

Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle

Partie 1 : pathologies psychiques

Rapport final

EN
RÉSUMÉ

AUTEUR :

Groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique

Sont présentés ici des éléments destinés à améliorer la reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies psychiques :

- un taux d'incapacité permanente « prévisible » de 25 % au moment de la demande pour faciliter le recours aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) ;
- une définition des affections dont les liens avec le travail sont documentés : dépression, anxiété généralisée et état de stress post-traumatique ;
- des recommandations relatives à l'instruction des dossiers de demande de reconnaissance en maladie professionnelle de ces affections, en vue de l'évaluation du lien de causalité par les CRRMP.

MOTS CLÉS

Psychopathologie / maladie professionnelle / dépression / stress / anxiété / risque psychosocial

Actuellement, en l'absence de tableau de maladies professionnelles les concernant, les affections psychiques peuvent être reconnues au titre de l'article L. 461-1 alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale dès lors que la maladie présente une gravité justifiant une incapacité permanente (IP) égale ou supérieure à 25 % et à condition qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle ait été mis en évidence par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Quelques dizaines de cas de pathologies psychiques sont ainsi reconnus chaque année en France.

Toutefois, le dispositif applicable souffre d'imperfections soulevées de manière unanime par les membres de la commission des pathologies professionnelles. D'une part, les critères réglementaires de recevabilité des demandes (consolidation de l'état de la victime et exigence d'un taux d'incapacité supérieur à 25 %) – difficiles à réunir – entraînent le rejet de la plupart des demandes. D'autre part, faute de critères précis, le traitement des demandes par les CRRMP est hétérogène et fluctuant.

Au vu d'une première analyse des pistes d'évolutions juridiques envisageables pour améliorer la reconnaissance des psychopathologies, les membres de la commission des pathologies professionnelles se sont accordés, en séance du 20 janvier 2010, pour adopter une démarche

Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle

Partie 1 : pathologies psychiques

pragmatique consistant, dans un premier temps, à faciliter l'examen des demandes par les CRRMP dans le cadre juridique existant et, dans un deuxième temps, à envisager les autres voies d'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiques.

Par conséquent, un groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles a reçu, en date du 9 avril 2010, le mandat suivant :

« - Réaliser une typologie descriptive et nosologique des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être examinées par les CRRMP en précisant notamment, pour ces pathologies, les diagnostics des étiologies professionnelles et extra-professionnelles, les critères de stabilisation permettant de fixer un taux d'incapacité permanente et le niveau de gravité à partir duquel il est possible de fixer un taux d'incapacité permanente au moins égal à 25 %.

- Formuler des recommandations afin d'aider les CRRMP à apprécier les liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle.

- Investiguer d'autres voies d'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiques liées à l'activité professionnelle ».

La présidence du groupe de travail a été confiée au professeur Sylvain Dally.

L'expertise scientifique a été confiée à :

- deux experts psychiatres représentatifs de leur profession : docteurs Philippe Lascar et Nicolas Dantchev,
- un expert en pathologie professionnelle : professeur Annie Sobaszek.

Huit réunions du groupe de travail ont été organisées afin de réaliser une typologie descriptive et nosologique des pathologies psy-

chiques susceptibles d'être examinées par les CRRMP et de formuler des recommandations afin d'aider les CRRMP à apprécier les liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle.

Cette première phase étant achevée, les membres du groupe de travail s'accordent pour poursuivre leurs travaux.

PROBLÉMATIQUE

➤ LES PATHOLOGIES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE PRISES EN COMPTE

Les pathologies concernées

Les pathologies psychiques susceptibles d'être reconnues dans le cadre de l'article L461-1 alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale doivent présenter une gravité justifiant une incapacité permanente d'au moins 25 %. Aussi, seules les formes graves de maladies figurant dans les nosographies d'usage international, à savoir le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition Text Revision* (DSM IV-TR) 2000 [1] et la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10), ont été considérées.

Deux affections ont été retenues en priorité : la dépression et l'anxiété généralisée ⁽¹⁾. Les liens entre ces pathologies et des facteurs environnementaux, notamment professionnels, sont en effet documentés. Les dépressions constituent d'ailleurs la majorité des cas actuellement présentés aux CRRMP.

