



Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ?

Une étude sur 10 pays européens



of the insurance against accidents
at work and occupational diseases



**Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ?
Une étude sur 10 pays européens**

Rapport Eurogip-81/F

2013 - 55 p. - 21 x 29,7 cm

N° ISBN 979-10-91290-21-0

Paris: EUROGIP

www.eurogip.fr

Directeur de la publication : Raphaël Haeflinger

Auteur : Christine Kieffer (kieffer@eurogip.fr)

en collaboration avec le Forum européen
de l'assurance "accidents du travail - maladies professionnelles"
(www.europeanforum.org)

Contact presse : Isabelle Leleu (leleu@eurogip.fr)

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être impérativement mentionnée.

Sommaire

Préambule	2
Introduction	3
1. Possibilités de reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail	5
1.1 Reconnaissance en maladie professionnelle	5
Au titre de la liste de maladies professionnelles	5
Au titre du système complémentaire	8
Impossibilité de reconnaissance en tant que maladie professionnelle	8
1.2 Reconnaissance en accident du travail (ou conséquences d'un accident du travail)	9
Cas général	9
Cas particulier du suicide ou de la tentative de suicide	11
2. Procédure de reconnaissance en maladie professionnelle et indemnisation	16
2.1 Conditions de reconnaissance	16
2.2 Instruction de la demande de reconnaissance	18
Charge de la preuve, instruction et décision	18
Outils d'aide à la décision	20
2.3 Evaluation et indemnisation du dommage psychique permanent	22
3. Statistiques de reconnaissance	27
3.1 Pathologies psychiques au titre des maladies professionnelles	27
Dans les pays où des cas sont effectivement reconnus	27
Comparaison entre pays	28
Evolution	31
Dans les pays où aucun cas n'est reconnu	33
Cas particuliers	34
3.2 Pathologies psychiques au titre des accidents du travail	35
3.3 Suicides au titre des accidents du travail / des maladies professionnelles ou des conséquences d'un accident du travail / d'une maladie professionnelle	37
4. Typologie des cas reconnus de pathologies psychiques en maladies professionnelles	39
4.1 Pathologies les plus fréquemment reconnues	39
4.2 Facteurs de risque les plus fréquents	41
4.3 Secteurs d'activité et professions les plus touchés	43
4.4 Dimensions genre et âge	47
5. Débats et réflexion en cours	49
Annexe	51

Préambule

En septembre 1998, le Forum européen de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles¹ a constitué en son sein un groupe de travail, coordonné par EUROGIP², composé de juristes et de médecins issus des organismes d'assurance contre les risques professionnels de plusieurs pays européens. Si la mission initiale de ce groupe a été de rassembler et de comparer les statistiques nationales relatives aux maladies professionnelles, il s'est par la suite employé à travailler sur des thèmes plus spécifiques. C'est ainsi qu'à ce jour ont été publiés les rapports suivants :

- *Les maladies professionnelles en Europe - étude comparative sur 13 pays : procédures et conditions de déclaration, reconnaissance et réparation (septembre 2000)*
- *Les maladies professionnelles dans 15 pays européens - les chiffres 1990-2000 - l'actualité juridique 1999-2002 (décembre 2002)*
- *État des lieux sur les cancers professionnels en Europe (décembre 2002)*
- *Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe (décembre 2002)*
- *Lombalgie et asthme allergique : deux études de cas au niveau européen (décembre 2002)*
- *Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? (février 2004)*
- *Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe - Reconnaissance - chiffres - dispositifs spécifiques (mars 2006)*
- *Les maladies professionnelles en Europe – Statistiques 1990-2006 et actualité juridique (janvier 2009)*

Le présent rapport, qui couvre dix pays, est une mise à jour du rapport de 2004 sur les pathologies psychiques liées au travail en Europe.

Ont participé à cette étude :

Allemagne	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Andreas Kranig – Stefanie Palfner
Belgique	Fonds des maladies professionnelles (FMP) Jan Uytterhoeven – Patrick Strauss
Danemark	Arbejdsskadestyrelsen/National Board of Industrial Injuries – Merete Roos
Espagne	Asociación de mutuas de accidentes de trabajo (AMAT) Vanesa Rodriguez – Javier Trallero Vilar
Finlande	Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto (TVL)/Federation of Accident Insurance Institutions (FAII) – Mika Mänttari – Teemu Kastula
France	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – Direction des risques professionnels – Odile Vandenberghe
Italie	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) – Riccardo Chieppa – Angela Goggiamani
Pays-Bas	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) – Gert van der Laan
Suède	Försäkringskassan – Monica Svanholm, Therese Karlberg AFA Försäkring – Per Winberg
Suisse	Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) Philippe Calatayud

Coordination des travaux et rédaction du rapport : EUROGIP – Christine Kieffer

¹ Créé en juin 1992, le Forum européen de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles s'est donné pour objectif de promouvoir le concept d'une assurance spécifique contre les risques professionnels. En juillet 2012, dix-neuf pays - et vingt-trois organismes - y sont représentés. Pour en savoir plus : www.europeanforum.org

² EUROGIP est un groupement d'intérêt public de la Sécurité sociale française créé en 1991 pour travailler sur le thème des risques professionnels en Europe. Pour en savoir plus : www.eurogip.fr

Introduction

Le sujet des psychopathologies liées au travail est régulièrement abordé sous l'angle de la prévention. Au niveau européen, le Comité des Hauts Responsables de l'Inspection du Travail (CHRIT)³ a choisi, pour l'année 2012, d'axer sa campagne d'information et d'inspection sur les risques psychosociaux. Et la Commission européenne a récemment évoqué les risques psychosociaux au travail comme l'une des priorités de la future stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail. Au niveau des Etats, les risques psychosociaux au travail font l'objet depuis quelques années d'une prise en compte renforcée par les pouvoirs publics ; de nombreux organismes nationaux de prévention des risques professionnels développent des recherches sur les risques psychosociaux et des initiatives concrètes se multiplient au sein des entreprises et des services publics sur des aspects spécifiques au problème (harcèlement, violence psychologique, stress chronique...).

S'il est désormais communément admis que l'environnement de travail peut avoir un impact sur la santé non seulement physique mais aussi mentale des travailleurs, la question de la reconnaissance du caractère professionnel des maladies psychiques ne fait pas l'unanimité en Europe.

A certaines conditions, une pathologie psychique peut d'ores et déjà être reconnue en tant qu'accident du travail ou conséquences d'un accident du travail : en Europe, les organismes d'assurance accidents du travail – maladies professionnelles prennent en charge les suites psychiques ou psychologiques d'un événement accidentel. Mais de plus en plus de travailleurs déclarent souffrir aujourd'hui de troubles non traumatiques tels que la dépression, les troubles de la concentration ou du sommeil, l'épuisement professionnel, causés par l'organisation et les conditions de travail, le mode de management, la violence, les changements ou restructurations intervenus dans l'entreprise...

Face à ce phénomène grandissant, les organismes d'assurance et les pouvoirs publics s'interrogent depuis quelques années sur l'opportunité de reconnaître et d'indemniser ce type de pathologies comme maladies professionnelles.

La question soulève plusieurs problèmes.

D'une part, le caractère multifactoriel des maladies psychiques pose l'épineuse question du lien de cause à effet entre le travail et la pathologie : contrairement aux maladies professionnelles dites classiques, pour lesquelles il est relativement aisé de démontrer l'origine professionnelle en présence d'agents chimiques, physiques ou biologiques nocifs, la santé mentale d'un travailleur peut être affectée à la fois par les conditions de travail mais aussi par des contraintes extraprofessionnelles. Autrement dit, comment savoir si le travail est la cause « déterminante » ou « essentielle » de la pathologie psychique d'un individu peut-être déjà fragilisé dans son cadre familial et social ?

D'autre part, pour les pays européens qui admettent qu'il peut exister un lien causal direct entre le travail et certaines maladies psychiques, la difficulté consiste à définir le concept de risque psychosocial et à caractériser le lien de cause à effet, et ce afin de dessiner le cadre des procédures de reconnaissance et d'indemnisation.

Cette étude menée auprès de dix pays européens se propose de dresser un panorama des possibilités de reconnaissance des pathologies psychiques aussi bien en maladies professionnelles qu'en accidents du travail (chapitre 1), avant de se focaliser sur les procédures de reconnaissance et d'indemnisation dans les pays concernés (chapitre 2). S'imposent ensuite une quantification du phénomène (chapitre 3) et une présentation détaillée des statistiques disponibles dans les différents pays (chapitre 4). Enfin, le point est fait sur les réflexions en cours relatives à la reconnaissance des troubles psychiques comme maladies professionnelles (chapitre 5).

³ Le CHRIT a été créé en 1982 pour assister la Commission européenne dans la surveillance de la mise en œuvre de la législation européenne à l'échelon national. L'objectif essentiel du Comité est d'élaborer des principes communs sur l'inspection du travail dans le domaine de la santé et la sécurité au travail. Pour en savoir plus sur la campagne du CHRIT (en anglais) : <http://www.av.se/SLIC2012/>

Il convient de dire que cette étude est dédiée uniquement à l'aspect « assurance » des psychopathologies liées au travail, c'est-à-dire à leur reconnaissance et à l'indemnisation des victimes par les organismes d'assurance contre les risques professionnels, en particulier en tant que maladies professionnelles. Les éventuelles prestations proposées par ces organismes et portant sur la prévention individuelle ou collective des risques psychosociaux ne sont pas envisagées dans ce rapport, même si elles peuvent se révéler être dans certains pays la prérogative essentielle (voire unique) des assureurs dans ce domaine spécifique.

Concernant le périmètre de l'étude, il se limite aux troubles psychiques liés aux risques psychosociaux (sont donc exclues les maladies psychiques liées au risque chimique, c'est-à-dire causées par des substances toxiques, notamment les solvants).

Concernant la terminologie utilisée, sont indifféremment employés « maladies psychiques », « psychopathologies (liées au travail) », « troubles mentaux », avec le souci de respecter le plus possible le terme utilisé dans le pays concerné.

1. Possibilités de reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail

Il existe dans la plupart des pays européens étudiés un système spécifique d'assurance sociale des accidents du travail et des maladies professionnelles. Système spécifique au sens où ce sont presque toujours :

- des cotisations uniquement patronales qui le financent,
- des organismes distincts de l'assurance maladie/invalidité qui le gèrent,
- des prestations plus avantageuses qui sont servies à la victime.

Il y a ainsi un intérêt certain à ce qu'une maladie ou un accident soit reconnu comme professionnel. Mais cette reconnaissance et la prise en charge qui en découle sont soumises à un certain nombre de règles qui varient selon les pays. Le caractère particulier des troubles psychiques au sein de l'ensemble des pathologies révèle en la matière des positions très contrastées en Europe.

Le cas particulier des **Pays-Bas** est à souligner. Il n'y a pas d'assurance spécifique contre les risques professionnels et donc pas de procédure de demande de reconnaissance à des fins d'indemnisation (sauf pour le mésothéliome). De ce fait, d'autres sources sont mobilisées pour obtenir des informations quantitatives sur les maladies professionnelles. Afin de collecter des statistiques, un système national de notification des maladies professionnelles a été mis en place, dans lequel les médecins du travail sont obligés de les déclarer (anonymement) au Netherlands Center of Occupational Diseases (Centre néerlandais des maladies professionnelles) (voir chapitre 3 - Statistiques de reconnaissance, point 3.1 et chapitre 4 – Typologie des cas reconnus de pathologies psychiques en maladies professionnelles).

1.1 Reconnaissance en maladie professionnelle

A l'exception de l'**Espagne** (voir 1.2) et de la **Suède** (voir infra), tous les pays couverts par l'étude et possédant un système spécifique d'assurance contre les maladies professionnelles disposent d'un système mixte de reconnaissance des maladies professionnelles. Cela signifie qu'on y trouve une liste nationale de maladies professionnelles (conférant une présomption d'origine professionnelle plus ou moins forte selon le pays aux pathologies qui y sont inscrites) d'une part ; un système complémentaire⁴ de reconnaissance pour les pathologies non inscrites sur la liste d'autre part.

Reconnaissance au titre de la liste de maladies professionnelles

Seul le **Danemark** a inscrit un trouble mental sur sa liste de maladies professionnelles. Cette inscription a eu lieu en 2005 sur la nouvelle liste de maladies professionnelles et concerne le trouble de stress post-traumatique.

Ce trouble doit résulter d'une exposition à « une situation ou un événement traumatisant de courte ou longue durée et d'une nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique ». Les conditions relatives à l'exposition contenues dans le Guide des Maladies Professionnelles⁵ correspondent en grande partie à l'ancienne pratique de reconnaissance du Comité des Maladies Professionnelles au titre du système complémentaire, mais l'inscription sur la liste permet une gestion des demandes plus rapide et plus souple.

⁴ Appelé aussi « clause complémentaire » dans les pays germanophones ou « clause générale » en Finlande ou système hors liste

⁵ Guide to Occupational Diseases – Guide n° 9738 of 3rd December 2010, 7th edition – National Board of Industrial Injuries (en anglais)
http://www.ask.dk/English/~/~~/media/0839B0BDCDFA4C20AD5942AEBB0A25FB.ashx_pages_197_à_205

20. Trouble de stress post-traumatique (F.1)

20.1. Rubrique figurant sur la liste

La maladie figure sur la liste des maladies professionnelles (Groupe F, point 1) :

Maladie

F.1. Trouble de stress post-traumatique

Exposition

Situations ou événements traumatisants, de courte ou de longue durée, exceptionnellement menaçants ou catastrophiques

20.2. Exigences en matière de diagnostic

La maladie doit remplir les critères de diagnostic ci-dessous conformément à la classification internationale des maladies de l'OMS, CIM-10 : F43.1.

A : Exposition à des situations ou à des événements stressants (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçants ou catastrophiques

B : 1. Reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants (« flashbacks ») ou des cauchemars

ou 2. Grave malaise lors de l'exposition à des circonstances pouvant réveiller le souvenir du traumatisme

C : Evitement de toutes les activités pouvant réveiller le souvenir du traumatisme

D : 1. Perte de mémoire partielle ou totale (amnésie) concernant les expériences traumatisantes ou

2. Symptômes persistants d'hyperveil neurovégétatif avec hypervigilance, incluant au moins deux des critères suivants :

a. insomnie

b. irritabilité ou crises de colère

c. problèmes de concentration

d. hypervigilance

e. réaction de sursaut exagérée

E : Le trouble apparaît dans les six mois qui suivent l'expérience traumatisante.

En principe, le diagnostic de trouble de stress post-traumatique ne peut pas être établi si la victime ne remplit pas complètement les exigences en matière de diagnostic relatives à la maladie, y compris l'exigence concernant l'exposition à des événements exceptionnellement menaçants ou catastrophiques dans les six mois précédant l'apparition de la maladie.

L'évaluation diagnostique doit, pour servir de base à la reconnaissance, prendre en compte une évaluation faite par un médecin spécialiste en psychiatrie.

Dans certains cas, le médecin spécialiste établit le diagnostic de trouble de stress post-traumatique bien que la maladie ne remplisse pas les exigences en matière de diagnostic relatives aux traumatismes extraordinaires et/ou au tableau symptomatique. Il peut, par exemple, y avoir un tableau symptomatique équivalant au tableau pathologique pour le trouble de stress post-traumatique sans qu'il y ait eu une exposition exceptionnellement stressante.

C'est le National Board of Industrial Injuries qui évalue si les exigences en matière de diagnostic sont remplies, y compris les exigences relatives aux expositions psychiques extraordinairement stressantes.

D'autres diagnostics comme le trouble de stress (y compris le trouble de stress aigu ou le trouble de stress non spécifique), la réaction d'adaptation, la dépression et l'état de stress/le syndrome de stress ne sont pas couverts par la rubrique de la liste sauf lorsque le National Board of Industrial Injuries estime que le tableau pathologique correspond au trouble de stress post-traumatique et en remplit les critères. Plusieurs des autres pathologies/maladies peuvent cependant, en cas de stress psychique extraordinaire, être reconnues en dehors de la liste après soumission des cas à l'Occupational Diseases Committee (Commission des maladies professionnelles).

20.3. Exigences en matière d'exposition

Il est considéré que la maladie a été causée principalement par un stress extérieur et qu'elle est susceptible d'avoir des séquelles psychiques permanentes. Le diagnostic lui-même inclut une évaluation de la nature de l'exposition. En principe, il n'est possible de poser ce diagnostic que s'il y a eu une exposition à un stress extraordinairement sévère d'une nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique.

20.4. Exemples de maladies/facteurs préexistants et concomitants

Dans certains cas, il peut y avoir une maladie psychique préexistante ou concomitante non corrélée aux expositions professionnelles particulièrement stressantes mais pertinente pour le tableau pathologique global. De même, des circonstances autres que professionnelles peuvent être significatives pour l'état psychique d'une personne. Des exemples de maladies préexistantes ou concomitantes peuvent être la dépression, l'anxiété, les psychoses ou des troubles similaires.

20.5 Demandes traitées sans appliquer la liste

Seul le trouble de stress post-traumatique est couvert par cette rubrique de la liste. Il faut, en outre, qu'il y ait eu des expositions remplissant les exigences en matière de reconnaissance. D'autres maladies ou expositions qui ne figurent pas sur la liste peuvent, dans des cas particuliers, être reconnues après soumission d'une demande à l'Occupational Diseases Committee. Les maladies psychiques suivantes peuvent, après une évaluation concrète, être considérées comme ayant été causées par des facteurs de stress extérieurs et être reconnues après soumission des cas à la Commission :

- *le trouble de stress (y compris le trouble de stress aigu, d'autres troubles de stress et des formes non spécifiques de trouble de stress F43)*
- *la dépression (y compris l'épisode dépressif isolé F32). La plupart des dépressions sont passagères et on ne peut généralement distinguer ces dépressions des formes de dépression plus persistantes qu'en suivant l'évolution de la maladie. Il n'y a pas d'exigence relative à la permanence de la maladie.*
- *le trouble de l'anxiété généralisée (autres troubles anxieux F41)*
- *les phobies (y compris les troubles anxieux phobiques F40)*
- *le trouble obsessionnel compulsif (les actions obsessionnelles)*
- *les troubles somatoformes (F45) (plaintes relatives à des symptômes corporels sans cause physique)*
- *certaines psychoses. Toutefois, les psychoses persistantes ne sont en général pas considérées comme étant principalement causées par des facteurs de stress extérieurs.*
- *la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62) (quand la maladie n'est pas couverte par le diagnostic de trouble de stress post-traumatique). Une évaluation concrète portant sur l'apparition du symptôme, l'évolution de la maladie et la nature et l'étendue des expositions psychiques permet de déterminer si ces maladies psychiques ont été causées ou non par une exposition liée au travail.*

La maladie psychique ayant pour diagnostic le trouble de l'adaptation ne remplit pas normalement les conditions pour être reconnue comme maladie professionnelle. Ce diagnostic couvre les maladies psychiques très modérées, non spécifiques et passagères qui ne sont habituellement pas considérées comme de véritables maladies professionnelles au sens de la loi et qui, en outre, peuvent se développer après des expositions même très modérées.

