
  - 2014
  - 2015
  - 2016
- Mois de présentation du dossier au CRRMP
- Régime de sécurité sociale concerné
  - Régime général
  - Mutualité sociale agricole
  - Autre régime
- Département du demandeur

### 1.2. Caractéristiques sociodémographiques du demandeur

- Sexe :
  - Homme
  - Femme
- Âge à la date de la demande
- La situation familiale
  - Marié(e)
  - Vivant seul(e)

### 1.3. Caractéristiques socio-professionnelles du déclarant

- Catégorie socio-professionnelle :
  - Cadre et profession supérieure / intermédiaire
  - Employé(e)
  - Ouvrier(e)
- La mono ou la polyvalence

- Ancienneté du déclarant dans :
  - La profession incriminée
  - Dans l'entreprise
  - Au poste
  
- La situation professionnelle :
  - En activité
  - En arrêt
  - Licencié(e)
  - Démission
  - Rupture conventionnelle de contrat
  - Non précisé
  
- Secteur d'activité de l'entreprise concernée
  - Industrie
  - Construction
  - Agricole
  - Tertiaire
    - Assurance / banque
    - Commerce
    - Communication
    - Conseil
    - Education / formation
    - Entretien
    - Finances
    - Hôtellerie / restauration / café
    - Loisirs
    - Informatique
    - Recherche
    - Santé / médecine
    - Sécurité
    - Services à la personne
    - Services juridiques
    - Services publics
    - Télécommunication
    - Tourisme
    - Transport / logistique
  
- La taille de l'entreprise
  - TPE : < 10 salariés
  - PE : entre 10 et 49 salariés
  - ME : entre 50 et 199 salariés
  - GME : > 200 salariés
  
- Mode rémunération
  - Fixe
  - Variable
  - Non précisé

- Mouvements du personnel dans l'entreprise, le service, l'environnement du demandeur
  - Notion de turn-over important
  - Pas ou peu de mouvement de personnel
  - Non précisé
  
- La situation économique de l'entreprise
  - Embauche / progression
  - Stable
  - Baisse significative du chiffre d'affaire
  - Débauche / licenciement économique
  - Non précisé

#### 1.4. Données médicales

- Date du CMI
  
- Diagnostic de la maladie déclarée
  - Episode dépressif majeur
  - Trouble de l'anxiété généralisé
  - Etat de stress post-traumatique
  - Autre
  
- Impact sur la santé et les soins
  - Nécessité de suivi spécialisé régulier OUI / NON / NON PRECISE
  - Nécessité de prise de traitement psychotrope au long cours (au moins 6 mois) OUI / NON / NON PRECISE
  - Hospitalisation en hôpital psychiatrique OUI / NON / NON PRECISE
  - Tentative de suicide ou suicide abouti OUI / NON / NON PRECISE
  
- Existence d'un événement traumatique déclencheur
  - Événement d'origine professionnelle OUI / NON / NON PRECISE, si oui :  
Nature :
    - Changement de direction
    - Modification du collectif de travail
    - Changements organisationnels et technologiques
    - Restructuration de l'entreprise
    - Obligation de reconversion professionnelle
    - Réaffectation imposée sur un autre poste du même site
    - Réaffectation imposée sur un autre poste dans un autre site
    - Vécu d'agression sur le lieu de travail
    - Autre :
  - Date :
  - Événement d'origine extra-professionnelle OUI / NON / NON PRECISE  
Préciser nature et date

## 2. Le contenu du dossier soumis à l'avis du CRRMP

- 2.1 Avis sapiteur psychiatrique  
OUI / NON
- 2.2. Avis émanant d'un spécialiste exerçant dans un centre de consultations de pathologies professionnelles  
OUI / NON
- 2.3. Avis du médecin du travail  
OUI / NON
- 2.4. Action du médecin du travail  
OUI / NON
- 2.5. Enquête administrative réalisée par la CPAM via un agent assermenté  
OUI / NON
- 2.6. Données de sinistralité CARSAT / Nombre d'AT/MP  
OUI / NON

## 3. Eléments justifiant le lien direct

- 3.1. Evaluation qualitative et quantitative des facteurs de risques psycho-sociaux au travail