Les états de stress post-traumatique (ESPT) ont également été retenus. Les ESPT sont habituellement reconnus en accident du travail car ils trouvent souvent leur origine dans un événement unique. Toutefois, il existe des cas où le trouble survient non pas à la

suite d'un accident unique mais à la suite d'événements traumatiques répétés et caractérisés ⁽²⁾. Dans ces situations, la spécificité de la clinique permet d'établir le diagnostic.

Après analyse, les troubles psychotiques et les affections psychosomatiques n'ont pas été retenus. En effet, ces pathologies soulèvent des problèmes étiopathogéniques extrêmement complexes qui rendent très difficile la reconnaissance d'un facteur professionnel clairement identifiable.

L'appréciation de l'état antérieur

Une difficulté importante réside dans la prise en compte de l'état antérieur. En effet, le travail peut avoir un simple rôle déclencheur au même titre que de multiples événements de la vie quotidienne. À cet égard, les éléments chronologiques, notamment l'apparition des troubles lors de la survenue d'un contexte professionnel nouveau et leur guérison ou stabilisation après éviction, constituent des éléments diagnostiques importants.

L'appréciation de la gravité des pathologies

Seules les pathologies dont la gravité justifie une incapacité permanente égale ou supérieure à 25 % sont susceptibles d'être reconnues selon la réglementation actuelle, ce qui implique de déterminer des critères de gravité. Cette appréciation est difficile d'autant que les barèmes accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) – dont l'actualisation ne relève pas de la compétence de la commission des pathologies professionnelles – manquent de précision concernant les troubles psychiques. Par conséquent, les membres du groupe de travail se sont appliqués à proposer des critères de gravité tenant

(1) Les autres formes d'anxiété ont été exclues dans la mesure où leur étiologie paraît différente.

(2) cf. § États de stress post-traumatique, p. 78.

notamment au retentissement sur la qualité de vie, à l'importance des altérations de la vie relationnelle - surtout en dehors du cadre professionnel - plutôt qu'à l'intensité exprimée des symptômes, difficile à apprécier pour les pathologies anxiodépressives.

➤ LE LIEN « DIRECT ET ESSENTIEL » AVEC LES FACTEURS PROFESSIONNELS

L'établissement d'un lien « direct et essentiel » constitue le principal enjeu dans la reconnaissance de ces maladies. En effet, toutes les professions peuvent être concernées. Les facteurs le plus souvent invoqués relèvent plutôt de conditions de travail dans un environnement professionnel délétère : comportements agressifs avec violences verbales, humiliations, brimades, sanctions injustifiées de la part de la hiérarchie, de collègues de travail ou de personnes côtoyées par le patient. La discordance manifeste entre des objectifs assignés à un salarié et les moyens dont il dispose effectivement pour les atteindre constitue également une situation pathogène qui a été très souvent soulignée.

L'évaluation du lien de causalité doit être réalisée devant le CRRMP qui peut solliciter au besoin un avis sapiteur. La qualité des différents éléments du dossier, en particulier les rapports des agents enquêteurs et des médecins du travail, est essentielle. En effet, la physiopathologie des troubles dépressifs et anxieux est complexe et multifactorielle. Ainsi, les seuls éléments déclaratifs semblent le plus souvent insuffisants et il est souhaitable de pouvoir disposer d'éléments complémentaires.

Par ailleurs, la prise en compte de l'état antérieur constitue une importante difficulté. Comme évoqué précédemment, la chronologie des faits plaide dans certains cas en fa-

veur d'une relation causale directe et essentielle. À l'inverse, il est difficile d'imputer au travail des ruptures liées à des événements mineurs, alors même que les salariés atteints de troubles psychiques, parfois graves, ont été maintenus en activité grâce à l'action de leur environnement de travail (collègues, médecins, infirmières du travail, assistantes sociales, encadrement, direction). Pour autant, des antécédents lointains, par exemple un épisode dépressif antérieur, ne permettent pas d'éliminer une étiologie professionnelle.