20.6. Exemples de décisions fondées sur la liste (voir annexe 1 de cette étude)

20.7. Délimitation entre accident et maladie professionnelle

Il y a des cas où, sur une certaine période de temps, plusieurs accidents – comme de la violence, des menaces de violence ou des incidents similaires par exemple - peuvent être reconnus séparément comme des accidents. Pour la reconnaissance des maladies psychiques comme conséquence d'accidents, nous renvoyons au guide des accidents. Si, en plus des incidents qui sont considérés comme des accidents, il y a des incidents stressants qui ne sont pas reconnus, il est possible d'évaluer le déroulement global des événements et de reconnaître la maladie comme une maladie professionnelle – si tant est que les critères de reconnaissance d'un trouble de stress post-traumatique sont remplis. Cependant, lors du calcul de l'indemnisation, il se peut qu'une déduction soit faite si une indemnisation a été accordée auparavant pour des accidents reconnus.

Comme le précise l'extrait du guide danois des maladies professionnelles, le trouble de stress post-traumatique peut également être reconnu au Danemark (comme dans tous les pays européens) comme accident du travail. La qualification en maladie professionnelle (au titre de la liste) ou en accident du travail dépendra de la durée de l'exposition au risque.

Les pratiques de reconnaissance au **Danemark** depuis 2005 (voir annexe 1) montrent qu'il peut exister dans certains cas une certaine porosité entre la prise en charge des cas de stress post-traumatique en tant qu'accidents du travail et en tant que maladies professionnelles. Il

n'est donc pas exclu que certains cas reconnus comme maladies professionnelles au Danemark le seraient comme accidents du travail dans d'autres pays.

Reconnaissance au titre du système complémentaire

En **Belgique**, au **Danemark** (pour les troubles mentaux autres que le trouble de stress post-traumatique), en **Italie** et en **France**, c'est au titre du système complémentaire que les troubles psychiques peuvent être reconnus comme maladies professionnelles.

En fait, il existe dans ces quatre pays un système complémentaire qui a déjà permis en pratique la reconnaissance de tels cas. La situation est cependant très contrastée entre le **Danemark** où des cas ont été reconnus dès les années 1980 et la **Belgique** où seuls deux cas ont été reconnus durant les quinze dernières années.

Comme pour toute demande de reconnaissance d'une pathologie non inscrite sur la liste nationale de maladies professionnelles, la réglementation de ces pays exige la démonstration de l'existence d'un lien direct et essentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle.⁶

La **Suède** ne dispose que d'un système de reconnaissance unique de la preuve ; il n'y a donc pas de liste de maladies professionnelles dans ce pays et toute demande est traitée au cas par cas. Pour que le cas soit reconnu, il faut qu'il existe de plus sérieux motifs en faveur d'une présomption du caractère professionnel de la maladie qu'en faveur du contraire. Et en pratique, de nombreux cas de pathologies psychiques sont reconnus chaque année depuis plusieurs dizaines d'années.

L'**Espagne** est un pays quelque peu à part, dans la mesure où c'est comme accidents du travail que peuvent être reconnues les pathologies non inscrites sur la liste des maladies professionnelles, à condition que l'exécution du travail en soit la cause exclusive. Sont également concernées par cette sorte de système complémentaire les pathologies ou affections préexistantes qui ont été aggravées par le travail.

En effet, la législation espagnole prévoit que les pathologies qui ne sont pas inscrites sur la liste de maladies professionnelles peuvent être reconnues comme accidents du travail (l'instruction en accident du travail a une véritable fonction de système complémentaire), sous le concept de « pathologies non traumatiques causées ou aggravées par le travail ». Depuis 2010, ces cas peuvent être isolés des accidents du travail stricto sensu grâce à la mise en place d'un système d'enregistrement dédié nommé PANOTRATSS. Les troubles mentaux sont répertoriés parmi les catégories de pathologies susceptibles d'être reconnues comme accident du travail au titre des pathologies non traumatiques.

La reconnaissance de troubles psychiques en accident du travail est pratiquée depuis les années 2000. On observe toutefois que le cas doit le plus souvent être d'abord reconnu devant une instance juridictionnelle avant que l'organisme d'assurance ne le prenne en charge.

Impossibilité de reconnaissance en tant que maladie professionnelle

Trois pays couverts par l'étude ne permettent pas actuellement la reconnaissance de troubles psychiques comme maladies professionnelles.

S'agissant de la **Finlande**, on se heurte à une impossibilité purement juridique : la législation définit une maladie professionnelle comme une maladie essentiellement causée par des agents physiques, chimiques ou biologiques au travail. La liste finlandaise de maladies professionnelles n'est qu'un catalogue d'exemples de maladies susceptibles d'être professionnelles au sein d'un système mixte de reconnaissance dans lequel la maladie professionnelle est définie dans une clause générale qui n'inclut pas les facteurs psychologiques ou psychosociaux.

Entre septembre 2001 et juin 2003, un groupe de travail ad hoc créé par le ministère des Affaires sociales et de la santé avait travaillé sur l'opportunité d'intégrer le facteur psychique

⁶ La manière dont la procédure de reconnaissance se déroule dans chacun de ces pays fait l'objet du chapitre 2.

dans la définition des maladies professionnelles afin de permettre leur reconnaissance et indemnisation. Mais ce groupe, composé de représentants des partenaires sociaux, du ministère, de l'assurance accident du travail-maladies professionnelles et d'experts médicaux avait conclu à l'unanimité par la négative à cause du manque de connaissances et de preuves scientifiques et médicales sur un lien causal entre facteurs de tension psychique au travail et troubles mentaux. Actuellement, seules les organisations syndicales souhaiteraient l'intégration des facteurs psychosociaux dans la définition des maladies professionnelles.

En **Allemagne** et en **Suisse**, il s'agit davantage d'une impossibilité de facto. Il existe dans ces deux pays un système complémentaire de reconnaissance qui théoriquement est ouvert à toute pathologie. Mais, en pratique, l'insuffisance de connaissances et de preuves médicales et scientifiques empêche à ce jour toute décision positive face à une demande de reconnaissance en maladie professionnelle d'un cas de troubles psychiques.

En **Suisse**, selon l'article 9 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents sur le système hors liste, sont réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.

Cette condition est remplie lorsque la part causale de l'activité professionnelle dans la maladie atteint au moins 75%, ce qui doit être prouvé selon le critère de la vraisemblance prépondérante.

En outre, selon la jurisprudence, la prise en charge d'une maladie professionnelle présuppose l'existence d'une affection typique de la profession considérée, à savoir que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel déterminé sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général.

En **Allemagne** aussi, l'organisme d'assurance souligne l'insuffisance de connaissances sur les pathologies psychiques susceptibles d'être causées par le travail et l'absence de définition de critères d'exposition, si bien qu'il n'est pas possible d'appréhender un lien de causalité entre les deux. De plus, tout comme en Suisse, la condition d'une profession/d'un groupe de travailleurs plus exposés que la population générale fait défaut pour que les troubles psychiques puissent être reconnus au titre du système complémentaire.

1.2 Reconnaissance en accident du travail (ou conséquences d'un accident du travail)

Partout en Europe, de nombreux troubles psychiques sont pris en charge au titre du risque accident du travail. Cela n'a pas d'incidence sur le niveau d'indemnisation de la victime et la preuve est plus facile à établir qu'au titre des maladies professionnelles hors liste. Mais les pathologies concernées sont limitées car le concept d'accident implique un critère de soudaineté.

Cas général

Dans tous les pays couverts par l'étude, un trouble psychique peut être reconnu en accident du travail. Il semble que tous aient une position identique sur le sujet : il est nécessaire qu'un événement inattendu, de courte durée et traumatisant soit à l'origine du trouble psychique. Il s'agit le plus souvent d'actes de violence (vol à main armée, agression sur le lieu de travail...) ou de traumatismes causés par l'implication dans un accident de la circulation ou dans l'accident d'un collègue. Le trouble psychique le plus communément rencontré dans ces circonstances est le trouble de stress post-traumatique.

Si les exigences essentielles pour la reconnaissance des troubles psychiques comme accidents du travail se retrouvent dans tous les pays, elles ne sont pas formulées de manière identique.

En **Belgique**, il faut un fait soudain (lésion psychique) dans le cadre et par le fait de l'exécution du contrat de travail aussi bien sur les lieux de travail que sur le chemin du travail. L'exposition au risque doit avoir duré moins de 24 heures.

Au **Danemark**, le trouble mental doit se manifester suite à un événement soudain ou qui s'est déroulé sur une période de 5 jours maximum (au-delà de 5 jours ou dans le cas d'accidents répétitifs, le trouble sera instruit comme maladie professionnelle au titre de la liste – voir 1.1).

En **Italie**, il faut un événement matériel qui se soit déroulé au maximum sur un cycle de travail (environ 8 heures).

En **Finlande**, un trouble de stress post-traumatique apparu suite à une situation ou un événement stressants exceptionnellement menaçants ou de nature catastrophique est susceptible de reconnaissance en accident du travail à condition que les critères de diagnostic de la CIM-10⁷ soient remplis. Les critères d'indemnisation du stress post-traumatique seront formalisés dans la prochaine loi de réforme de l'assurance accident du travail-maladies professionnelles qui devrait être publiée en 2014.

La **Suède** reconnaît les troubles mentaux (le plus souvent les cas de stress post-traumatique) comme accidents du travail quand ils sont la conséquence d'un événement inattendu ayant provoqué un traumatisme chez la victime. Il peut s'agir de violence au travail, de menaces ou de toute autre expérience ayant provoqué un choc (assez fréquent chez les travailleurs sociaux, les infirmières, le personnel de magasin ou de banque).

En **France**, le fait accidentel générateur d'un trouble psychique doit être un événement soudain, c'est-à-dire daté et précis (heure-jour-endroit), qui peut être défini comme « anormal ».

Les événements accidentels habituellement à l'origine de pathologies psychiques ont pour caractéristique soit la rupture avec le cours habituel des choses, soit la brutalité de l'événement, soit son caractère imprévisible, soit encore son caractère exceptionnel.

En revanche, ne seront pas retenues comme fait accidentel des situations correspondant à des conditions normales de travail, comme par exemple une simple commande de travail, un entretien d'évaluation se déroulant dans des conditions habituelles et « raisonnables », l'insatisfaction de l'employeur sur la qualité du travail, le changement de poste, un entretien disciplinaire ou un licenciement dans des conditions conformes au droit du travail.

En **Suisse**, selon le Tribunal fédéral, une atteinte purement psychique ("traumatisme psychique") constitue un accident lorsqu'elle est le résultat d'une exposition à un événement dramatique d'une grande violence survenu en présence immédiate de l'assuré, propre à faire naître une terreur subite, une perturbation de l'équilibre psychique chez qui que ce soit, aussi bien des personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, assument moins bien un choc nerveux que des assurés jouissant d'une constitution réputée normale.

Notons que dans ce pays, il n'y a pas d'enjeu pour la victime à ce que son accident soit qualifié de professionnel dans la mesure où l'assurance accident prend en charge, outre les maladies professionnelles, aussi bien les accidents non professionnels que les accidents professionnels.

En **Allemagne**, et comme première condition, le trouble psychique doit avoir été objectivement diagnostiqué et classifié dans le cadre d'un système de diagnostic et de classification reconnu sur le plan international (CIM-10⁸, DSM IV⁹) et il doit avoir été objectivement établi qu'il s'agit d'une atteinte à la santé. Après avoir posé un diagnostic sûr, il faut aussi que les diminutions des fonctions soient établies et que la forme, l'intensité ou la gravité de l'atteinte à la santé subie concrètement soient prouvées dans chaque cas individuel.

⁷ La Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (connue sous la "CIM-10") est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

⁸ Voir note de bas de page précédente

⁹ Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (titre original anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ; DSM), publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA), est un manuel de référence classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques.

De plus, il faut apporter la preuve – avec une probabilité suffisante – que la maladie psychique diagnostiquée a été causée essentiellement par un accident spécifique (traumatisme) ou que ce traumatisme a été l'une des causes de cette maladie psychique. Il peut être difficile, dans un cas individuel donné, de mettre en œuvre l'évaluation de cette relation de cause à effet. Dans tous les cas, elle doit être faite sur la base de l'état actuel des connaissances scientifiques concernant les causes des maladies psychiques spécifiques, et la personne concernée et son état de santé doivent être pris en compte sur un plan individuel. Dans un premier temps, il faut vérifier si ce genre d'accident peut – concrètement et sur un plan général – causer la maladie psychique en question (causalité médicale et scientifique). Dans un deuxième temps, il faut prouver avec une probabilité suffisante que le traumatisme provoqué par l'accident a été la cause ou l'une des causes de la maladie de la personne en question, compte tenu de tous les faits connus en relation avec l'accident et de toutes les circonstances en dehors du lieu de travail qui peuvent éventuellement avoir contribué à la maladie.

La jurisprudence constante reconnaît en particulier comme critères de causalité le degré objectif de gravité de l'accident (genre et ampleur de l'incident), l'expérience subjective de la situation (déroulement chronologique et comportement à la suite de l'incident) et l'évaluation de la structure de la personnalité comparée aux caractéristiques pertinentes de la pathologie en question. Dans ce contexte, les affections préexistantes établies, les constitutions favorisant la maladie (cause occasionnelle) ou les motivations secondaires (souhait de quitter la vie active ou d'obtenir une compensation financière) ont également leur importance. En raison de la définition légale de l'accident¹⁰, l'accident permettant la reconnaissance d'une maladie psychique comme accident du travail doit être un incident « singulier » qui ne doit pas dépasser une seule journée de travail. C'est pour cette raison qu'un trouble psychique dont la cause est le harcèlement (« mobbing », communication conflictuelle sur le lieu de travail qui dure pendant un laps de temps prolongé) ne peut être reconnu comme accident du travail.

Par ailleurs, les juristes de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles réfléchissent actuellement à la qualification juridique des accidents successifs et à la question de la reconnaissance d'un traumatisme psychique qui serait la conséquence de plusieurs chocs se répétant sur une longue période de temps. Le problème qui se pose est en effet celui de pouvoir permettre une indemnisation de ces cas alors qu'une identification de l'épisode précis qui a causé le traumatisme psychique est impossible.

Quant à l'**Espagne**, c'est un pays qui offre aux troubles psychiques selon leur nature deux voies de reconnaissance en tant qu'accidents du travail : une reconnaissance comme accident du travail stricto sensu pour les cas de traumatismes causés par un événement soudain (possibilité comparable à tous les autres pays européens), et une reconnaissance comme « pathologie non traumatique causée par le travail » qui est une catégorie particulière d'accidents du travail, lorsqu'il s'agit de troubles mentaux tels que les troubles affectifs, les troubles phobiques et névrotiques, les troubles du comportement avec déficiences physiques ou organiques et les troubles de la personnalité (Voir 1.1).

Il est intéressant de souligner que dans les pays susceptibles de reconnaître les troubles psychiques à la fois comme accident du travail et comme maladie professionnelle (c'est à dire la **Belgique**, le **Danemark**, la **France**, l'**Italie** et la **Suède**), la frontière entre les deux qualifications ne semble pas poser de problème particulier : c'est bien la possibilité d'identifier un fait générateur dans le temps et son caractère soudain, unique, de courte durée qui partage les voies d'instruction ; seule la notion de « courte durée » peut varier d'un pays à l'autre.

Cas particulier du suicide ou de la tentative de suicide

Les cas de suicides sur le lieu de travail ou revendiqués comme causés par le travail ont fait leur apparition dans les années 1990 et se sont récemment multipliés dans quelques rares pays. Il est légitime de se demander comment ces événements sont traités par l'assurance

¹⁰ Incidents limités dans le temps qui sont externes à l'homme et agissent sur lui (son corps et sa psyché), affectant ainsi sa santé (§ 8 alinéa 1 page 2 SGB VII)

accident du travail-maladies professionnelles, à savoir si le suicide peut être qualifié d'accident, si le cas échéant une présomption d'origine professionnelle s'applique quand il survient sur le lieu et au moment du travail et comment s'apprécie le lien de causalité entre l'exécution du travail et le suicide.

Si, dans la plupart des pays, il existe une possibilité de prendre en charge un suicide au titre de l'assurance risques professionnels, les approches et les raisonnements juridiques qui étayent une éventuelle reconnaissance varient sensiblement selon les pays. On observe aussi que, souvent, la reconnaissance intervient par une décision judiciaire et s'impose à l'organisme d'assurance qui avait dans un premier temps rejeté la demande.

En **Belgique** et en **France**, le suicide est appréhendé comme un accident classique. Son origine professionnelle peut être reconnue s'il a un lien avec l'exécution du contrat de travail. Et la présomption d'origine professionnelle joue s'il a lieu au temps et au lieu du travail.

En **France**, dans le cas où le salarié s'est suicidé au temps et au lieu du travail, il y a une présomption légale que ce suicide est d'origine professionnelle, comme c'est le cas pour toute lésion survenue au temps et au lieu du travail. Pour refuser la prise en charge, l'organisme d'assurance doit prouver que les conditions de travail n'ont joué strictement aucun rôle dans la survenue du décès, autrement dit que le décès par suicide est dû à une cause totalement étrangère au travail.

Dans le cas où le suicide est intervenu en dehors du temps ou du lieu de travail, ce sont généralement les ayants droit qui demandent la reconnaissance du caractère professionnel du décès. Ce sont eux qui doivent apporter la preuve du lien entre le décès et le travail.

Qu'il y ait ou non présomption d'imputabilité, l'organisme d'assurance mène toujours une instruction contradictoire. Une enquête est diligentée : un agent assermenté rencontre les ayants droit, les collègues de la victime, les proches, le médecin du travail ainsi que l'employeur et/ou ses représentants (DRH...). Le médecin-conseil a à sa disposition le dossier médical constitué par l'historique des prestations de sécurité sociale ayant nécessité un avis médical (affection de longue durée, arrêt de travail, accident du travail ou maladie professionnelle...). Le responsable de l'organisme d'assurance et le médecin-conseil se rencontrent pour préparer la décision de reconnaissance, ou non, du caractère professionnel du décès.