### 3.1.1. *Intensité de travail et temps de travail*

- Quantité / Temps de travail
  - Vécu de quantité de travail excessive  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu de sou charge de travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Extension de la disponibilité au-delà des horaires de travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Dépassement habituel des horaires  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Imprévisibilité des horaires de travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Déplacements professionnels fréquents  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Astreintes téléphoniques avec ou sans intervention  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Non-respect des jours de repos hebdomadaires  
OUI / NON / NON PRECISE

- Pression temporelle
  - Le salarié ne dispose pas du temps nécessaire pour faire son travail correctement : OUI / NON / NON PRECISE
  - Le salarié subit des contraintes de rythme  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Le salarié doit régulièrement interrompre une tâche pour une autre non prévue, ce qui constitue un aspect négatif du travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Obligation de se dépêcher pour faire son travail  
OUI / NON / NON PRECISE
- Objectifs de travail
  - Ressenti d'objectifs irréalistes quantitatifs ou qualitatifs difficiles à atteindre  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Inadéquation entre tâches et moyens  
OUI / NON / NON PRECISE
- Complexité
  - Devoir penser à beaucoup de choses à la fois OUI / NON / NON PRECISE
- Conciliation du travail et « hors travail »
  - BONNE / MAUVAISE / NON PRECISE

### 3.1.2. Exigences émotionnelles

- Relation au public  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Contact direct avec le public en face à face  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Contact direct avec le public par téléphone  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu de situations de tensions avec le public  
OUI / NON / NON PRECISE
- Empathie, contact avec la souffrance  
OUI / NON / NON PRECISE
- Nécessité de devoir cacher ses émotions  
OUI / NON / NON PRECISE
- Peur au travail :  
OUI / NON / NON PRECISE, si oui préciser :
  - Risque d'accident : OUI / NON / NON PRECISE
  - Risque de violence externe : OUI / NON / NON PRECISE
  - Peur de l'échec : OUI / NON / NON PRECISE

### 3.1.3. Autonomie

- Autonomie procédurale
  - Ne pas avoir la liberté de décider comment faire son travail  
OUI / NON / NON PRECISE

- Ne pas avoir la liberté de pouvoir interrompre momentanément son travail quand on le souhaite  
OUI / NON / NON PRECISE
- Utilisation et accroissement de compétences
  - Le travail ne permet pas de développer ses compétences professionnelles  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Le travail ne permet pas d'apprendre de nouvelles choses  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Les compétences ne sont pas pleinement employées dans le travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Travail consistant à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations  
OUI / NON / NON PRECISE
- Niveau de qualification
  - Absence de formation nécessaire à la réalisation du travail  
PRESENCE / ABSENCE / NON PRECISE
- Participation, représentation
  - Absence de consultation du personnel de l'entreprise lors de changements organisationnels ou technologiques récents  
OUI / NON / NON PRECISE

#### 3.1.4. *Rapports sociaux au travail*

- Conflits, harcèlement
  - Vécu de comportement méprisant au travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu de déni de la qualité du travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu d'atteinte dégradante au travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu de harcèlement moral  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu de harcèlement sexuel  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu de violences physiques  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Notion de procédure prud'homme engagée à l'encontre de l'employeur  
OUI / NON / NON PRECISE
- Reconnaissance
  - Travail non reconnu par les pairs  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Travail non reconnu par la hiérarchie  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Travail non reconnu par les clients, le public  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Rémunération estimée insuffisante  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Heures supplémentaires non payées ou non récupérées