En définitive, l'affirmation du lien de causalité directe et essentielle relève d'un jugement d'experts. Dans cette recherche, une complémentarité de compétence des experts est nécessaire avec une importance toute particulière accordée à la psychiatrie et à la médecine du travail.

➤ LA PRISE EN COMPTE DES DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES QUI FONT OBSTACLE À LA RECONNAISSANCE DES TROUBLES PSYCHIQUES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE.

La consolidation et la fixation du taux d'incapacité permanente

Jusqu'à présent, l'examen d'un dossier en CRRMP était conditionné à l'évaluation préalable par le médecin-conseil d'un taux d'incapacité permanente (IP) supérieur ou égal à 25 %. Ceci suppose un état globalement stabilisé. Cette exigence de stabilisation place le médecin-conseil dans une situation difficile :
- soit il constate la stabilisation de l'état de la victime, ce qui entraîne la cessation du versement des indemnités journalières d'arrêt de travail à cette même date, causant un important préjudice financier pour l'assuré ;
- soit il indique à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) que

l'état n'est pas suffisamment stabilisé, ce qui conduit à un rejet de la demande de prise en charge en maladie professionnelle.

Afin de prendre en compte la demande unanime des membres du groupe de travail de remédier à cette difficulté, il a été convenu de retenir une interprétation souple de l'article L. 461-1 alinéa 4 permettant aux CPAM de fixer un taux d'incapacité « prévisible » afin d'assurer le maintien des indemnités journalières jusqu'à la consolidation effective de la maladie sans différer la reconnaissance de la maladie professionnelle. Cette possibilité sera inscrite dans le guide des CRRMP, modifié en conséquence ⁽³⁾.

L'évaluation de la gravité de la pathologie au moment de la demande

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

RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'INSTRUCTION DES DEMANDES DE RECONNAISSANCE DES PATHOLOGIES PSYCHIQUES AU TITRE DE L'ARTICLE L. 461-1 ALINÉA 4.

La vocation de ces recommandations est de mettre à disposition des médecins-conseils une typologie descriptive et nosologique des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être examinées par les CRRMP et de donner des re-

(3) NDLR : Cf. site rst-sante-travail.fr, rubrique En bref : Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Modification du guide (mise en ligne le 12 juillet 2012).

Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle

Partie 1 : pathologies psychiques

pères aux CRRMP afin de les aider à apprécier les liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle. Cet outil d'aide à la décision, qui n'est pas exhaustif, vise à harmoniser les pratiques dans le respect de la liberté souveraine d'appréciation des médecins-conseil et des membres de CRRMP.

➤ LES TROUBLES PSYCHIQUES GRAVES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE LIÉS AU TRAVAIL : DÉPRESSION, ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

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

Ont été exclus de ces recommandations le « *burnout* » qui n'a pas de définition médicale consensuelle ainsi que le « *mobbing* » et le harcèlement qui n'ont qu'une définition juridique.

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

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

Les troubles de l'adaptation sont fréquents dans le contexte professionnel. Toutefois, compte tenu de leur faible gravité, ces troubles sont peu susceptibles d'être reconnus comme maladies professionnelles au titre de l'article L. 461-1 alinéa 4. De plus, selon la définition de ces troubles, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois après la disparition du facteur de stress. Les aggravations liées au travail des pathologies préexistantes (ex : psychoses) ne sont pas envisagées dans ce document.

Enfin, ne doivent pas être prises en compte au titre des maladies

professionnelles, les pathologies qui résultent d'un événement clairement identifié. Dans ce cas en effet, ces pathologies relèvent de la réglementation applicable aux accidents du travail.

États de stress post-traumatique

Nosographie

La nosographie distingue deux types d'état de stress post-traumatique :

- État de stress aigu (ESA). Survient dans les 4 semaines qui suivent le traumatisme. Les troubles durent au moins 2 jours.
- État de stress post-traumatique (ESPT). Survient à distance du traumatisme. Les troubles durent au moins 1 mois.