Quand il y a présomption d'imputabilité, il peut arriver que, compte tenu des éléments recueillis, l'organisme d'assurance ne reconnaisse pas le caractère professionnel du décès par suicide. En revanche, il peut arriver également que le caractère professionnel du décès soit reconnu dans le cas d'une personne décédée à son domicile en dehors du temps de travail (hors présomption d'imputabilité) parce que la lettre retrouvée est explicite et confirmée par les auditions de la famille et des collègues.

C'est le juge qui, en cas de contestation de la décision, appréciera l'existence ou l'absence de rôle des conditions de travail dans le décès. Il faut que l'organisme d'assurance apporte des éléments probants pour renverser la charge de la preuve.

Lorsque le fait générateur peut être précisément daté et localisé, le suicide peut être reconnu en accident du travail. C'est le cas de la quasi-totalité des cas reconnus. En l'absence de fait générateur précis, le suicide peut être reconnu en maladie professionnelle comme le stade ultime d'une dépression grave due aux conditions habituelles de travail ; ce cas de figure est rare. Enfin, quelques cas de suicide sont reconnus comme accident de trajet (voir statistiques en 3.3).

En **Belgique**, le suicide peut être reconnu comme un accident du travail s'il existe un lien avec l'exécution du contrat de travail ou avec les conséquences d'un accident du travail. Comme en France, il y a une présomption (simple) d'origine professionnelle si le suicide survient sur le lieu de travail et durant le temps de travail. La compagnie d'assurance (assureur des accidents du travail) peut apporter la preuve contraire en démontrant que le suicide est à imputer uniquement aux circonstances de la vie privée, démonstration qui peut s'avérer difficile en l'absence de lettres d'adieu de la victime, de traitement pour dépression ou d'importants problèmes familiaux. En outre, l'assureur doit démontrer pour écarter toute reconnaissance que le suicide est un acte conscient et volontaire.

Enfin, lorsque des ayants droit parviennent à démontrer qu'il y a un lien de cause à effet entre l'accident du travail ou la maladie professionnelle survenu(e) à une victime et l'état psychique qui l'a conduite à se suicider, le suicide est reconnu comme conséquence du risque professionnel en question (même en maladie professionnelle) et les ayants droit indemnisés à ce titre.

En **Espagne**, le suicide peut être reconnu comme accident du travail, à condition qu'il soit démontré que l'état émotionnel qui a déterminé la décision est en relation directe avec les conditions de travail de la victime. On observe que les décisions tant des organismes d'assurance (mutuas) que des tribunaux étaient systématiquement négatives jusqu'aux années 1970. Depuis, les assureurs reconnaissent les cas pour lesquels le lien de causalité est évident, mais ce sont les tribunaux qui la plupart du temps leur imposent une reconnaissance (en cas de procès, c'est aux assureurs d'apporter la preuve contraire).

Pour obtenir une reconnaissance, il est essentiel de prouver que le sujet touché n'a pas agi de manière rationnelle et intentionnelle, et qu'il existe une relation de cause à effet entre la lésion produite et le travail réalisé.

- Absence d'intention : Le suicide ne doit pas obéir à un acte rationnel du sujet. On parlera d'absence d'intention lorsque le suicide constitue le dernier stade d'un processus d'aliénation et qu'il obéit à des processus pathologiques ou dépressifs qui impliquent une altération de la raison et de la volonté du sujet. Cela revient à dire que, pour pouvoir qualifier une lésion auto-infligée en accident du travail, il est indispensable qu'il y ait une psychopathologie préalable ou un état d'altération mentale qui induisent le sujet à s'auto-infliger une lésion (TSJ de Castille et Léon du 18-03-2009 et TSJ de Catalogne du 26-05-2009).
- Relation de cause à effet : Outre le fait que l'acte suicidaire soit non intentionnel et associé à une altération de la conscience ou de la raison, on devra démontrer l'existence d'une relation de cause à effet entre le travail et la lésion. L'existence d'une relation de cause à effet nécessite une évaluation pondérée de tous les facteurs en jeu au cas par cas.
Exemples de relation de cause à effet :
Est considéré comme accident du travail le suicide d'un travailleur dont il a été démontré, par le diagnostic médical, que le trouble dépressif a été provoqué par des préoccupations excessives liées au travail ainsi que par le rythme de travail imposé par l'entreprise (TSJ du Pays basque du 31-10-2006).
Est considéré comme accident du travail le décès d'un travailleur qui a commis un acte de suicide en état de dépression, ce dernier ayant été causé par un changement d'attributions au sein de l'entreprise qui a été considéré par le travailleur comme une rétrogradation et une vexation.
- Facteurs-clés pour prouver le lien de cause à effet :
 - Le diagnostic clinique : le diagnostic médical préalable au suicide ayant établi un lien entre les psychopathologies du sujet et son travail.
L'existence de circonstances professionnelles objectives qui puissent être à l'origine des troubles psychopathologiques ou avoir une incidence sur ceux-ci.
 - Les actes du suicidé : l'éventuel mot d'adieu du suicidé a été utilisé par nos tribunaux comme une preuve supplémentaire afin de déterminer l'existence de l'accident du travail (TSJ Communauté valencienne du 1-09-2008).
 - La Présomption de l'article 115.3 de la Loi générale de la sécurité sociale (LGSS) : « les lésions du travailleur qui se sont produites pendant le travail et dans le lieu de travail sont considérées des accidents du travail, sauf preuve contraire ». Mais sur ce point, la jurisprudence n'est pas unanime. Il est craint que l'application automatique de cette présomption puisse mener à une fraude à la loi qui consisterait à choisir volontairement le lieu de travail comme lieu de suicide pour améliorer la pension de veuvage ou l'allocation pour orphelins qui pourrait revenir à la famille. Lorsque la présomption s'applique, le seul moyen d'exclure la qualification en accident du travail est de prouver la séparation totale entre l'exercice de l'activité professionnelle et le suicide du travailleur.

- Les dernières décisions de justice semblent prendre en considération de manière de plus en plus déterminante le mot d'explication laissé par le suicidé comme élément probatoire.

Certains pays comme l'**Allemagne** et l'**Italie** envisagent le suicide comme la conséquence d'un fait générateur qualifié lui-même d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Précisons qu'il n'est pas nécessaire que l'accident du travail ou la maladie professionnelle à l'origine du suicide ait été préalablement reconnu(e).

En **Allemagne**, dans la mesure où la notion d'accident implique un côté involontaire, la mort volontaire (suicide) n'est en principe pas un accident du travail. Cependant, si des circonstances internes à l'entreprise ont contribué de façon essentielle au fait que la victime ne disposait plus de toute sa volonté ou si ces circonstances ont de façon essentielle conduit à la décision de se suicider, le suicide peut être considéré comme une suite indirecte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Les cas sont rares mais existent bel et bien.

Concrètement, il peut s'agir de suicides de victimes atteintes de pathologies du type dépression nerveuse en raison des séquelles permanentes d'un accident ou de fortes douleurs persistantes, mais aussi de victimes de troubles purement psychiques, par exemple, le sentiment de responsabilité dans la mort accidentelle d'un collègue ou des troubles post-traumatiques. Mais il faut dans tous les cas un événement déclencheur du suicide qui soit lié à l'entreprise. Cette condition pose un problème pour les cas de suicide suite à un grave conflit avec la hiérarchie ou à du harcèlement moral (voir encadré).

Il convient de préciser qu'il n'existe pas en **Allemagne** de présomption d'origine professionnelle pour les accidents survenus sur le lieu de travail et durant le temps de travail, à l'exception des accidents dont sont victimes les marins sur leur bateau ou dans un port.

En cas de suicide lié au harcèlement moral, les ayants droit peuvent-ils prétendre à une rente ?

En 2008, le tribunal supérieur du contentieux social de Bavière a estimé que le suicide pouvait être reconnu comme accident du travail et a précisé les circonstances dans lesquelles l'assurance accident était tenue de verser des prestations pour suicide. Il avait eu à juger du cas d'un assuré qui s'était suicidé et qui, dans la lettre qu'il avait laissée, avait indiqué que la situation professionnelle avait été une motivation essentielle de sa décision. Sa veuve avait introduit une demande de prestations de survivants auprès de l'assureur, déclarant que le geste de son mari avait été causé « par le harcèlement moral au travail ». L'assureur avait rejeté l'octroi de prestations. La veuve avait alors intenté une action en justice.

Le Code de la sécurité sociale caractérise l'accident du travail par l'existence d'un fait extérieur qui est à l'origine d'une atteinte à la santé et qui n'est pas volontaire. En principe, un suicide n'est pas un accident du travail puisqu'il s'agit d'une blessure auto-infligée. Mais il peut exceptionnellement être la conséquence d'un événement lié à l'entreprise et ainsi justifier l'obligation faite à l'assurance d'octroyer des prestations pour accident du travail. Dans le cas examiné, le tribunal a retenu non le suicide mais l'influence de l'entreprise sur l'assuré comme l'événement ayant provoqué l'accident. Selon une jurisprudence constante, cette influence constitue un accident du travail quand elle est limitée dans le temps, à une journée de travail maximum. Le harcèlement moral ne devrait donc pas être considéré comme un accident du travail puisqu'il se produit généralement sur une durée plus longue. En revanche, si l'influence de l'entreprise s'exerce au cours d'une seule et même journée de travail (par exemple entretien individuel, enquête policière, voies de fait), il peut s'agir d'un accident. Dans le cas précis, le tribunal a pris en compte la contrainte psychique d'un entretien individuel qui avait causé un choc psychologique à l'assuré et entraîné une dépression. C'est la blessure psychique causée par cet entretien qui a été considérée comme un accident du travail, et non le suicide qui, pour le tribunal, a été une conséquence involontaire de l'accident. Le suicide doit donc être indemnisé comme conséquence d'un accident du travail quand l'assuré subit un violent choc psychologique dans le cadre de son activité engendrant un état psychique exceptionnel qui débouche sur le suicide.

haufe.de, online – 06.11.2008 Bei Selbstmord wg. Mobbing – Hinterbliebenenrente von der Berufsgenossenschaft? Bayerische LSG, Urteil v. 29.04.2008, L 18 U 272/04

En **Italie** également, la reconnaissance du suicide est possible si l'acte est la conséquence d'un accident du travail (risque aigu) ou d'une maladie professionnelle (risque prolongé). Un état pathologique induit par le travail est nécessaire, même si l'assuré n'a déclaré aucun incident au préalable.

En **Suède**, en **Suisse** et au **Danemark**, la possibilité juridique de reconnaissance du caractère professionnel d'un suicide existe, mais les cas sont extrêmement rares, voire inexistants.

En **Suède**, le suicide peut être reconnu en maladie professionnelle s'il est la conséquence d'une exposition à un stress ou à des conditions de travail exceptionnellement dures. Toutefois, une reconnaissance en accident du travail n'est pas exclue. A ce jour, seuls quelques cas de suicides ont été reconnus comme maladies professionnelles.

En **Suisse**, la loi encadre étroitement les possibilités de prise en charge du suicide par l'assurance accident. Il est nécessaire de rappeler ici une spécificité suisse qui consiste en ce que l'assurance accident prend en charge les accidents du travail et les maladies professionnelles mais aussi les accidents non professionnels.

L'article 37 al. 1 de la Loi fédérale sur l'assurance accidents stipule que si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires. Dès lors, le suicide (ou la tentative de suicide) n'est en principe pas reconnu comme accidentel.

Toutefois, l'article 48 de l'ordonnance sur l'assurance accidents pose deux exceptions à ce principe :

- si l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement ou
- si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance.

Les rares cas de suicide pris en charge relèvent en général de l'assurance-accidents non professionnels. Pour que le caractère professionnel d'un suicide soit reconnu, il faudrait en pratique que l'acte suicidaire soit de toute évidence à mettre uniquement sur le compte des conditions de travail (les causes personnelles seraient totalement exclues et le suicide surviendrait sur le lieu de travail) ou soit la conséquence évidente des suites/séquelles d'un accident professionnel ou d'une maladie professionnelle.

Au **Danemark**, une reconnaissance du suicide comme conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'est juridiquement pas exclue, mais on ne recense aucun cas, faute de demandes de reconnaissance.

La **Finlande** est le seul pays couvert par l'étude à exclure strictement une quelconque reconnaissance du suicide comme accident du travail. Le fait de se donner la mort constitue un acte volontaire qui, de ce fait, n'entre pas dans la définition de l'accident (événement inattendu et externe causant une blessure). Une reconnaissance en maladie professionnelle est également exclue.

2. Procédure de reconnaissance en maladie professionnelle et indemnisation

Pour les pays dans lesquels une reconnaissance des troubles psychiques en maladie professionnelle est possible et dans lesquels des cas ont déjà été reconnus (la **Belgique**, le **Danemark**, l'**Italie**, la **France**, la **Suède**, ainsi que l'**Espagne** au titre des pathologies non traumatiques causées par le travail), les développements ci-dessous vont venir préciser les éventuelles contraintes réglementaires et les pratiques relatives à la procédure de reconnaissance puis à l'indemnisation.

2.1 Conditions de reconnaissance

Dans les pays où les pathologies psychiques sont susceptibles d'être reconnues comme maladies professionnelles, elles le sont au titre d'un système complémentaire de reconnaissance (**Belgique**, **Danemark** - à l'exception du stress post-traumatique qui est listé -, **France**, **Italie**, **Espagne**) ou d'un système de la preuve (**Suède**).

En Europe, ces systèmes ont ceci de commun qu'ils exigent la démonstration d'un lien direct, déterminant, essentiel, très probable (les qualificatifs varient selon le pays) entre la pathologie hors liste et l'exercice de l'activité professionnelle.

Ces systèmes ne comportent que peu ou pas de spécificités en termes de conditions préalables de reconnaissance (relatives par exemple au diagnostic ou au risque couvert), puisque, par définition, leur raison d'être est « d'offrir une chance » aux maladies non listées, c'est-à-dire qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus, d'un travail de définition et de délimitation des possibilités de prise en charge.

Quel que soit le pays concerné et étant donné la spécificité des pathologies psychiques, une attention particulière est accordée à l'examen d'éventuelles causes extraprofessionnelles de la pathologie, qu'il s'agisse de prédispositions individuelles de la victime ou d'événements de la sphère privée qui auraient pu avoir un impact sur l'apparition de la maladie. L'existence de tels facteurs extraprofessionnels n'exclut pas une reconnaissance du caractère professionnel de la psychopathologie, mais il est impératif qu'ils ne soient pas considérés comme suffisants à causer la maladie.

Concernant spécifiquement les pathologies psychiques, certains pays ont au préalable choisi de cadrer plus ou moins la procédure de reconnaissance, en définissant les pathologies concernées et/ou les risques couverts, en donnant des directives ou des outils pour l'instruction. D'autres pays ont une approche plus empirique.

L'**Italie** est le pays qui a le plus balisé la pratique de reconnaissance et d'indemnisation des troubles psychiques. Ceux-ci seront reconnus comme maladies professionnelles s'ils ont été causés par des conditions spécifiques et particulières imputables à des dysfonctionnements nés de l'organisation du travail.

En 2001, le Conseil d'Administration de l'organisme d'assurance accidents du travail-maladies professionnelles INAIL a entériné une pratique de reconnaissance initiée à la fin des années 1990 au titre du système complémentaire et a confié à un comité scientifique la mission de définir des méthodes de diagnostic étiologique des pathologies d'ordre psychique et psychosomatique engendrées par le stress subi sur le lieu de travail, incluant le mobbing.

Ce comité a rendu en 2003 ses conclusions sur les orientations à adopter en matière de reconnaissance.

Le risque professionnel ainsi défini couvre les situations de risque créées par des incohérences dans le processus d'organisation (« *costrittività organizzativa* »). Les situations les plus fréquemment rencontrées (tirées en partie de sources législatives, jurisprudentielles ainsi que des résultats préliminaires des cas déclarés à l'INAIL) sont :

- marginalisation de l'activité professionnelle, fonctions vidées de leur contenu, non attribution d'instruments de travail, transferts injustifiés et répétitifs ;
- affectation prolongée de tâches impliquant une réduction de la qualification par rapport au profil professionnel de l'intéressé ;
- affectation prolongée de tâches trop lourdes ou excessives, y compris par rapport à un éventuel handicap psychique ou physique ;
- interdiction systématique ou structurelle de l'accès à l'information ;
- inadaptation structurelle ou systématique des informations inhérentes à l'activité professionnelle normale ;
- exclusion répétée du salarié des initiatives de formation, de requalification ou de mise à jour professionnelles ;
- exercice exagéré ou excessif de différentes formes de contrôle.

La catégorie de « *harcèlement lié à l'organisation* » inclut le fameux « *mobbing stratégique* » ayant une finalité professionnelle, à savoir l'ensemble des actions organisées sur le lieu de travail pour éloigner ou marginaliser un salarié.

Sont en revanche exclus du risque couvert les facteurs d'organisation liés au déroulement normal du rapport de travail (licenciement, réaffectation etc...), ainsi que les situations induites par les dynamiques psychologiques et relationnelles communes au milieu professionnel et au cercle de la vie sociale et familiale.

Enfin, les comportements purement subjectifs adoptés par des personnes sur leur lieu de travail ne sont pas considérés, à moins que lesdits comportements, réitérés, ne se traduisent et ne se concrétisent par des incohérences pouvant être documentées et démontrées dans le processus d'organisation.

Le cadre nosographique des pathologies couvertes par l'assurance correspond aux deux types de syndromes corrélés au stress selon la classification des troubles psychiques et du comportement de la CIM-10 et selon le DSM-IV, à savoir le syndrome de désadaptation (manifestation de symptômes émotifs et comportementaux ayant une signification clinique, en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress, identifiables et non extrêmes) et le syndrome de stress post-traumatique (réponse retardée ou prolongée à la suite d'un événement ayant causé un stress intense ou à une situation de menace importante ou de catastrophe de nature à provoquer un malaise diffus chez presque toutes les personnes).

En **Suède**, les troubles psychiques peuvent être reconnus comme maladies professionnelles à condition qu'ils soient directement associés au travail. Il existe plusieurs exceptions énoncées dans une loi entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2002 dont le principal objet était de simplifier les règles relatives à la charge de la preuve. Ainsi, les risques psychosociaux non pris en compte sont notamment les troubles engendrés par une fermeture d'entreprise ou une réduction du personnel, par des conflits interpersonnels ou liés au contrat de travail, par une modification des tâches assignées au travailleur, par une absence de promotion, ou par le sentiment d'être sous-estimé.