- OUI / NON / NON PRECISE
  - Déficit perçu de promotion professionnelle  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Rétrogradation  
OUI / NON / NON PRECISE
- « Leadership » (clarté, pilotage du changement, ...)
  - Manque de clarté des explications et instructions sur le travail et les objectifs à atteindre émanant de la hiérarchie  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Ordres ou indications contradictoires émanant de la hiérarchie  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Modification du poste de travail sans explication et accord préalable  
OUI / NON / NON PRECISE
- Soutien technique reçu des supérieurs
  - Absence d'écoute attentive de la hiérarchie en cas de difficultés sur le lieu de travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Absence d'aide apportée par la hiérarchie en cas de difficultés  
OUI / NON / NON PRECISE
- Relations avec les collègues de travail
  - Relations de mauvaise qualité  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Mauvaise intégration au sein du collectif de travail  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Absence d'entraide avec les collègues  
OUI / NON / NON PRECISE
- Relations avec la hiérarchie
  - Relations de mauvaise qualité  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Déficit vécu de soutien de la hiérarchie dans les situations difficiles  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Vécu de relation délétère avec la hiérarchie  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Sensation de mise à l'écart  
OUI / NON / NON PRECISE
- Ressources humaines, style de direction et d'animation
  - Contrôle anormal de la qualité du travail  
OUI / NON / NON PRECISE, si OUI préciser si HYPERCONTROLE OU LAXISME
  - Manque de dialogue en cas de conflit entre un salarié et la hiérarchie elle-même  
OUI / NON / NON PRECISE, si OUI préciser si AUTORITE OU INACTION
  - Manque de dialogue en cas de conflits entre collègues  
OUI / NON / NON PRECISE, si OUI préciser si AUTORITE OU INACTION
  - Absence de clarté des informations délivrées sur l'avenir du travail et de l'entreprise  
OUI / NON / NON PRECISE

- Evaluation du travail
  - Déni de la qualité du travail fourni  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Sanction injustifiée  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Forme d'évaluation rigide (critères restreints ou inadéquats)  
OUI / NON / NON PRECISE
- Attention portée par la hiérarchie au bien-être des salariés
  - Existence de dispositif de prévention des RPS interne à l'entreprise  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Absence de réaction de la hiérarchie face aux alertes formulées  
OUI / NON / NON PRECISE
  - Déni de la réalité de la situation de travail par la hiérarchie  
OUI / NON / NON PRECISE

#### 3.1.5. *Conflits de valeur éventuels*

- Conflits éthiques  
OUI / NON / NON PRECISE
- Qualité empêchée  
OUI / NON / NON PRECISE

#### 3.1.6. *Insécurité de la situation de travail*

- INSECURITE LIEE :
  - CDD ou CONTRACTUEL
  - TEMPS PARTIEL INVOLONTAIRE SUBI
  - AVERTISSEMENTS / MISE A PIED
  - MENACES DE LICENCIEMENT / RUPTURE DE CONTRAT
  - LICENCIEMENT EN COURS
- Caractère insoutenable de la situation de travail  
OUI / NON / NON PRECISE

3.2. Evolutivité de la symptomatologie présentée par rapport à l'exposition professionnelle habituelle : AMELIORATION / STABILISATION / AGGRAVATION

3.3. Délai d'apparition de la pathologie par rapport aux évènements professionnels produits

Délai entre événement et date de première de constatation médicale

3.4. Présence et orientation des avis médicaux spécialisés

- Du psychiatre PRECISER SI PSY SAPITEUR OU TRAITANT : avis favorable / défavorable à la reconnaissance en MP / ne se prononce pas

- D'un spécialiste d'un centre de consultation de pathologie professionnelle : avis favorable / défavorable à la reconnaissance en MP / ne se prononce pas
- Du médecin traitant : avis favorable / défavorable à la reconnaissance en MP / ne se prononce pas
- Du médecin du travail : avis favorable / défavorable à la reconnaissance en MP / ne se prononce pas
- Du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie dont dépend le déclarant : caractère probable / possible / improbable d'une cause professionnelle à l'affection psychique déclarée / ne se prononce pas

3.5. Identification d'un risque collectif

- Existence d'autres cas dans l'entreprise  
OUI / NON / NON PRECISE
- Tout document sur les RPS existant dans l'entreprise, émanant de n'importe quelle partie  
OUI / NON / NON PRECISE
- Intervention de l'inspection du travail :  
OUI / NON / NON PRECISE
- DUERP avec évaluation des RPS  
OUI / NON / NON PRECISE
- Données de sinistralité CARSAT  
OUI / NON / NON PRECISE