Données épidémiologiques

La prévalence vie entière de l'ESPT est de 10 % des femmes et 5 % des hommes.

Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques du DSM IV-TR de l'état de stress post-traumatique sont les suivants :

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

- (1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou

de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
- (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- (3) Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs – *flashback* –, y compris ceux qui surviennent 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'événement traumatique en cause.
- (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement 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 ou 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.
- *Survenue différée* : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Le diagnostic d'ESPT impose en théorie le critère A : « Le sujet doit avoir vécu, avoir été témoin ou avoir été confronté à un événement (ou des événements) durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou menacés de mort ou de graves blessures, ou des événements durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ».

Cependant on décrit des ESPT sans le critère A, non liés à un événement unique grave, mais liés à des événements répétés (fréquence et persistance d'agissements humiliants, insultants ; abus chroniques, dénigrements, menaces et calomnies pouvant générer des problèmes sociaux et psychosomatiques). Ce sont les ESPT dits « complexes ».

Les ESPT dans le cadre du travail sont sans doute le plus fréquemment des ESPT complexes.

Toutes les victimes ne présenteront pas un ESPT, d'où le constat qu'il existe des facteurs de vulnérabilité.

Troubles dépressifs

Données épidémiologiques

La prévalence de la dépression dans la population française est d'environ 11 %. Sur la vie entière, la prévalence serait de 15 à 25 %.

Le risque de récurrence à 10 ans est supérieur à 50 %.

La dépression est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur selon le DSM IV-TR (2000) sont les suivants :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être 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 une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

(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 (par exemple : pleure).

(2) Diminution marquée de l'intérêt et 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 1 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 prier 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 d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent 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

Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle

Partie 1 : pathologies psychiques

lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 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.

Le diagnostic de dépression nécessite :

- un changement par rapport au fonctionnement habituel ;
 - des symptômes marqués présents depuis au moins 2 semaines.
- Il existe de nombreux instruments d'évaluation validés et reconnus aussi bien en auto-évaluation qu'en hétéro-évaluation.

Parmi ces instruments, on peut retenir une échelle d'hétéro-évaluation, la *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) [2] (Annexe 1).

Troubles anxieux

Données épidémiologiques

La prévalence au cours de la vie du trouble d'anxiété généralisée (TAG) est de 15 % en population générale, la prévalence sur l'année est de 3 à 5 % de la population générale.

Le TAG est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Le TAG occupe la 6^e place dans la liste des troubles psychiatriques par ordre décroissant de fréquence.

Critères diagnostiques du TAG

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) durant au moins 6 mois concernant un

certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail).

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

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants :

- (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout ;
- (2) fatigabilité ;
- (3) difficulté de concentration ou de mémoire ;
- (4) irritabilité ;
- (5) tension musculaire ;
- (6) perturbation du sommeil.

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un autre trouble (trouble panique, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif...) 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 ou d'une affection médicale générale et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur.

De nombreux outils de mesure de l'anxiété existent. On peut retenir, en particulier l'échelle de Covi [3] (Annexe 2).

➤ VALIDATION DU DIAGNOSTIC, ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

L'évaluation par les médecins-conseils des troubles psychiques d'origine professionnelle dans le cadre des demandes de reconnais-

sance de maladies professionnelles suppose un diagnostic d'une maladie psychique justifiant une IP au moins égale à 25 %.

Diagnostic

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

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

Évaluation de la gravité

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

- arrêts de travail (nombre et durée totale) ;
- hospitalisations éventuelles ;
- tentatives de suicides éventuelles ;
- traitement psychotrope, suivi spécialisé éventuel ;
- retentissement en dehors de la sphère professionnelle.

Concernant l'IP, dès lors qu'il existe un retentissement significatif, un taux supérieur à 25 % paraît justifié. C'est le retentissement global des troubles (imputables et non imputables) qui doit être pris en compte. Les conséquences d'un état antérieur éventuel seront différenciées de la part imputable aux conditions de l'exercice professionnel par le CRRMP.