D'autre part, la reconnaissance de ce type de troubles est soumise en Suède à une contrainte légale qui s'applique à toutes les maladies professionnelles et les accidents du travail : puisque, par nature, les prestations de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles ne sont servies qu'en cas de conséquences permanentes pour la victime, il est nécessaire que celle-ci, du fait de son trouble psychique, ait subi une perte de revenus et/ou ait gardé des séquelles psychologiques durables.

En **France**, le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles permet la reconnaissance de n'importe quelle pathologie, quelle que soit la nature du diagnostic ou la nature du risque, à condition qu'elle ait été causée essentiellement et directement par le travail, et qu'elle ait entraîné une incapacité permanente d'une certaine gravité puisqu'un taux « prévisible » d'au moins 25 % doit être estimé par le médecin-conseil

de l'organisme d'assurance. Cette condition réglementaire s'applique aux troubles psychiques comme à n'importe quelle maladie hors liste (voir cependant assouplissement de la règle en 2.3).

En **Espagne**, le système PANOTRATSS, qui permet le recensement des pathologies hors liste reconnues (au titre des accidents du travail) comme pathologies non traumatiques causées ou aggravées par le travail, distingue et de ce fait définit les 4 types de pathologies mentales susceptibles d'être reconnues par les organismes d'assurance : les troubles affectifs, les troubles phobiques et névrotiques, les troubles du comportement avec déficiences physiques ou organiques et les troubles de la personnalité.

Au **Danemark**, n'importe quel trouble psychique est susceptible d'être reconnu comme maladie professionnelle, soit au titre de la liste s'il s'agit d'un trouble de stress post-traumatique, soit dans tous les autres cas au titre du système complémentaire. Dans cette seconde hypothèse, il s'agit le plus souvent de troubles de stress non spécifique ou de dépressions.

La **Belgique** ne permettant que très marginalement une reconnaissance des troubles psychiques en maladies professionnelles, il n'est pas possible d'explicitier des conditions ou pratiques de reconnaissance.

2.2 *Instruction de la demande de reconnaissance*

Il n'existe dans aucun des systèmes complémentaires de reconnaissance des maladies professionnelles des spécificités pour l'instruction des cas de pathologies psychiques. En revanche, certains pays ont tenté d'élaborer des outils d'aide à destination des organismes d'assurance.

Charge de la preuve, instruction et décision

A l'exception de la **Suède** où il n'existe qu'un système de la preuve, les pathologies psychiques sont partout instruites au titre du système complémentaire (sauf certains troubles post-traumatiques au Danemark).

L'instruction d'une maladie hors liste est partout confiée à une entité/personne au sein de l'organisme d'assurance ou apparentée à celui-ci. Au **Danemark** et en **Belgique**, il s'agit d'une structure unique au niveau national (on peut présumer que cela assure une certaine cohérence des décisions à l'échelle nationale), tandis que dans les autres pays les entités/personnes en charge de l'instruction et/ou de la décision de reconnaissance ont une compétence territoriale.

En **France**, c'est le médecin-conseil de l'organisme de sécurité sociale qui valide le diagnostic et se prononce sur le taux d'incapacité permanente prévisible supérieur à 25 % (condition sine qua non pour accéder à une reconnaissance au titre du système complémentaire – voir aussi 2.3).

Lorsque le taux d'IP prévisible est supérieur à 25 %, le médecin-conseil transmet un rapport au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP). Pendant ce temps, la caisse de sécurité sociale réalise une enquête administrative, contradictoire, auprès de la victime et de l'employeur. Le rapport d'enquête est transmis au comité ainsi que l'avis du médecin du travail.

Ce comité composé d'un médecin-conseil de la sécurité sociale, d'un médecin inspecteur du travail et d'un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologies professionnelles doit établir l'existence d'un lien direct et essentiel entre la pathologie et le travail. Ce collège de médecins n'a pas nécessairement de compétences en matière de pathologies psychiques mais le dossier d'instruction comporte très souvent l'avis d'un psychiatre ; si ce n'est pas le cas, le comité peut en demander un. Le délai réglementaire d'instruction est au plus de 6 mois. Toutefois, dans le cas des affections hors liste, comme les maladies psychiques, le comité régional peut être amené à poursuivre son instruction au-delà

des 6 mois. Le délai moyen observé entre la demande de reconnaissance et la décision de prise en charge est de 10 mois. L'avis de ce comité s'impose à la caisse.

En dehors du trouble de stress post-traumatique qui est susceptible d'être reconnu au **Danemark** au titre de la liste, les demandes portant sur la reconnaissance d'autres types de troubles psychiques sont examinées par le Comité des Maladies Professionnelles. L'une des missions de ce comité composé de représentants des salariés et des employeurs ainsi que d'experts médicaux est en effet de statuer sur les cas de maladies non inscrites sur la liste, en appréciant l'existence d'un lien causal entre la pathologie et le travail, sur la base de l'instruction menée par l'organisme d'assurance *Danish National Board of Industrial Injuries*. La demande est examinée lorsque l'état de santé de la victime est stable. Dans ce pays également, la charge de la preuve pèse dans ce cas sur la victime, mais la réalité est plus nuancée puisque le *case manager* de l'organisme d'assurance l'assiste, par exemple en questionnant l'employeur, en collectant les informations médicales nécessaires et en procurant des articles scientifiques pertinents.

En **Italie**, la charge de la preuve de l'origine professionnelle de la pathologie est théoriquement supportée par la victime pour les maladies hors liste, qu'il s'agisse de l'existence du risque ou bien de la pathologie. Cependant, l'organisme d'assurance INAIL participe au rassemblement des éléments de preuve ; c'est de fait un spécialiste en médecine du travail et expert en médecine légale de l'INAIL qui instruit la demande, en collaboration avec le travailleur et éventuellement son médecin du travail, lorsque l'état de santé de la victime est stabilisé. Le médecin de l'INAIL recourt à des médecins spécialisés (psychiatres), même extérieurs à l'institut.

En **Belgique**, un médecin de l'organisme d'assurance *Fonds des Maladies Professionnelles* (FMP) évalue s'il existe un lien causal direct et déterminant entre la pathologie et le travail ; si nécessaire, il peut faire appel à l'expertise d'un spécialiste (par exemple un psychiatre). La Commission « système ouvert », composée de médecins externes au FMP et de fonctionnaires du FMP statue sur la décision de reconnaissance sur la base du dossier d'instruction. Le temps d'instruction entre la date de demande et la décision est de l'ordre de 1 an.

En **Suède**, l'Agence d'assurance sociale *Försäkringskassan* instruit la demande. Le cas est reconnu s'il existe de plus sérieux motifs en faveur d'une présomption du caractère professionnel de la maladie qu'en faveur du contraire. Les faits doivent être documentés par des informations provenant de plusieurs sources, notamment les témoignages des supérieurs de la victime, de ses collègues, des syndicats et des représentants de l'Administration du personnel. Cette enquête dure environ 4 mois.

L'examen de la demande de reconnaissance a lieu lorsque la victime a subi une perte de revenus due à la maladie psychique pendant au moins 1 an.

Un autre organisme, *AFA Försäkring*¹¹, intervient en matière de reconnaissance et d'indemnisation des victimes de risques professionnels en Suède. S'il n'a pas de prérogatives pour prendre en charge une maladie qui n'aurait pas au préalable été reconnue comme professionnelle par *Försäkringskassan*, il peut au contraire reconnaître et prendre en charge un accident dont le caractère professionnel n'a pas été reconnu par l'agence d'assurance sociale. C'est par cette voie que de nombreux troubles mentaux sont reconnus par cette assurance complémentaire (voir statistiques en 3.2). La charge de la preuve pèse sur la victime, mais *AFA Försäkring* a l'obligation d'enquêter sur chaque demande (essentiellement par téléphone, selon des protocoles prédéfinis).

¹¹ Assurance complémentaire conventionnelle financée par les employeurs et couvrant la presque totalité des salariés, qui prend en charge l'indemnisation de préjudices tels que la perte de revenu non couverte par l'assurance sociale (en raison de l'existence d'un plafond), mais aussi les préjudices immatériels (pretium doloris et préjudice moral) ainsi que le préjudice corporel et d'agrément.

En **Espagne**, c'est le médecin de l'organisme d'assurance¹² qui détermine si la pathologie est causée de manière exclusive par le travail ou aggravée par lui. Toutefois, les décisions judiciaires en faveur de la reconnaissance de pathologies psychiques comme accidents du travail et qui s'imposent aux organismes d'assurance sont de plus en plus nombreuses.

Outils d'aide à la décision

Trois pays signalent disposer (ou avoir disposé dans le passé) de directives destinées à aider l'entité compétente en matière de reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles. Dans les autres pays, on a recours à des outils non spécifiques au domaine de l'assurance.

En **France**, un groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) a mené en 2012 des travaux sur la réparation des maladies psychiques (voir chapitre 5). Ces travaux ont conduit à la diffusion aux médecins-conseil par l'organisme assureur CNAMTS d'un outil d'aide pour mieux évaluer – et de manière homogène sur le territoire national – l'incapacité permanente prévisible supérieure à 25% dans les cas de maladies psychiques (lettre-réseau du 4 janvier 2013¹³).

Ce groupe de travail a également préconisé de mettre à jour le Guide pour les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)¹⁴, outil d'aide à la décision qui, dans sa seconde partie, apporte un éclairage sur les atteintes psychiques liées aux risques psychosociaux (voir extrait du Guide ci-dessous). Les travaux d'actualisation sont en cours.

Extrait du Guide pour les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, (version 2009)

« 7.8 Affections d'origine psychique

Les comités peuvent être interrogés pour établir un lien direct et essentiel entre des affections d'origine psychique et le travail habituel au titre des maladies hors tableau.

Les affections en relation avec un événement ponctuel pouvant être qualifié d'accidentel, sous forme de névrose post-traumatique ou de stress post-traumatique (codes F 43.0 et F 43.1 de la classification internationale des maladies 10^e révision de l'OMS), relèvent en général de la prise en charge comme accident du travail, quoique des situations frontières entre accident et maladie puissent exister.

Des affections d'origine psychique peuvent être liées aux conditions habituelles de travail.

Il peut s'agir:

- de troubles anxieux ou dépressifs généralisés (F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 41.1) ;*
- de troubles névrotiques liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F 45.1, F 45.3, F 45.4)*
- d'épuisement physique et psychique (Z 73.0).*

Ces tableaux cliniques peuvent être associés.

Les comités doivent disposer, pour statuer, d'informations suffisantes sur la maladie et sur la ou les nuisances.

¹² La très grande majorité des entreprises s'assurent contre les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles auprès de l'une des mutuelles patronales (*Mutuas de accidentes de trabajo*) agréées par le ministère du Travail et de l'Immigration et ayant le statut d'organismes de droit privé sans but lucratif qui collaborent avec le service public de Sécurité sociale. Les entreprises peuvent aussi faire le choix de s'assurer directement auprès de l'INSS (*Instituto nacional de la Seguridad Social* - Institut national de Sécurité sociale).

¹³ Les lettres-réseau sont des documents non publics qui sont diffusés en interne par l'assureur CNAMTS. Ce sont des aides à la décision destinées à harmoniser les pratiques ; elles ont valeur de recommandations de bonnes pratiques.

¹⁴ Guide pour les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, version de 2009 : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TM%2013>

7.8.1. Caractérisation des maladies

En ce qui concerne la maladie, les comités pourront s'appuyer sur des avis médicaux spécialisés qui donneront des informations sur d'éventuels antécédents psychiatriques et qui préciseront le diagnostic de la maladie dont souffre le demandeur. La sémiologie du syndrome anxio-dépressif en relation avec des conditions de travail délétères est maintenant bien décrite. Les comités doivent pouvoir disposer, dans ces dossiers délicats, d'observations médicales détaillées comportant des informations sur le début des symptômes et sur les phases successives de la maladie, sur sa durée, son évolution, les soins prodigués et les séquelles. La description chronologique de la maladie doit pouvoir être mise en regard de la description chronologique de la ou des nuisances. Il convient d'écarter de la prise en charge les psychoses caractérisées préexistantes.

Il est indispensable aux membres du comité de pouvoir connaître le diagnostic positif précis de la maladie et les diagnostics différentiels écartés pour pouvoir établir un diagnostic étiologique.

7.8.2. Les nuisances

La maladie qui est susceptible d'être professionnelle doit être en relation directe et essentielle avec les conditions habituelles de travail. Le rôle du comité est donc de déterminer si les conditions de travail habituelles sont délétères pour la santé mentale du patient.

Le dossier doit contenir des pièces permettant au comité de statuer : rapport du médecin-conseil, avis du médecin du travail, avis de l'employeur, faits établis et éléments recueillis par les agents des organismes de sécurité sociale chargés des enquêtes, avec leurs conclusions. Le comité devra également tenir compte de toutes autres données disponibles telles que notamment les données fournies par les parties ainsi que les enquêtes et observations des institutions représentatives du personnel.

Il est nécessaire que les comités puissent repérer les différentes causes possibles de souffrance.

Juger du caractère pathogène des conditions de travail est délicat et doit reposer sur des arguments aussi peu subjectifs que possible.

Il peut s'agir:

- des modalités d'organisation du travail : organisation de l'entreprise et ses changements ; travail prescrit et réel du salarié et ses changements (poste, moyens matériels, procédures, autonomie dans le travail...) ;
- de relations interpersonnelles avec les autres membres de l'entreprise qu'il s'agisse de la hiérarchie ou des collègues de travail, avec éventuellement des personnalités pathologiques au comportement violent ou à propos de conflit de valeurs, conflit d'objectifs... ;
- de conditions de travail par nature éprouvantes.

Le caractère nuisible du travail pour la santé mentale peut éventuellement avoir été préalablement qualifié de harcèlement par des tribunaux (tribunal des prud'hommes, tribunal correctionnel). Ces qualifications constituent, le cas échéant, un élément à prendre en compte mais elles ne doivent ni être l'unique argument positif ou négatif à retenir par les comités, ni être systématiquement attendues pour rendre leur avis.

L'existence de procédures judiciaires souvent prud'homales concernant des litiges d'ordre varié (motif de licenciement, indemnités, par exemple) est un élément parmi d'autres d'information des comités sur les conditions de travail. »

Au **Danemark**, le Comité des Maladies Professionnelles, compétent en matière de reconnaissance de maladies hors liste, utilise pour les cas de maladies psychiques qui lui sont soumis un document de référence publié en 2007 sur le lien entre les facteurs psychosociaux liés au travail et le développement de trouble mentaux¹⁵. Ce document compile une centaine d'études scientifiques portant sur les différents aspects de la problématique.

Il est intéressant de mentionner qu'en **Italie**, l'INAIL avait diffusé dès 2003 une circulaire auprès de ses structures territoriales afin de fixer des modalités de traitement des demandes de reconnaissance des pathologies psychiques. Cette circulaire, qui établissait des procédures pour la vérification des conditions de risque et pour l'établissement du diagnostic, a été attaquée devant les juridictions administratives par de nombreuses organisations d'employeurs et a été annulée par les juridictions administratives italiennes¹⁶. Il lui a été

¹⁵ *The relationship between work-related stressors and the development of mental disorders other than post-traumatic stress disorder - A reference document on behalf of the Danish Work Environment Research Fund; Bo Netterstrøm, Nicole Conrad. Clinic of Occupational Medicine, Hillerød Hospital, Denmark, September 2007. <http://www.ask.dk/~media/4A37CFA4013E41C4B89F56C2F812D5F0.aspx>*

¹⁶ La circulaire Inail n°71/2003 a été annulée par le Tribunal Administratif Régional du Latium (décision n°5454 du 4 juillet 2005), annulation confirmée par le Conseil d'Etat (arrêt n°1576 du 17 mars 2009).

reproché de donner des prescriptions sur la définition et le diagnostic du mobbing, et de considérer les maladies psychiques causées par les contraintes organisationnelles comme de véritables maladies professionnelles qui jouiraient d'une présomption d'origine professionnelle.

Reste que le rapport de 2003 du Comité scientifique nommé suite à la délibération du Conseil d'Administration de l'INAIL de juillet 2001 (voir 2.1) donne des orientations qui sont toujours d'actualité sur les méthodes et critères utilisés pour le diagnostic des pathologies psychiques liées au travail, notamment dans son chapitre 5.

Extrait du rapport du Comité scientifique ad hoc (2003)

« Comme toutes les maladies professionnelles hors liste, les troubles psychiques ou psychosomatiques déclarés par l'assuré doivent faire l'objet d'une enquête approfondie et être analysés au regard non seulement des déclarations du sujet, mais aussi de celles de l'employeur et des informations recueillies directement auprès des dirigeants de l'entreprise et des collègues de travail. Ces enquêtes, ayant pour objet l'anamnèse professionnelle, devront permettre de déceler les facteurs de risque liés aux contraintes organisationnelles.

Il conviendra en parallèle de recueillir toutes les données médicales disponibles. Dans le domaine psychiatrique plus encore que dans les autres spécialités médicales, la reconstitution de l'état antérieur du sujet revêt une importance particulière, sans négliger les facteurs étiologiques extraprofessionnels. En effet, les pathologies en question sont multifactorielles (facteurs familiaux/personnels, environnementaux/sociaux), et parmi ces facteurs, le risque professionnel peut sembler n'être qu'un élément occasionnel sans lien direct avec l'étiologie de la maladie.

Une telle analyse de l'état antérieur du sujet permettra de conclure à :

- la présence de troubles préexistants permettant d'expliquer tout le tableau clinique de la pathologie (et donc d'exclure une étiologie professionnelle) ;*
- la présence de troubles préexistants (prédispositions) ayant une causalité partielle ;*
- l'absence de troubles préexistants.*

Dans les deux dernières hypothèses, l'analyse du risque déclaré sera déterminante si elle permet de démontrer, avec certitude ou au moins un niveau de probabilité élevé, que l'exposition au risque professionnel est la cause dominante (voire unique) de la pathologie.

Pour accompagner cette analyse, il est utile de mentionner qu'il existe dans la littérature des « échelles » élaborées sur la base des réponses obtenues en questionnant divers groupes de sujets (v. Homes et Rahe, 1967 ; Dohrenwend et coll, 1974, 1988 ; Fisher, 1996) qui classent les événements de la vie pouvant être sources de stress ; viennent ainsi en tête le décès du conjoint ou d'un enfant, puis par ordre décroissant : le divorce, la séparation du conjoint, l'emprisonnement, le décès d'un parent proche, les accidents ou maladies, le mariage, la perte d'emploi ou un échec professionnel, le déclassement, la promotion, le départ à la retraite, le décès d'un ami proche, un changement de travail et d'autres changements de la vie sociale.