3.6. Tout document ou action du médecin du travail sur les risques psycho-sociaux dans l'environnement du salarié

- FE : OUI / NON / NON PRECISE
- Courrier(s) d'alerte : OUI / NON / NON PRECISE
- Procédure d'inaptitude : OUI / NON / NON PRECISE  
Si oui, préciser si Procédure d'inaptitude en une fois (Art. R. 4624-31) : OUI / NON / NON PRECISE

4. Eléments justifiant le lien essentiel

4.1. La présence / absence de terrain psychiatrique à risque

Si présence, préciser :

- Dépression / trouble de l'humeur
- Trouble anxieux
- Trouble psychotique
- Trouble de la personnalité

- Non précisé

4.2. La présence / absence de facteurs extra-professionnels de risque de souffrance pouvant avoir un impact sur l'état de santé, notamment sur la santé mentale du déclarant

- OUI / NON / NON PRECISE

## 5. Conclusion

Les membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles :  
ETABLISSENT / REJETTENT le lien direct et essentiel entre l'exposition professionnelle habituelle de la victime et la maladie pour laquelle il est demandée réparation.

POUR LES DEMANDES EMANANT DU TASS OU D'UNE COUR D'APPEL

L'avis motivé du CRRMP doit répondre à la ou aux question(s) posées.

Avis du CRRMP : IDENTIQUE OU DIFFERENT de celui du TASS ou de la Cour d'appel

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



---

## Risques psychosociaux et reconnaissance en maladie professionnelle par le CRRMP Limousin-Poitou-Charentes

### Résumé

**Contexte :** Les pratiques managériales et l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail ont conduit à l'émergence des risques psychosociaux, au développement et à la progression des affections psychiques d'origine professionnelle. C'est au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles que revient la mission d'établir ou de rejeter la reconnaissance des affections psychiques en maladies professionnelles.

**Objectifs :** Evaluer quels étaient les critères associés à la décision de reconnaissance des affections psychiques en maladies professionnelles et la complétude des dossiers mis à la disposition du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive et comparative des dossiers de demande de reconnaissance en maladies professionnelles d'affections psychiques soumis à l'avis du CRRMP Limousin Poitou-Charentes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Le recueil des données a eu lieu de janvier à juin 2016. L'étude des dossiers a été réalisée suivant une trame préalablement définie et construite selon les recommandations de la circulaire 12/2014 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et selon le rapport « Gollac » pour l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux.

**Résultats :** Au total, 64 dossiers ont été examinés, 41 demandes (64,1 %) ont reçu un avis favorable et 23 (35,9 %) un avis défavorable. L'avis du médecin du travail n'était retrouvé que dans 42 dossiers (65,6 %). L'enquête administrative était systématiquement présente mais son contenu était très hétérogène et l'analyse des dossiers mettait en évidence un nombre important d'informations manquantes. Parmi les principaux éléments associés à la reconnaissance en maladie professionnelle, les rapports sociaux au travail étaient les facteurs le plus fortement associés à un avis favorable du CRRMP, (mauvaise qualité du leadership, vécu de relation délétère avec la hiérarchie, manque de reconnaissance du travail par la hiérarchie, évaluation négative du travail par la hiérarchie, vécu d'atteintes dégradantes et de comportements méprisants). L'existence de conflits de valeurs (notamment la qualité empêchée), l'intensité, la pression temporelle et les objectifs de travail perçus inatteignables ainsi que le manque d'autonomie procédurale étaient très fortement associés à une acceptation de la demande par le CRRMP.

**Conclusion :** Au vue des dossiers analysés, il serait donc souhaitable d'harmoniser le contenu des dossiers. Pour améliorer la connaissance et la complétude des informations fournies aux membres du CRRMP, une grille renseignant les informations à recueillir par les agents enquêteurs assermentés permettrait aux membres du CRRMP de retrouver les éléments nécessaires dans le dossier pour les aider dans leur décision d'acceptation ou de refus de reconnaissance au titre des maladies professionnelles pour affections psychiques.

**Mots-clés :** CRRMP, Limousin Poitou-Charentes, Maladies professionnelles, Risques psychosociaux.