L'échelle d'évaluation globale de fonctionnement peut être utilisée (EGF, Annexe 3) [3]. À titre indicatif, dès lors que le score à l'EGF [1] est inférieur à 60, on peut considérer que l'IP est au moins égale à 25 %.

Le taux d'IP prévisible est évalué rétrospectivement, en se plaçant au moment où la personne a effectué la demande de reconnaissance de maladie professionnelle.

➤ ÉVALUATION DU LIEN DE CAUSALITÉ PAR LES CRRMP

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

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

Le facteur déterminant à prendre en compte pour établir l'origine professionnelle de l'EPST est la survenue d'un, voire de plusieurs événements traumatiques caractérisés, dans le cadre professionnel. Par ailleurs, le manque de soutien social (notamment l'absence de reconnaissance du traumatisme par l'employeur ou les collègues) à la suite de l'évènement traumatique constitue un facteur de risque.

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

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

- les violences sous toutes leurs formes (agressions verbales, humiliations, brimades, sanctions manifestement injustifiées) ;
- une demande élevée (charge de travail excessive, pression du temps, demande psychologique élevée, demande contradictoire), médiée par une faible latitude décisionnelle ou un faible support social.

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

INFORMATIONS NÉCESSAIRES DANS LE DOSSIER SOUMIS AU CRRMP

À la lumière des données de la littérature relative à la pathologie mentale telle que définie précédemment et des liens significatifs avec les facteurs professionnels, quatre dimensions doivent donc être considérées et renseignées dans le dossier ⁽⁴⁾ soumis au CRRMP.

La charge de travail (élevée)

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

La latitude décisionnelle (faible)

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

Le soutien social (faible)

Au-delà des aspects relationnels avec les collègues ou les supérieurs, souvent rapportés dans le dossier soumis au CRRMP, le soutien de l'encadrement (en termes d'apport de confiance en soi, de conseils ou d'aide) ainsi que le soutien des collègues (en termes d'apport de conseils, d'aide, d'appartenance à une équipe) sont des informations précises à recueillir.

Par ailleurs, l'information relative à une situation de « détresse morale au travail » voire les sollicitations

du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) à ce titre ainsi que les préconisations de ce dernier, suivies ou non d'effets, sont des éléments importants à considérer.

Dans le même esprit, l'information et/ou les sollicitations de l'encadrement ou de l'employeur sont à rapporter ainsi que leur position et/ou leur intervention sont des éléments à préciser.

Enfin, le recueil de l'avis éclairé du médecin du travail, y compris en termes de conseil auprès de l'employeur voire d'action entreprise auprès des équipes, de l'encadrement ou de l'employeur apparaît essentiel et complémentaire de l'instruction contradictoire du dossier.

Diverses formes de violence et menace (physique ou psychologique)

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

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

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

ANNEXES PAGES SUIVANTES



ANNEXE 1 Échelle de dépression MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*) [2]

1/ Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

2/ Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation

3/ Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

4/ Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil

5/ Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade

6/ Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation
- 5
- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté

7/ Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

8/ Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis

9/ Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables

10/ Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide

RÉSULTATS

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Le score maximal est de 60. Le seuil de dépression est fixé à 15

ANNEXE 2 Échelle d'anxiété de Covi [3]

L'échelle de Covi est constituée de 3 items cotés de 0 à 4 destinés à évaluer le discours, le comportement et les plaintes somatiques du sujet anxieux. Sa sensibilité est satisfaisante.

Coter :

- 0 = inexistant
- 1 = faible
- 2 = moyen
- 3 = beaucoup
- 4 = énorme

Discours du sujet

Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer.

Comportement

Semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité.

Plaintes somatiques

Sudation, tremblements, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.

Le score seuil sur l'échelle de Covi est de 6.