Même si les événements liés à l'activité professionnelle ne se trouvent pas en tête de ce classement, ils peuvent avoir une incidence non négligeable et doivent dès lors être pris en compte et évalués dans le contexte des autres événements de la vie, même positifs, auxquels chaque individu peut être confronté.

Pour constater la pathologie déclarée, seuls des spécialistes assermentés sont compétents : ils effectuent un examen clinique complet afin d'analyser la personnalité du sujet avant la maladie et l'évolution du tableau clinique. »

2.3 Evaluation et indemnisation du dommage psychique permanent

Le type de prestations servies par l'assurance à une victime de pathologie psychique reconnue comme professionnelle est le même que pour n'importe quelle maladie professionnelle. La nature et l'étendue de ces prestations sont fonction du système d'indemnisation propre à chaque pays¹⁷.

¹⁷ Pour en savoir plus : Accidents du travail – maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes, juin 2005, Eurogip–21/F et Réparation

Parmi les cinq pays susceptibles de reconnaître des troubles psychiques comme maladies professionnelles, trois disposent dans leur barème national d'évaluation de l'incapacité permanente des rubriques dédiées aux troubles mentaux, qui leur permettra de déduire un niveau d'indemnisation.

Même s'ils ne sont pas traités dans ce chapitre consacré uniquement à la reconnaissance des troubles psychiques comme maladies professionnelles, les autres pays qui reconnaissent certains troubles psychiques uniquement comme accidents du travail disposent eux-aussi soit de rubriques spécifiques au stress post-traumatique dans leur barème national soit d'outils médico-légaux pour évaluer ce type de situations traumatiques afin de calculer l'étendue de l'indemnisation de la victime.

Au Danemark

En présence d'une maladie professionnelle ayant provoqué des dommages permanents, l'organisme d'assurance accidents du travail – maladies professionnelles indemnise séparément la perte de capacité de gain subie par la victime (préjudice patrimonial) et l'incapacité permanente engendrée par la maladie (préjudice physiologique et psychologique). Le premier préjudice, évalué in concreto, est fonction du résultat de la comparaison entre le salaire de la victime avant la survenance de la maladie professionnelle et son nouveau salaire ou le salaire qu'elle peut encore attendre, mais des éléments tels que l'âge et la capacité à se reconverter sont également pris en compte.

Le second préjudice est évalué à l'aide d'un barème médical. Cet outil attribue à chaque pathologie définie un taux indicatif d'incapacité permanente. Ce taux permet de calculer le montant de la prestation pour incapacité permanente, versée sous la forme d'un capital et qui est identique pour toutes les victimes quels que soient leur âge, genre et revenus. La rubrique J est consacrée aux maladies psychiques. Le taux accordé pour un trouble psychique varie selon la pathologie de 5% à 35%, ce qui correspond à un capital s'échelonnant entre 39 525 DKK (soit 5 317 €*) et 276 675 DKK (soit 37 216 €*).

* taux de change en vigueur au 20 juin 2012

Extrait du barème danois des incapacités permanentes (item J consacré aux maladies psychiques)

J MALADIES PSYCHIQUES RESULTANT DE LA VIOLENCE OU D'UN CHOC

L'exposition à une violence, à des menaces ou à un choc insignifiants dus à un traumatisme émotionnel mineur n'est pas acceptée comme seule cause d'une incapacité permanente de 5% ou plus.

J.1 TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quand on évalue la gravité du trouble, on accorde une importance particulière au nombre de symptômes, à la fréquence/l'intensité des symptômes ainsi qu'à leur impact sur la vie quotidienne.

Au fil du temps, les symptômes vont assez souvent évoluer vers le diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe »¹⁸ et, en conséquence, certaines nuisances vont diminuer/s'atténuer alors que d'autres peuvent apparaître. Pour ce qui concerne l'incapacité permanente, ces deux troubles sont donc considérés comme un seul trouble avec un taux d'incapacité permanente commun, cf. la liste des taux. Dans la plupart des cas, un trouble de stress post-traumatique est temporaire.

Si un stress post-traumatique diminue et, qu'en conséquence, le critère de diagnostic retenu lors de l'évaluation de l'incapacité permanente n'est plus rempli, une indemnisation pour incapacité

du préjudice permanent subi par les victimes d'AT/MP en Europe, Analyse comparée dans dix pays européens des études de cas soumis aux membres du Forum européen de l'assurance AT/MP, décembre 2010, Eurogip–59/F

¹⁸ Rubrique F62 de la classification CIM-10 (Note de l'auteur)

permanente inférieure à celle fixée pour un degré de gravité léger sera versée, c'est-à-dire 5-8 pour cent.

J.1.1. Trouble de stress post-traumatique léger	10%
J.1.2. Trouble de stress post-traumatique modéré	15%
J.1.3. Trouble de stress post-traumatique modéré à grave	20%
J.1.4. Trouble de stress post-traumatique grave	25%
J.1.5. Symptômes graves de trouble de stress post-traumatique et symptômes simultanés d'autres maladies psychiques telles que des symptômes psychotiques et/ou des symptômes graves de dépression chronique ou de modification de la personnalité	35%*

J.2 TROUBLE DE STRESS NON SPECIFIQUE

Les symptômes du trouble de stress non spécifique sont moins spécifiques que ceux du trouble de stress post-traumatique. Les symptômes sont souvent les problèmes de vigilance, l'irritabilité, les problèmes de concentration, la sensibilité au bruit, la tristesse... Quand on les compare aux symptômes du trouble de stress post-traumatique, les symptômes du trouble de stress non spécifique sont souvent moins complets. Le degré de gravité est évalué en fonction des symptômes, de la gravité des symptômes et de leur impact sur la vie quotidienne.

J.2.1. Trouble de stress non spécifique léger	5%
J.2.2. Trouble de stress non spécifique grave	10%

J.3 DEPRESSION CHRONIQUE

La dépression s'entend comme la dépression selon la classification des maladies CIM-10. La plupart des dépressions sont temporaires, cependant certaines deviennent chroniques. Selon la classification des maladies, le degré de gravité est évalué sur la base des nuisances, de la gravité des nuisances et de leur impact sur la vie quotidienne.

J.3.1. Dépression chronique légère	10%
J.3.2. Dépression chronique modérée	15%
J.3.3. Dépression chronique grave	20%
J.3.4. Dépression chronique grave avec symptômes psychotiques	25%

J.4 TROUBLE ANXIEUX POST-TRAUMATIQUE

Le trouble anxieux post-traumatique est un trouble qui ne s'accompagne pas de nuisances significatives autres que l'anxiété. Dans de nombreux cas, les nuisances seront temporaires, toutefois dans certains cas l'anxiété deviendra permanente. Le degré de gravité est évalué comme pour les autres maladies psychiques.

J.4.1. Trouble anxieux post-traumatique léger	5%
J.4.2. Trouble anxieux post-traumatique grave	10%

* Le 1^{er} juillet 2011, le taux correspondant à l'item J.1.5 a été relevé de 25% à 35%. Si le barème s'applique à toutes les victimes de maladies professionnelles, c'est dans un contexte de retour de zones de guerre de nombreux soldats danois atteints de graves troubles psychiques que cette mesure a été décidée.

En France

La Sécurité sociale calcule le montant de la prestation pour incapacité permanente d'une victime de maladie professionnelle à l'aide d'un barème indicatif d'invalidité. Le taux d'incapacité permanente associé à chaque pathologie peut éventuellement être ajusté par un coefficient professionnel.

Le montant de la rente versée à la victime est calculé en combinant son dernier salaire avec le taux d'incapacité permanente pondéré à la baisse s'il est inférieur à 50% et à la hausse s'il est supérieur.

Le barème indicatif d'invalidité suite à une maladie professionnelle n'est pas adapté aux pathologies psychiques. Puisqu'il n'est qu'indicatif, les médecins-conseil de la Sécurité Sociale disposent d'une large marge de manœuvre pour évaluer le taux d'incapacité permanente d'une victime de maladie psychique.

Extrait du barème indicatif français d'invalidité (maladies professionnelles)

Chapitre 4 - Affections neurologiques, neurosensorielles et psychiatriques
Sous-chapitre 4.4 - Troubles psychiques – Troubles mentaux organiques
4.4.2 - Chroniques

Etats dépressifs d'intensité variable :
soit avec une asthénie persistante..... 10 à 20 %
soit à l'opposé, grande dépression mélancolique, anxiété pantophobique ...50 à 100 %
Troubles du comportement d'intensité variable..... 10 à 20 %

En pratique, jusqu'à très récemment, le taux d'incapacité permanente fixé par les médecins-conseil pour les cas de psychopathologies était souvent de 25%, car ce taux correspond en **France** au taux minimum d'accès à la reconnaissance des maladies hors liste. Ce taux de 25% était dans de nombreux cas surestimé, mais il s'imposait dans la mesure où un lien de causalité avait été reconnu par le CRRMP en charge du dossier.

Une lettre ministérielle du 13 mars 2012 a permis de clarifier la procédure de fixation du taux d'incapacité permanente pour les maladies hors liste : le taux « prévisible » inférieur ou supérieur à 25% ne sert qu'à décider de l'éventuelle transmission de la demande de reconnaissance aux CRRMP, tandis que le taux réel d'incapacité permanente ne sera fixé qu'après la stabilisation de l'état médical de la victime, qui peut intervenir après la décision de reconnaissance. C'est ce dernier taux qui déterminera le montant de la prestation versée à la victime pour incapacité permanente.

Cette nouvelle pratique devrait permettre d'une part aux médecins-conseil de fixer des taux d'incapacité permanente plus réalistes (même inférieurs à 25%, si après traitement médical et soustraction de fait au risque la victime n'a plus que des séquelles résiduelles), et d'autre part d'enregistrer un plus grand nombre de demandes de reconnaissance.

En Italie

Depuis la réforme de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles de 2000, c'est le dommage biologique qui est le fondement de la réparation de l'incapacité permanente.

Pour fixer le taux de dommage biologique (par définition permanent) d'un cas de trouble psychique, on procède par analogie avec les deux rubriques consacrées aux pathologies psychiques du barème d'incapacité, en dressant un tableau précis de la pathologie qui devra être en accord avec les classifications correspondant aux syndromes et aux troubles de nature psychique (CIM-10 et DSM-IV).

En gardant à l'esprit que les troubles en question sont majoritairement transitoires, il faut tenir compte du polymorphisme du tableau clinique et adopter une approche graduelle en fonction de la gravité de la symptomatologie prédominante – voir les classifications indiquées dans la CIM-10 et le DSM-IV - le pourcentage pouvant s'apparenter, pour les formes légères/modérées, à la fourchette prévue dans la rubrique 180, et pour les formes sévères (symptômes dépressifs et comportementaux importants) à celle de la rubrique 181.

Extrait du barème italien d'incapacité du 12 juillet 2000 sur le dommage biologique permanent

(180) Trouble post-traumatique causé par un stress chronique modéré jusqu'à 6 %
(181) Trouble post-traumatique causé par un stress chronique sévère jusqu'à 15 %

Notons qu'en **Italie**, une maladie (hors liste ou pas) peut être reconnue comme professionnelle même si elle n'a que des conséquences temporaires en termes d'incapacité (concrètement, la victime sera absente du travail et indemnisée pour incapacité temporaire

absolue). Il sera ensuite évalué s'il existe des séquelles permanentes, auquel cas une indemnisation du dommage biologique est prévue. L'existence, l'amélioration ou l'aggravation de ces conséquences permanentes peuvent être réévaluées par la suite.

En Belgique et en Suède

En **Suède**, il n'existe pas de barème encadrant l'évaluation de l'incapacité permanente des victimes de maladies professionnelles. Cette absence est tout à fait logique dans la mesure où l'assurance sociale contre les risques professionnels n'indemnise que la perte de capacité de gain, lorsque celle-ci est réduite depuis plus d'une année d'au moins 1/15^e. Le montant de cette prestation versée sous forme de pension est fonction de la différence entre le revenu (théorique) que la victime percevrait en l'absence d'accident ou de maladie professionnelle et le revenu réellement perçu après l'événement (éventuelles autres prestations sociales comprises).

Il n'existe pas non plus de barème qui permette de fixer l'incapacité permanente conséquence d'une maladie professionnelle en **Belgique**. Les médecins s'appuient dans leur pratique sur la « coutume » et sont contrôlés par les tribunaux et les cours du Travail.

3. Statistiques de reconnaissance

Les possibilités juridiques de reconnaissance des maladies psychiques ont été décrites dans le chapitre 1. S'agissant d'une reconnaissance en tant que maladies professionnelles, ces possibilités se sont révélées limitées à cinq pays européens (six si l'on compte l'**Espagne** et son concept de « pathologies non traumatiques causées par le travail »). S'agissant d'une reconnaissance en tant qu'accidents du travail, la démarche est plus aisée et ce dans tous les pays couverts par l'étude, même si elle est généralement limitée à un type précis d'exposition au risque (critère de l'événement soudain et traumatisant).

Au-delà des possibilités juridiques, force est de constater que le phénomène est très limité en ce qui concerne les maladies professionnelles, et que cela est moins vrai pour les accidents du travail, les organismes d'assurance disposant de données chiffrées souvent peu précises.

Ce chapitre a pour objet de présenter les statistiques communiquées par les organismes d'assurance des différents pays, aussi bien au titre des maladies professionnelles que des accidents du travail.

Il convient d'avertir le lecteur que tout exercice de comparaison entre pays nécessite une grande prudence étant donné la diversité des systèmes d'assurance, les différences de couverture de ces systèmes (secteur privé/public, exclusion de l'agriculture...) et l'hétérogénéité des pratiques de reconnaissance et d'indemnisation.

3.1 Pathologies psychiques au titre des maladies professionnelles

Seuls cinq des dix pays couverts par l'étude sont en mesure de fournir, via l'organisme d'assurance, des statistiques sur le nombre de cas déclarés et le nombre de cas reconnus de pathologies psychiques en maladies professionnelles sur les 15 dernières années. Quatre de ces pays (le **Danemark**, la **France**, l'**Italie** et la **Suède**) sont ceux qui permettent habituellement une telle reconnaissance (voir chapitre 1), auxquels s'ajoute l'**Allemagne** qui, à défaut de la permettre, possède toutefois des données chiffrées sur le nombre de cas déclarés.

Dans les pays où des cas sont effectivement reconnus

Cinq pays permettent une reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies psychiques (voir chapitre 1). Toutefois, la **Belgique** est exclue des tableaux et graphiques ci-dessous dans la mesure où ce pays ne dispose pas de données sur les demandes de reconnaissance et où la possibilité de reconnaissance y est très marginale : seuls deux cas ont été reconnus jusqu'à présent (en 2002).

Tableau 1

Pathologies psychiques : nombre de demandes de reconnaissance et de cas reconnus en maladies professionnelles dans 4 pays européens entre 1996 et 2011

Année	Danemark		France		Italie		Suède	
	Demandes de reconnaissance / cas reconnus		Demandes de reconnaissance / cas reconnus		Demandes de reconnaissance / cas reconnus		Demandes de reconnaissance / cas reconnus	
1996	434	3	1	0	30	7	313	55
1997	449	9	4	1	26	4	185	39
1998	359	8	2	0	26	6	184	39
1999	483	19	3	2	37	11	235	77
2000	690	11	5	1	62	14	387	99
2001	1 052	36	12	4	169	57	640	146
2002	1 167	32	17	7	167	49	903	177
2003	1 397	71	41	18	254	49	1 260	238
2004	2 010	79	59	30	522	65	1 639	213
2005	2 534	146	72	26	543	70	1 987	168
2006	2 990	99	73	28	511	53	1 985	149
2007	3 445	148	78	33	554	51	1 914	209
2008	3 521	196	86	44	476	55	700	104
2009	3 089	223	142	72	415	42	648	111
2010	3 106	246	136	63	380	37	710	103
2011	3 486	212	196	94	378	13	451	70

Remarques méthodologiques

En **Suède**, les statistiques indiquées couvrent non pas le nombre de pathologies psychiques déclarées et reconnues mais le nombre de prestations demandées et accordées par l'organisme d'assurance. Ces chiffres ne sont donc pas exactement comparables avec ceux des autres pays. Les chiffres relatifs aux prestations sont de fait légèrement surévalués par rapport au nombre de personnes concernées, une même personne pouvant bénéficier de plus d'une prestation.

En **Suède** et en **France**, le nombre de demandes de reconnaissance correspond non pas au nombre de dossiers déposés durant l'année indiquée mais à l'addition du nombre de dossiers ayant reçu un avis défavorable et du nombre de dossiers ayant reçu un avis favorable cette année-là.

Comparaison entre pays

Les différences de volumes entre pays sont difficiles à commenter parce que l'échantillon de pays concernés est restreint et que les volumes sont faibles.

En outre, les populations assurées ne sont comparables qu'au **Danemark**, en **Italie** et en **Suède** dans la mesure où toutes les catégories de travailleurs sont assurées auprès du même organisme d'assurance (agriculture – industrie & services – agents publics). En effet, en **France**, les fonctionnaires et les nombreux régimes spéciaux en lien avec des services publics (transports publics, services d'ordre, enseignement, personnels hospitaliers...) sont exclus du régime général représenté dans cette étude. Mais on sait que ces catégories de travailleurs, en raison de leur travail en contact avec le public ou des métiers qu'ils exercent, sont particulièrement exposés au risque psychosocial (forces armées, enseignement, hôpitaux...). Or des statistiques plus précises (voir 4.3) nous montrent que si les agents publics

représentent moins d'1% de cas reconnus de pathologies psychiques en **Italie**, ce pourcentage s'élève à 70% au **Danemark**.

Force est de constater que les volumes des demandes de reconnaissance mais surtout des cas reconnus de pathologies psychiques sont faibles par rapport à la population assurée et au nombre total des maladies professionnelles reconnues dans chacun de ces quatre pays.

Tableau 2

Population assurée, demandes de reconnaissance et cas reconnus pour l'ensemble des maladies professionnelles (ordres de grandeur)

	Population assurée (champ)	Population assurée (nombre)	Nombre total de demandes de reconnaissance en maladie professionnelle	Nombre total de cas reconnus de maladies professionnelles
Danemark (2009)	Tous les travailleurs	2 830 000	18 000	4 810
France (2009)	Salariés du secteur privé	18 110 000 (ETP)	99 275	70 000
Italie (2008)	Tous les travailleurs, à l'exception des fonctionnaires stricto sensu	18 360 000	27 700	10 100
Suède (2009)	Tous les travailleurs	4 400 000 (2010)	9 145	1 900

ETP : équivalent temps plein

Néanmoins, on observe que les cas sont plus nombreux au **Danemark** et en **Suède**, qu'il s'agisse des demandes ou des cas reconnus.

On ne peut en déduire une plus grande prévalence des pathologies psychiques dans ces deux pays. Mais on peut supposer que ces pays nordiques ont une pratique plus assise de la reconnaissance de ce type de maladies grâce à une tradition plus ancienne de leur prise en compte. Les premiers cas reconnus dans ces deux pays datent des années 1980, tandis qu'il a fallu attendre le milieu des années 1990 pour la **France** et l'**Italie**. Et l'on constate que les demandes de reconnaissance sont déjà nombreuses dans les deux pays nord-européens dès le milieu des années 1990 (voir figure 2).

Rapporté à la population assurée, le nombre de cas reconnus de maladies psychiques est le plus élevé au **Danemark** avec 6,36 cas pour 100 000 assurés. Cette position s'explique en partie par le fait que plus de la moitié des cas correspondent au diagnostic de stress post-traumatique inscrit sur la liste danoise des maladies professionnelles depuis 2005 (voir chapitre 1 pour les possibilités de reconnaissance et chapitre 4 pour des statistiques de cas reconnus par diagnostic).

Le fait que cette maladie soit listée facilite la procédure de reconnaissance de cette pathologie et démontre la volonté de l'organisme d'assurance danois de prendre en charge cette pathologie.

Il n'est de surcroît pas exclu que, bien que le trouble de stress post-traumatique soit reconnu au **Danemark** comme dans tous les autres pays comme accident du travail lorsque l'exposition au risque a été de courte durée, certains cas de stress post-traumatique aient été qualifiés ici comme maladies professionnelles alors qu'ils auraient été reconnus en accidents du travail dans les autres pays, ce qui aurait pour conséquence de surévaluer le ratio danois.

Le ratio est du même ordre de grandeur en **Suède** puisque la population assurée dans ce pays est d'environ 4,5 millions pour 70 prestations versées en 2011 au titre de pathologies psychiques.

L'**Italie** et la **France** se situent loin derrière avec une population assurée d'environ 18 millions et moins de 100 maladies professionnelles psychiques reconnues par an.

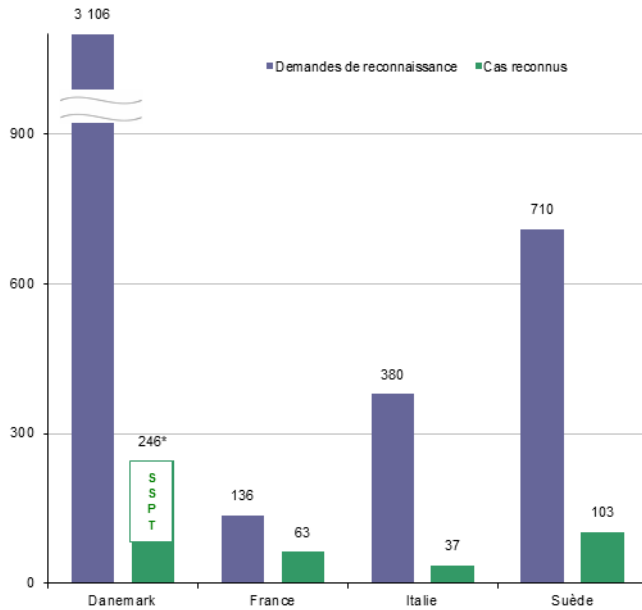
Quant aux taux de reconnaissance, c'est-à-dire à la part des demandes qui aboutissent effectivement à une reconnaissance, ils sont partout relativement faibles, et en réalité moins différenciés qu'il n'y paraît visuellement sur la figure 1.

Pour l'année 2010, il était respectivement de 7,82% pour le **Danemark**, de 9,74% pour l'**Italie** et de 14,51% pour la **Suède**. S'agissant de la **France**, il est de 46,32% des cas pouvant être instruits au titre du système complémentaire de reconnaissance des pathologies hors liste, c'est-à-dire qui remplissent les conditions préalables à toute instruction (il fallait en effet que l'état de santé de la victime soit consolidé et que la pathologie entraîne un taux d'incapacité permanente d'au moins 25%, voir chapitre 2, point 2.3 sur l'assouplissement de ces conditions depuis mars 2012). On estime toutefois que moins de 20% des demandes de reconnaissance sont de fait examinées par les comités de reconnaissance ad hoc sur environ 500-600 demandes annuelles, faute de recevabilité. Compte tenu de cette particularité, le taux de reconnaissance par rapport à l'ensemble des demandes formulées serait de l'ordre de 12 %.

Dans la durée, le taux de reconnaissance varie entre 4% et 8% au **Danemark** selon l'année considérée. Ce taux de reconnaissance est le plus faible des quatre pays considérés. Cette faiblesse s'explique par le fait que, bien que les cas reconnus soient plus nombreux que dans les autres pays, le nombre de demandes de reconnaissance y est particulièrement élevé (123 demandes de reconnaissance de maladies psychiques pour 100 000 assurés). Ce phénomène est observé au **Danemark** pour la totalité des maladies professionnelles (600 demandes pour 100 000 assurés). Il semble en effet que le **Danemark** fasse plus qu'ailleurs et depuis longtemps en sorte qu'il n'y ait aucun frein à la déclaration des pathologies susceptibles d'avoir une origine professionnelle.

Le taux de reconnaissance est stable pour ces pathologies en **Italie** (les statistiques provisoires de 2011 faussent le calcul du taux qui se situe toutes les années précédentes autour de 10%) et en **Suède**.

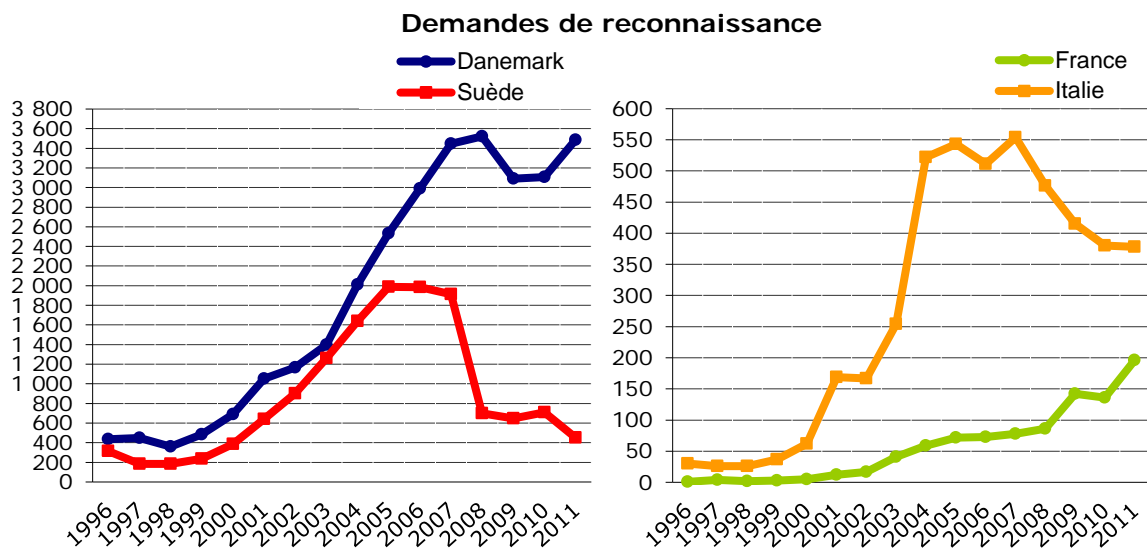
Figure 1
Pathologies psychiques : demandes de reconnaissance et cas reconnus en 2010



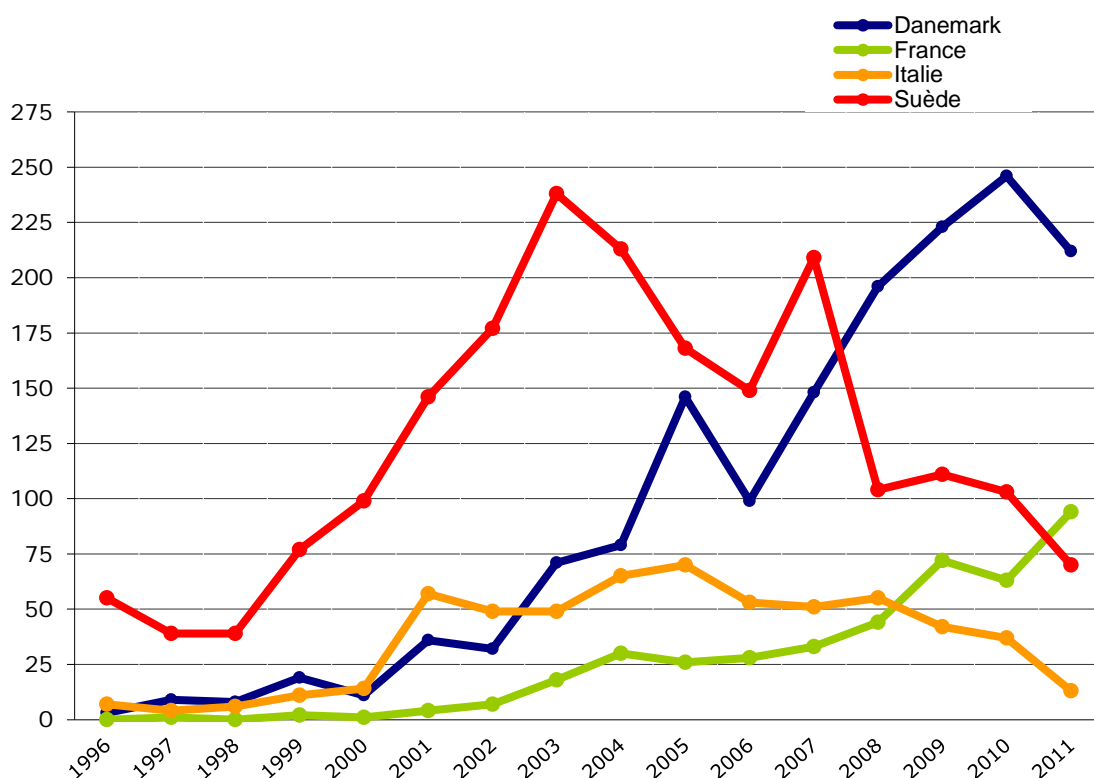
* 246 cas reconnus, dont 149 cas de syndrome de stress post-traumatique (listé)

Evolution

Figure 2
Pathologies psychiques : demandes de reconnaissance et cas reconnus en maladies professionnelles entre 1996 et 2011



Cas reconnus



On observe sur les 15 dernières années des tendances contrastées selon le pays considéré.

Au **Danemark** et en **France**, les demandes de reconnaissance et les cas reconnus sont en hausse continue (les données provisoires de 2011 doivent être écartées et il faudra du recul pour comprendre si la baisse récente des demandes danoises est significative). Cette tendance haussière devrait se poursuivre en France avec les conséquences de la récente lettre ministérielle (voir 2.3) qui modifie les conditions relatives à la consolidation de l'état de santé de la victime et à la gravité de l'incapacité permanente pour la recevabilité au système de reconnaissance des maladies hors liste. Et les statistiques montrent que les cas reconnus de maladies psychiques représentent une part de plus en plus importante au sein de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues hors liste (21 % en 2011 contre 8 % en 2003). La hausse est susceptible de se poursuivre également au **Danemark** puisqu'après avoir inscrit le trouble de stress post-traumatique sur sa liste en 2005 afin de faciliter la reconnaissance de tels cas, l'organisme d'assurance danois attend pour 2013 les conclusions d'une étude scientifique sur les conséquences en termes de pathologies mentales du harcèlement au travail, afin de mieux appréhender dans ces circonstances les possibilités de reconnaissance de cas (voir chapitre 5).

En **Italie**, les chiffres semblent stagner depuis 2004 pour les demandes de reconnaissance et depuis 2001 pour les cas reconnus. L'amorce à la baisse observée depuis 2009 est à prendre avec précaution dans la mesure où, dans ce pays, les statistiques sont souvent revues à la hausse durant 3 ans et deviennent définitives à l'issue de ce délai.

En **Suède**, on observe une chute aussi bien des demandes de reconnaissance (la donnée correspond en réalité à l'addition des prestations accordées et des prestations refusées dans l'année) que des reconnaissances amorcée depuis le milieu des années 2000. Auparavant, le burnout et la dépression due à l'épuisement professionnel étaient les pathologies psychiques les plus fréquentes et le thème faisait l'objet d'importants débats médiatiques. Quand le phénomène s'est calmé, les cas se sont faits plus rares.

L'accélération de la baisse observée à partir de 2008 est peut-être liée à la publication cette même année d'un rapport ayant entre autres pour objet d'aider à l'évaluation des maladies psychiques d'origine professionnelle telles que la dépression et l'anxiété. Il est probable que

ce document ait eu un impact sur la manière dont certaines pathologies psychiques ont été reconnues.

Dans les pays où aucun cas n'est reconnu

En **Suisse** et d'après les informations possédées par la SUVA¹⁹, principal assureur des accidents professionnels et non professionnels ainsi que des maladies professionnelles, aucun cas de pathologie psychique n'a jamais été reconnu au titre des maladies professionnelles. Quant au nombre de demandes de reconnaissance, il n'existe pas de statistique fiable (absence de codage spécifique) mais on peut affirmer qu'elles sont plus que marginales. Une recherche jurisprudentielle permet d'identifier seulement trois demandes de reconnaissance durant les 15 dernières années, l'une auprès de la SUVA et les deux autres auprès d'assureurs privés ; ces cas ont été dans un premier temps déclarés auprès des organismes d'assurance, refusés par eux et donc les assurés ont formé un recours auprès d'une juridiction cantonale (puis fédérale pour l'un des cas) des assurances :

- Jugement cantonal de 1996 : la dépression d'un basketteur professionnel étranger en raison de difficultés d'adaptation avec le reste de l'équipe ne constitue pas une maladie professionnelle.
- Jugement cantonal de 2003 : un état d'épuisement chez un enseignant ne constitue pas une maladie professionnelle, dès lors que cette maladie n'est pas quatre fois plus fréquente chez les enseignants que dans le reste de la population.
- Arrêt fédéral de 2011 : les symptômes de troubles psychiques développés par un instituteur d'école primaire à la suite de graves reproches faits par des parents en rapport avec ses capacités d'enseignant ne constituent pas une maladie professionnelle au motif que la fréquence des troubles psychiques dans l'enseignement n'est pas quatre fois supérieure à ce qu'elle est dans le reste de la population.

En **Finlande**, les demandes de reconnaissance ne sont pas comptabilisées mais l'on estime qu'elles sont rarissimes dans la mesure où la population assurée est certainement bien informée qu'aucune possibilité juridique de reconnaissance des troubles psychiques en maladies professionnelles n'est ouverte.

Les statistiques **allemandes** concernent uniquement les demandes de reconnaissance dans la mesure où ce pays ne permet pas la reconnaissance de pathologies psychiques en maladies professionnelles.

¹⁹ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Tableau 3

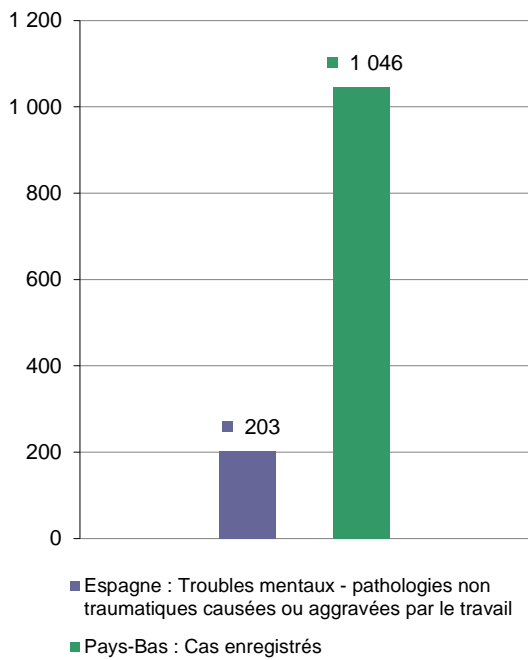
Allemagne : demandes de reconnaissance de pathologies psychiques en maladies professionnelles entre 1996 et 2011

	Demandes de reconnaissance
1996	7
1997	1
1998	4
1999	3
2000	7
2001	5
2002	8
2003	5
2004	6
2005	10
2006	4
2007	27
2008	15
2009	8
2010	13
2011	18

Cas particuliers

Figure 3

Pathologies psychiques en 2010 (cas particuliers)



Les statistiques des **Pays-Bas** et de l'**Espagne** font l'objet d'une présentation à part car, si dans ces pays des statistiques sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle sont bel et bien disponibles, ce que recouvrent ces chiffres n'est pas exactement comparable avec les concepts de demandes de reconnaissance et de cas reconnus usités dans les pays précédemment cités.

En **Espagne**, le concept de « pathologie non traumatique causée ou aggravée par le travail » correspond aux cas de pathologies professionnelles qui ne sont pas inscrites sur la liste nationale des maladies professionnelles espagnoles mais qui sont reconnues comme accidents du travail (voir 1.1). Ce concept est somme toute assez proche de celui des maladies professionnelles hors liste usité dans les autres pays mais les cas correspondants demeurent juridiquement des accidents du travail.

Le système PANOTRATSS permet dorénavant de distinguer ces cas des accidents du travail stricto sensu. Sur les 11 069 pathologies non traumatiques enregistrées en 2010 (réparties ainsi : 10 434 pathologies causées par le travail et 635 aggravées par le travail), 203 étaient des troubles psychiques (dont 191 causés par le travail et 12 aggravés par le travail). Avant l'année 2010, ces cas de pathologies non traumatiques étaient « noyés » au sein des accidents du travail reconnus, de sorte qu'il n'est pas possible d'établir une série sur plusieurs années. Mais il apparaît que les cas de troubles mentaux reconnus comme professionnels sont de plus en plus nombreux, notamment ceux reconnus par la jurisprudence.

3.2 Pathologies psychiques au titre des accidents du travail

Bien que tous les pays reconnaissent régulièrement des troubles psychiques comme accidents du travail (essentiellement des troubles de stress post-traumatique), il est difficile pour la plupart d'entre eux de fournir des statistiques sur leur nombre, faute souvent de codification spécifique.