ANNEXE 3 Évaluation globale du fonctionnement (EGF) [3]

L'EGF est divisée en dix niveaux de fonctionnement. Coter l'EGF revient à choisir le niveau qui reflète le mieux le niveau de fonctionnement. La description de chacun des dix niveaux de l'échelle EGF a deux composantes : la première correspond à la gravité symptomatique, la seconde au fonctionnement. La cotation de l'EGF s'opère dans un décile particulier dès lors que, soit la sévérité symptomatique, soit le niveau de fonctionnement atteint le niveau en question. Par exemple, la première partie de la tranche 41-50 correspond « à des symptômes importants » (ex. : idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ; la deuxième partie comprend « une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire » (ex. : absence d'amis, incapacité de garder un emploi). On doit considérer que dans les situations où il y a une discordance entre la sévérité symptomatique et le niveau de fonctionnement, la cotation finale de l'EGF doit refléter l'atteinte la plus grave des deux secteurs. Par exemple, la cotation EGF pour un sujet qui se met en danger mais qui, par ailleurs, fonctionne bien,

sera inférieure à 20. De la même façon, la cotation EGF d'un sujet qui a des symptômes psychologiques mineurs, mais qui a une altération significative du fonctionnement (ex. : un sujet qui, à cause d'une préoccupation excessive par l'usage d'une substance, perd son emploi ou ses amis, mais sans autre psychopathologie) obtiendra 40 ou moins.

Dans la plupart des cas, les cotations sur l'échelle EGF doivent se rapporter à la période actuelle (c'est-à-dire au niveau de fonctionnement au moment de l'évaluation) car l'estimation du fonctionnement actuel reflète généralement le besoin actuel de traitement ou de soins. La cotation de l'EGF pour la période actuelle se fait parfois selon le niveau de fonctionnement le plus bas de la semaine écoulée pour tenir compte de la variabilité du fonctionnement selon les jours. L'échelle peut être cotée également pour d'autres périodes (ex. : pour évaluer le niveau de fonctionnement le plus élevé maintenu pendant au moins quelques mois au cours de l'année précédente).

Pour s'assurer qu'aucun élément de l'échelle EGF ne risque d'être omis pour la cotation, la méthode suivante peut s'appliquer.

> Première étape En commençant par le niveau le plus élevé, évaluer chaque tranche de notes en demandant si, soit la sévérité des symptômes du sujet, soit son niveau de fonctionnement est inférieur à ce qui est précisé pour la tranche considérée.

> Deuxième étape Poursuivre la lecture de l'échelle par tranches de notes descendantes jusqu'à celle qui reflète le mieux la sévérité symptomatique du sujet ou son niveau de fonctionnement quel que soit le niveau le plus bas qui puisse être atteint.

> Troisième étape Regarder la tranche inférieure pour vérifier que l'on ne s'est pas arrêté prématurément. La nouvelle tranche doit paraître trop grave, tant sur le plan de la sévérité symptomatique que sur celui du fonctionnement. Si tel est le cas, la cotation appropriée est atteinte. Poursuivre avec la quatrième étape. Dans le cas contraire, retourner à l'étape 2 et continuer à descendre sur l'échelle.

> Quatrième étape Pour choisir la note exacte à l'intérieur de la tranche choisie de 10 points, établir si le sujet fonctionne au plafond ou bien au plancher de la zone des 10 points.

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un *continuum* hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié, ex. : 44, 66, 69.

100-91

Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81

Symptômes absents ou minimes (ex. : anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (ex. : conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71

Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. : retard temporaire du travail scolaire).

70-61

Quelques symptômes légers (ex. : humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. : école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51

Symptômes d'intensité moyenne (ex. : émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. : peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41

Symptômes importants (ex. : idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. : absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31

Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (ex. : discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, ex. : le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (ex. : un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

30-21

Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (ex. : parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (ex. : reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11

Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (ex. : tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (ex. : se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (ex. : incohérence indiscutable ou mutisme).

10-1

Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (ex. : accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.



Information inadéquate.

Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle

Partie 1 : pathologies psychiques

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé. 2^e édition. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2003 : 1120 p.
- 2 | Montgomery and Asberg Depression Rating Scale. In : BOUVARD M, COTTRAUX J - Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. 3^e édition. Paris : Masson ; 2002 : 323 p.
- 3 | GUELFY JD (Ed) - L'évaluation clinique standardisée. Tome 1 : Psychopathologie générale, dépression, anxiété et anxiodépression. Boulogne : Éditions médicales Pierre Fabre ; 1997 : 411 p.