Tableau 4

Nombre de pathologies psychiques reconnues comme accidents du travail en 2010

	Cas reconnus (2010)
Allemagne (estimation)	minimum 4 900*
Belgique	606
Danemark	730
Espagne	pathologies non traumatiques : 203 accidents du travail stricto sensu : ND
Finlande (estimation)	entre 100 et 180 cas de stress post-traumatique/an
France (estimation)	entre 10 000 et 12 000 / an**
Italie	ND
Suède	Agence d'assurance sociale (2011) : 99 Assurance complémentaire AFA Försäkring (2009-2010) : 2010
Suisse (2009)	24

ND = non disponible

* **Allemagne** : Il n'est pas possible de déduire des chiffres absolus ou valides concernant les troubles psychiques reconnus comme accidents du travail dans les données statistiques de la DGUV.

Les maladies psychiques sont saisies dans les statistiques à deux endroits :

1) Type de blessure (code 86) « Traumatisme psychique »

Sous la rubrique « Type de blessure », il est possible d'indiquer comme diagnostic les termes « traumatisme psychique » (code 86), et ceci comme premier et comme deuxième diagnostic. Cependant, les médecins ont instruction d'indiquer à cet endroit le diagnostic le plus grave. Dans les cas où des blessures physiques sont également présentes, on peut penser que la blessure corporelle sera toujours indiquée en premier lieu, et ce d'autant plus que le diagnostic physique est fait dès le début alors que le diagnostic psychique de ces cas est posé seulement plus tard, sachant que, même à ce moment-là, le diagnostic psychique n'est souvent pas indiqué comme deuxième diagnostic.

Pour l'année 2010, les statistiques de la DGUV concernant les AT montrent plus de 4 900 cas codés sous le chiffre 86 en premier ou second diagnostic. Pour l'essentiel, ces cas devraient représenter les cas de traumatismes psychiques isolés. De plus, ces statistiques ne montrent que les accidents qui doivent obligatoirement être déclarés, si bien que leur nombre réel est supérieur à 4 900.

2) Conséquence d'une blessure : « Réactions à un incident (réactions psycho-végétatives, psycho-somatiques), névroses »

Dans les cas où une rente est accordée, cette conséquence d'une blessure peut être indiquée sous forme d'un code. Mais puisqu'une seule conséquence de la blessure est suffisante, il n'est pas sûr que, dans des cas où une conséquence physique de la blessure existe, la conséquence psychique soit toujours indiquée en second lieu.

Pour l'année 2010, dans les statistiques de la DGUV concernant les AT on peut trouver parmi les rentes nouvellement accordées par les BG de l'industrie et du commerce (uniquement les rentes accordées suite à un AT, pas suite à une MP) 20 611 cas de rente au total dont 160 cas représentant des conséquences psychiques de blessures du type « Réactions à un incident (réactions psycho-végétatives, psychosomatiques), névroses ». Ce chiffre correspond à environ 0,8%. Dans pas moins de 75 des 160 cas, il n'existait pas d'autres suites aux blessures ; dans ces cas, ce sont uniquement les conséquences psychiques qui motivent la rente. Dans 105 des 160 cas, le diagnostic indique comme type de blessure « Etats de choc psychique / réactif » dont 87 comme diagnostic principal.

Si on voulait absolument indiquer un chiffre concernant les cas reconnus, on pourrait prendre les 4 900 cas comme point de départ. Cependant, ce chiffre aussi bien que le nombre de rentes accordées est plutôt vague. Comme base de comparaison, des chiffres fixes sont connus pour la BG *Handel und Warendistribution* (Commerce et Distribution, branche : commerce de détail) datant également de 2010 : cette BG dénombre à elle seule environ 1 350 vols à main armée soumis à l'obligation déclarative et 43 nouveaux cas de rentes causés par des vols à mains armée (total des nouvelles rentes en 2010 : 600). Ces chiffres laissent penser que le chiffre réel des cas reconnus devrait être supérieur, puisque la BG *Verwaltung* (Administration, branche : moyens de transport sur rails), la BG *Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (Services de santé et d'assistance sociale) ainsi que la BG *Verkehr und Transportwirtschaft* (Circulation et transports) devraient avoir enregistré un chiffre au moins aussi élevé.

** En **France**, il n'est pas possible d'isoler les accidents du travail causés par des risques psychosociaux au sein de l'ensemble des accidents du travail reconnus, faute d'indication de l'élément matériel dans la nomenclature statistique. En revanche, une estimation est possible dans la mesure où en présence d'un cas d'incapacité permanente, le médecin-conseil de la Sécurité sociale est tenu d'en indiquer le motif. En extrapolant la proportion habituelle de motifs psychiques au sein du total des cas d'incapacité permanente examinés et reconnus annuellement comme accidents du travail (soit 1%) à l'ensemble des accidents du travail reconnus chaque année, on peut estimer que 10 000 à 12 000 accidents du travail sont pris en charge au titre de lésions d'ordre psychologique par an.

3.3 *Suicides au titre des accidents du travail / des maladies professionnelles ou des conséquences d'un accident du travail / d'une maladie professionnelle*

Il apparaît relativement difficile de recueillir des chiffres sur le nombre de demandes de reconnaissance et de cas reconnus de suicides comme accident du travail ou maladie professionnelle.

De tous les pays dans lesquels il est possible de qualifier un suicide comme accident du travail (voir 1.2), la **France** se distingue par la qualité des statistiques disponibles sur le sujet et par le nombre plus important de suicides reconnus et indemnisés par l'assurance accidents du travail – maladies professionnelles que ses voisins européens.

Tableau 5

France : nombre de suicides déclarés et reconnus en accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle en 2010 et 2011

2010	Sinistres déclarés	Sinistres reconnus	Sinistres rejetés	Sexe	Moyenne d'âge
Accident du travail	68	21	47	61 hommes 7 femmes	45 ans
Accident de trajet	3		3	3 hommes	37 ans
Tous risques	71	21	50	64 hommes 7 femmes	45 ans

2011	Sinistres déclarés	Sinistres reconnus	Sinistres rejetés	En attente de décision	Sexe	Moyenne d'âge
Accident du travail	72	22	31	19	64 hommes 6 femmes	46 ans
Accident de trajet	4		4		4 hommes	40 ans
MP hors tableau	1			1	1 homme	47 ans
Non classé	1			1	1 homme	59 ans
Tous risques	78	22	35	21	72 hommes 6 femmes	46 ans

En **Italie**, l'organisme d'assurance INAIL n'a reconnu qu'un seul cas de suicide en 2010, en l'espèce comme maladie professionnelle.

Le **Danemark**, qui n'exclut pas juridiquement la reconnaissance du suicide, ne dénombre à ce jour aucune demande de reconnaissance.

En **Suisse**, il n'existe aucune statistique vraiment fiable dans ce domaine vu que le nombre de cas de suicide pris en charge est très faible et qu'en principe lesdits cas sont attribués à l'assurance non professionnelle²⁰. Il est rappelé que le suicide est exclu du champ de l'assurance accident, sauf dans deux cas définis par la loi (voir 1.2). Les données 2011 et 2010 ne sont pas disponibles, mais en 2009, 11 cas de suicide ont été reconnus comme accidentels. Aucun des six cas relevant de la Suva n'étaient des accidents du travail et probablement aucun des cinq cas relevant des autres assureurs non plus.

Dans les autres pays (**Allemagne, Belgique, Espagne, Suède**), les systèmes d'information des organismes d'assurance (respectivement les Berufsgenossenschaften, le Fonds des Accidents du Travail, les mutuas / le ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale et l'Agence d'Assurance Sociale) ne permettent pas de distinguer les suicides dans la base de données des accidents du travail. Mais on peut affirmer que quelques cas sont pris en charge annuellement comme accidents du travail, la plupart du temps après reconnaissance par les tribunaux.

En **Finlande**, la question du nombre de cas reconnus est non applicable puisque la reconnaissance d'un suicide comme accident du travail ou maladie professionnelle n'est légalement pas possible.

²⁰ En **Suisse**, l'assurance accident prend en charge aussi bien les accidents non professionnels que les accidents professionnels et les maladies professionnelles. Il existe plusieurs assureurs, dont le principal est la SUVA.

4. Typologie des cas reconnus de pathologies psychiques en maladies professionnelles

Les pays qui autorisent la reconnaissance de pathologies psychiques comme maladies professionnelles et qui reconnaissent un nombre significatif de cas (le **Danemark**, la **France**, l'**Italie**, la **Suède**, l'**Espagne** si on prend en compte les pathologies non traumatiques) sont pour la plupart en mesure de fournir des statistiques relativement précises sur les cas que les organismes d'assurance reconnaissent. Des données relatives aux cas de troubles psychiques enregistrés aux **Pays-Bas** auprès du Centre néerlandais des maladies professionnelles ont également été intégrées à ce chapitre, même si ces cas ne correspondent pas à des cas reconnus et indemnisés en tant que maladies professionnelles, faute d'assurance spécifique dans ce pays.

Les informations fournies permettent de dresser une typologie des cas reconnus selon le pays, en fonction des pathologies psychiques les plus fréquemment reconnues, du type de risques psychosociaux auxquels les travailleurs sont les plus exposés, des secteurs d'activités ou professions les plus touchés et des dimensions genre et âge des victimes. La grande hétérogénéité des nomenclatures statistiques rend toutefois difficile une véritable comparaison entre pays. Les données sont donc présentées pays par pays et correspondent à l'année la plus récente pour laquelle des statistiques sont disponibles (généralement 2010 ou 2011).

4.1 Pathologies les plus fréquemment reconnues

Tableau 6

Danemark : répartition par syndrome des cas reconnus de pathologies psychiques en maladies professionnelles en 2011

Syndrome	Cas reconnus
Trouble de stress post-traumatique (MP sur liste nationale)	130
Trouble de stress, sans précision	43
Dépression	20
Autres pathologies psychiques	19
TOTAL	212

Tableau 7

France : répartition par syndrome des demandes de reconnaissance et des cas reconnus de pathologies psychiques en maladies professionnelles (hors liste) en 2011

Syndrome	CIM 10	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus
Épisodes dépressifs	F32	137	62
Trouble anxieux et dépressif mixte	F41.2	26	15
Troubles de l'adaptation	F43.2	24	14
Anxiété généralisée	F41.1	2	2
Troubles de l'humeur [affectifs] persistants	F34	1	1
Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	F92	1	0
Troubles spécifiques de la personnalité	F60	1	0
Trouble dépressif récurrent, sans précision	F33.9	1	0
Agoraphobie	F40.0	1	0
Trouble affectif bipolaire	F31	1	0
Troubles des conduites avec dépression	F92.0	1	0
TOTAL		196	94

En **Italie**, les deux seuls diagnostics possibles correspondent à ceux du barème relatif au dommage biologique : le trouble post-traumatique causé par un stress chronique modéré et le trouble post-traumatique causé par un stress chronique sévère.

En **Suède**, l'organisme d'assurance travail actuellement à améliorer la qualité des statistiques relatives aux maladies professionnelles. S'il n'est aujourd'hui pas possible d'apporter des précisions syndrome par syndrome sur les demandes de reconnaissance et cas reconnus de troubles psychiques, les diagnostics les plus fréquents sont les suivants :

Tableau 8

Suède : diagnostics les plus fréquents de pathologies psychiques faisant l'objet de demandes d'attribution de prestations par ordre décroissant d'importance (au titre des maladies professionnelles)

	Syndrome	CIM 10
1	Réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	F43
2	Épisodes dépressifs	F32
3	Autres troubles anxieux	F41
4	Trouble dépressif récurrent	F33

Parmi les cas de prestations attribuées, les diagnostics les plus fréquents sont les « réactions à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation » suivis des « épisodes dépressifs ».

Tableau 9

Espagne : répartition par syndrome des cas de troubles mentaux reconnus comme pathologies non traumatiques causées ou aggravées par le travail (juridiquement accidents du travail) en 2010 et 2011

Syndrome	2010	2011
Maladies causées par le travail :	191	144
<i>Troubles affectifs</i>	10	11
<i>Autres troubles mentaux</i>	155	16
<i>Troubles phobiques et névrotiques</i>	26	117
Maladies ou troubles aggravés par le travail :	12	20
<i>Troubles affectifs</i>	1	1
<i>Autres troubles mentaux</i>	11	1
<i>Troubles phobiques et névrotiques</i>	0	18

4.2 Facteurs de risque les plus fréquents

Au **Danemark**, en ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique, les caractéristiques de la contrainte sont précisées dans les critères de diagnostic (voir point 20.3 de l'extrait du Guide danois des maladies professionnelles en 1.1). Pour les autres maladies psychiques, les contraintes typiques sont la violence, les menaces de violence, les événements stressants ainsi que l'intimidation et le harcèlement moral.

Tableau 10

France : répartition par agent causal des demandes de reconnaissance et des cas reconnus de pathologies psychiques en maladies professionnelles hors liste en 2011

Agent causal	Nombre de demandes	Cas reconnus
Agent causal inconnu	2	1
Charge physique de travail manutention ou manipulation	1	0
charge mentale	43	21
Facteurs psychosociaux	142	70
Rythme de travail	1	1
Traumatismes psychiques	4	1
Autre agent causal connu non listé	3	0
TOTAL	196	94

En **Italie**, l'INAIL ne dispose pas de classification par risque de ses données relatives aux pathologies psychiques. La pratique a toutefois permis d'identifier les situations les plus pathogènes suivantes :

- marginalisation de l'activité professionnelle ;
- fonctions vidées de leur contenu ;
- non attribution d'instruments de travail ;
- transferts injustifiés et répétitifs ;
- affectation prolongée de tâches impliquant une réduction de la qualification par rapport au profil professionnel de l'intéressé ;
- affectation prolongée de tâches trop lourdes ou excessives, y compris par rapport à un éventuel handicap psychique ou physique ;
- interdiction systématique ou structurelle de l'accès à l'information ;
- inadaptation structurelle ou systématique des informations inhérentes à l'activité professionnelle normale ;
- exclusion répétée du salarié des initiatives de formation, de requalification ou de mise à jour professionnelles ;
- exercice exagéré ou excessif de différentes formes de contrôle.

Pas de données en **Suède**, ni en **Espagne**.

Tableau 11

Pays-Bas : répartition par agent causal des trois pathologies psychiques les plus déclarées en 2010

Facteurs de causalité en milieu de travail	Troubles de l'adaptation, <i>burnout</i>		Dépression		Syndrome de stress post-traumatique	
	N	%	N	%	N	%
Quantité de travail exigée Peu de satisfaction / Travail ennuyeux, monotone / Travail très exigeant / Quantité de travail importante ou inégale / Quantité et exigence inégales / Quantité excessive de travail exigé	200	22	14	18	2	3
Relations de travail Problèmes concernant les relations avec des collègues / Problèmes concernant les relations avec des supérieurs / Rôle ambigu / Principes de management incompréhensibles	189	21	24	30	5	7
Cadences de travail Travail physique continu / Répartition inégale du travail / Cadences de travail contrôlées par une machine	135	15	8	10		
Qualité de travail exigée Travail de coordination / Travail de précision / Complexité de la tâche / Attention et concentration / Responsabilité / Discipline / Ethique / Implication émotionnelle / Exigences contradictoires ou incompatibles / Exigences ambiguës	114	13	10	13		
Expériences traumatisantes (peur, anxiété) Menace de violence / Harcèlement sexuel / Chocs répétés / Microtraumatismes / Expériences traumatisantes résultant d'un choc, de la violence ou d'un accident	13	2	3	4	65	87
Organisation du temps de travail Travail posté / Service d'astreinte / Heures supplémentaires	69	8	4	5		
Autres facteurs d'exposition psychosociaux	59	7	7	9	1	1
Influence personnelle sur son travail Aucune influence personnelle sur son travail / Peu d'influence personnelle sur la planification ou l'exécution du travail	62	7	4	5		
Risques Risque d'accident (pour soi-même ou pour une autre personne) / Risque d'endommager des outils et des machines ou le produit / Risque de blessure / Risque de perdre son emploi	38	4	5	6	2	3
Contact sociaux Peu de contacts sociaux dans son travail / Peu de contacts sociaux informels / Travail solitaire / Travail exposé au bruit / Peu ou pas de possibilité de contacter la famille, etc...pendant les heures de travail	5	1				
Types de rémunération Travail à la pièce / Rémunération aux pièces	3					
Autres facteurs de causalité ou facteurs de causalité inconnus	5	1				
TOTAL	892	100	79	100	75	100

4.3 Secteurs d'activité et professions les plus touchés

Au **Danemark**, le *National Board of Industrial Injuries* ne dispose pas de classification par secteur d'activité ou par profession de ses données relatives aux cas reconnus de pathologies

psychiques. On peut toutefois affirmer qu'environ 70% des cas reconnus sont des agents du secteur public (voir exemples de cas reconnus en annexe 1).

Tableau 12

France : demandes de reconnaissance et cas reconnus de maladies psychiques par profession en 2011

Profession	Nbre de demandes	Cas reconnus
Autres professions intermédiaires	34	17
Directeurs de société	28	12
Employés de bureau	16	11
Personnel des services directs aux particuliers et des services de protection et de sécurité	13	5
Autres spécialistes des professions intellectuelles et scientifiques	11	7
Employés non qualifiés des services et de la vente	9	2
Conducteurs de machines et ouvriers de l'assemblage	8	1
Employés de réception, caissiers, guichetiers et assimilés	8	7
Spécialistes des sciences physiques, mathématiques et techniques	8	7
Modèles vendeurs et démonstrateurs	8	1
Conducteurs de véhicules et d'engins lourds de levage et de manœuvre	7	3
Spécialistes des sciences de la vie et de la santé	6	3
Professions intermédiaires des sciences physiques et techniques	6	3
Manœuvres des mines, du bâtiment et des travaux publics, des industries manufacturières et des transports	5	4
Professions intermédiaires des sciences de la vie et de la santé	4	1
Dirigeants et gérants	4	3
Autres artisans et ouvriers des métiers de type artisanal	4	2
Artisans et ouvriers des métiers de l'extraction et du bâtiment	4	1
Artisans et ouvriers des métiers de la métallurgie, de la construction mécanique et assimilés	4	1
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche destinées aux marchés	2	1
Conducteurs d'installations et de matériels fixes et assimilés	2	1
Spécialistes de l'enseignement	2	0
Professions intermédiaires de l'enseignement	1	0
Membres de l'exécutif et des corps législatifs et cadres supérieurs de l'administration publique	1	1
Artisans et ouvriers de la mécanique de précision, des métiers d'art, de l'imprimerie et assimilés	1	0
TOTAL	196	94

Tableau 13

Italie : demandes de reconnaissance et cas reconnus de troubles psychiques par régime et par secteur d'activité en 2010 et sur la période 1996-2010

Secteur d'activité	2010		1996-2010	
	Demandes de reconnaissance/ cas reconnus		Demandes de reconnaissance/ cas reconnus	
Agriculture	1	0	50	23
Industrie et services	364	37	3 927	522
Industrie	88	17	981	194
<i>industrie agricole</i>	2	0	21	4
<i>pêche</i>	0	0	1	0
<i>industries extractives</i>	0	0	12	1
<i>industrie manufacturière</i>	63	8	801	146
<i>électricité, gaz, eau</i>	9	4	54	12
<i>construction</i>	14	5	92	31
Services	209	18	1 941	293
<i>commerce</i>	46	4	338	48
<i>hébergement et restauration</i>	11	1	104	9
<i>transports et communications</i>	33	4	362	58
<i>activités financières</i>	15	3	131	20
<i>activités immobilières et services aux entreprises</i>	39	2	345	46
<i>administration publique</i>	18	2	255	42
<i>enseignement</i>	7	0	24	4
<i>soins de santé et assistance sociale</i>	30	2	214	32
<i>autres services publics</i>	10	0	163	34
<i>personnel domestique</i>	0	0	5	0
Non définis	67	2	1 005	35
Agents publics	15	0	195	25
TOTAL	380	37	4 172	570

Pas de données en **Suède**, ni en **Espagne**.

Figure 4

Pays-Bas : déclarations de troubles psychologiques par secteur économique en 2010 (en %)

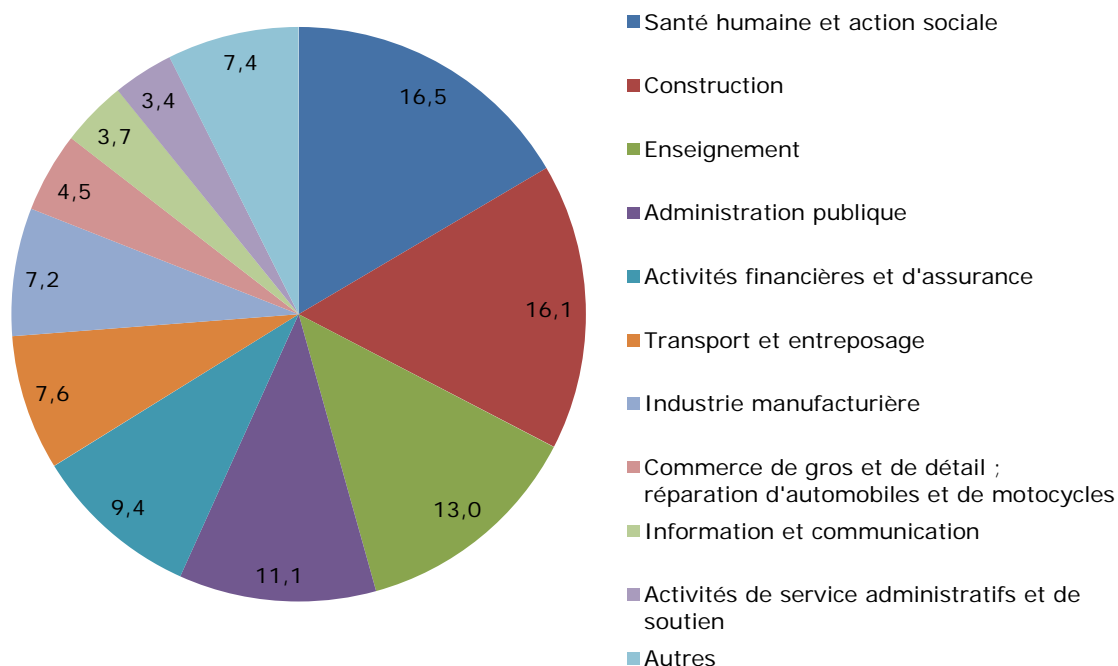


Tableau 14

Pays-Bas : les 5 catégories professionnelles ayant enregistré le plus de déclarations de troubles psychologiques liés au travail

Les 5 premières catégories professionnelles	2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Employés de bureau	114	9,6	135	11,5	152	10,5	127	11,3
Professionnels de l'enseignement	91	7,6	84	7,2	137	9,5	120	10,6
Travailleurs des services et du commerce	110	9,2	108	9,2	97	6,7	86	7,6
Autres professions intermédiaires	181	15,2	188	16,1	173	12,0	82	7,3
Travailleurs des services à la personne	60	5,0	62	5,3	58	4,0	76	6,7

4.4 Dimensions genre et âge

Tableau 15

Danemark : demandes de reconnaissance et cas reconnus de maladies psychiques par genre sur la période 1996-2011

Genre	Demandes	Cas reconnus
Hommes	6 981	781
Femmes	20 064	719

Au **Danemark**, le *National Board of Industrial Injuries* ne dispose pas de classification par âge de ses données relatives aux cas reconnus de pathologies psychiques. Il peut toutefois affirmer que les 2/3 des demandes de reconnaissance sont issues de travailleurs dont l'âge est compris entre 37 et 56 ans.

La **France** ne dispose pas de données de ce type au niveau national.

Figure 5

Italie : troubles psychiques par groupe d'âge en 2010 et sur la période 1996-2010, tous régimes confondus (nombre de cas)

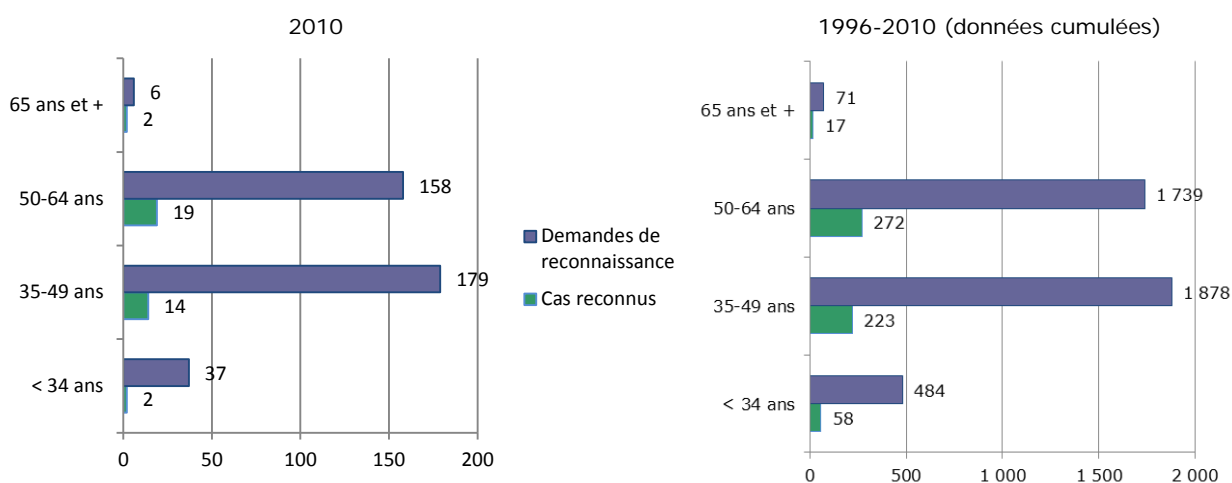


Tableau 16

Suède : nombre de demandes et de prestations versées pour maladies psychiques par genre en 2011

Genre	Demandes	Prestations versées
Hommes	152	29
Femmes	299	41
TOTAL	451	70

Tableau 17

Espagne : troubles mentaux reconnus en pathologies non traumatiques causées ou aggravées par le travail par genre en 2011

Genre	Pathologies causées par le travail	Pathologies aggravées par le travail	Total pathologies non traumatiques
Hommes	63	12	75
Femmes	81	8	89
TOTAL	144	20	164

Les données PANOTRATSS montrent que la tranche d'âge 30-40 ans est la plus concernée.

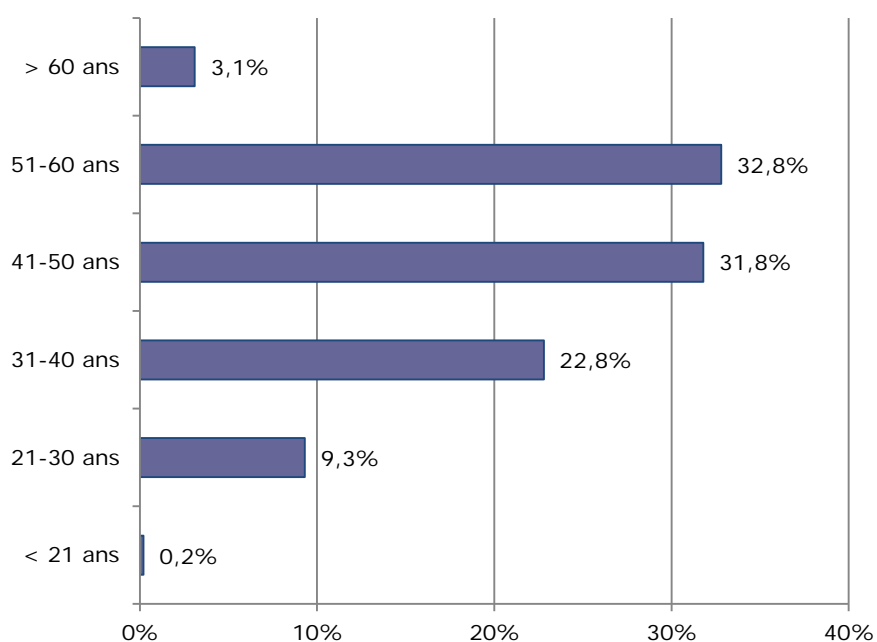
Tableau 18

Pays-Bas : troubles mentaux déclarés au Centre néerlandais des maladies professionnelles par genre en 2010 (répartition en %)

Genre	Pourcentage
Hommes	51
Femmes	49

Figure 6

Pays-Bas : troubles psychologiques par groupe d'âge en 2010 (répartition en %)



5. Débats et réflexion en cours

Il apparaît qu'actuellement très peu de pays mènent une réflexion sur la prise en charge des pathologies psychiques par l'organisme d'assurance contre les risques professionnels. Les pays inscrits dans ce type de démarche correspondent à des pays qui permettent déjà une reconnaissance au titre des maladies professionnelles.

En revanche, le thème des psychopathologies liées au travail est de plus en plus étudié sous l'angle de la prévention des risques psychosociaux (exclue du cadre de cette étude).

Au **Danemark**, l'organisme d'assurance *National Board of Industrial Injuries* attend pour la fin de l'année 2013 les conclusions d'un rapport du *Danish Working Environment Fund* sur les maladies psychiques causées par le harcèlement. L'objectif de ce travail est de rechercher si le harcèlement peut être à l'origine d'un risque accru d'apparition de pathologies mentales (dépression, anxiété, somatisation), si le harcèlement peut causer un déséquilibre des hormones du stress et dans quelle mesure le harcèlement affecte la capacité de travail et a un impact sur les absences de longue durée pour maladie. Les conclusions du rapport serviront de base de réflexion pour une éventuelle inscription des pathologies psychiques causées par le harcèlement dans la liste danoise des maladies professionnelles.

En **France**, un groupe de travail a réfléchi en 2012 à la réparation des pathologies psychiques d'origine professionnelle. Ce groupe est issu de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). Celle-ci est chargée de créer et de réviser les tableaux de MP. Elle est composée des partenaires sociaux, de personnalités qualifiées et de représentants de l'Etat, des organismes de prise en charge et des agences.

Les objectifs du groupe de travail étaient les suivants (extrait du mandat) :

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 pragmatique consistant, dans un premier temps, à faciliter l'examen des demandes par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) dans le cadre juridique existant et, dans un deuxième temps, à envisager les autres voies d'amélioration de la prise en charge des psychopathologies.

Dans cet objectif, le groupe de travail est chargé :

- 1- de 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 extraprofessionnelles, 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 %²¹ ;*
- 2- de formuler des recommandations afin d'aider les CRRMP à apprécier les liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle ;*
- 3- d'investiguer d'autres voies d'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiques liées à l'activité professionnelle.*

Les conclusions de ces travaux sont consignées dans un rapport qui devrait être prochainement largement diffusé.

²¹ Il est rappelé qu'en **France**, ce seuil de 25 % d'incapacité permanente est une condition préalable pour qu'un cas de pathologie hors liste soit examiné par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre d'une procédure de reconnaissance.

Enfin, en **Finlande**, l'opportunité d'inscrire le facteur psychosocial dans la définition des maladies professionnelles comme potentiel agent causal a été à nouveau débattue en 2007-2008 au sein du Groupe de travail chargé de la réforme de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Aucun consensus n'a été trouvé par le groupe de travail et les experts scientifiques du FIOH n'ont pas trouvé de raisons qui justifieraient de revenir sur les conclusions de rejet adoptées précédemment par le groupe de travail de 2001-2003.

Danemark : Exemples de décisions de reconnaissance ou de rejet de cas de stress post-traumatique (ces exemples sont extraits d'un document rédigé par le *National Board of Industrial Injuries*).

Expatriation (stationnement de militaires et travail humanitaire)

Exemple 1 : Reconnaissance du cas d'une personne ayant servi dans les Forces de maintien de la paix (Koweït, Croatie)

Un officier qui était stationné au Koweït puis en Croatie avec les Forces de maintien de la paix a vu un soldat irakien exécuté d'une balle dans la bouche. Il a en outre été exposé à plusieurs incidents violents, à une action militaire directe et à des agressions de civils. Il a développé un trouble de stress post-traumatique.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. Dans le cadre de son activité au sein des Forces de maintien de la paix, l'officier a été exposé à plusieurs situations stressantes. Les examens médicaux ont établi une maladie psychique sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique et il y avait une bonne corrélation entre les expositions liées au travail de nature exceptionnellement menaçante et stressante et la maladie.

Exemple 2 : Reconnaissance du cas d'une personne ayant travaillé pour le Danish Refugee Council (Dansk Flygtningehjælp – Office danois d'aide aux réfugiés) au Kosovo

Un employé du *Danish Refugee Council* a travaillé pendant près de six mois comme gérant d'entrepôt au Kosovo où il a été exposé à de la violence et à des menaces de mort. Selon le rapport du médecin spécialiste, le diagnostic était le trouble de stress post-traumatique. La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. Le gérant d'entrepôt a été exposé à des menaces de violence et de meurtre et il avait raison de prendre les menaces au sérieux. Il y a en outre une bonne corrélation entre les expositions liées au travail et la maladie.

Travail en milieu carcéral et dans la police

Exemple 3 : Reconnaissance du cas d'une personne ayant travaillé comme policier

Un policier a été appelé, dans le cadre de son travail, pour plusieurs accidents de la route mortels, pour un accident au cours duquel un petit enfant s'est noyé, des meurtres et une fusillade mortelle au cours de laquelle il a lui-même été sérieusement en danger. Le certificat du médecin spécialiste établissait le diagnostic de trouble de stress post-traumatique. La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. Dans le cadre de son travail au sein des forces de police, le policier a été appelé pour plusieurs incidents impliquant des morts violentes et pour une fusillade mortelle. Dans deux cas, sa vie a été en danger. Il a par la suite développé des symptômes de trouble de stress post-traumatique.

Exemple 4 : Demande rejetée concernant une personne ayant travaillé comme gardien de prison

Un gardien de prison de 50 ans avait travaillé pendant 20 ans pour les prisons de Copenhague (*Københavns Fængsler*). Dans le cadre de son travail, il a été exposé à des conflits quotidiens avec les détenus, il a été menacé avec des morceaux de verre et des couteaux et il a reçu un coup de pied au visage lors d'une arrestation. Plus de quatre ans après avoir quitté son travail, il a développé les symptômes d'une maladie psychique avec des cauchemars et des

douleurs émotionnelles. Le médecin spécialiste a établi les symptômes d'un état de stress traumatique modéré.

La demande ne remplit pas les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste et il n'y a pas de raisons de soumettre cette demande à la Commission. Le gardien a eu des expériences très stressantes du point de vue psychologique dans son travail mais il n'a développé des symptômes psychiques que quatre ans après avoir cessé de travailler. En conséquence, il n'y a pas de bonne corrélation temporelle entre l'exposition et le développement de la maladie.

Travail dans le secteur des soins de santé

Exemple 5 : Reconnaissance du cas d'une personne ayant travaillé comme aide à domicile

Une aide à domicile avait travaillé pendant quelques années avec une femme qui était hémiplégique. Le mari de cette dernière se comportait de manière très agressive et menaçante en présence de l'aide à domicile, il se mettait à frapper, à lancer des coups de pied dans des objets et il a donné un coup de poing dans le mur juste au-dessus de la tête de l'aide ménagère. Le certificat du médecin spécialiste établissait le diagnostic de trouble de stress post-traumatique.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. Dans son travail, l'aide à domicile a été confrontée à des comportements très menaçants et agressifs de la part du mari de sa cliente. D'après la description des incidents, il est fort probable qu'elle avait raison de se sentir sincèrement et personnellement menacée. Elle a en outre développé des symptômes de trouble de stress post-traumatique bien corrélés temporellement avec l'exposition.

Exemple 6 : Reconnaissance d'un cas concernant une exposition à des plaintes pour négligence dans la presse (infirmière)

Une infirmière avait travaillé comme chef de groupe dans un établissement pour personnes âgées où elle était responsable de la qualité des soins, du personnel et de l'organisation du travail. Il y a eu des problèmes de coopération parmi les membres du personnel et, lorsqu'elle a voulu gérer les conflits, elle a été accusée de mauvaise gestion. Suite aux conflits, le médecin du travail a fait une visite surprise et a rédigé un rapport très critique sur les conditions et la qualité des soins dans le service. Le rapport a été remis à la presse et le cas a fait l'objet d'une grande attention médiatique. L'infirmière n'a pas été citée nommément dans la presse mais elle s'est sentie personnellement et directement exposée et accusée de négligence. A plusieurs reprises, des journalistes se sont rendus à son domicile et en ont fait le siège et, entre autres, elle a vu un bus de retraités s'arrêter devant chez elle pour voir où elle habitait. Elle a développé des symptômes compatibles avec le trouble de stress post-traumatique en relation avec ces incidents.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. En lien avec les conflits en matière de coopération, l'infirmière s'est vu accusée par la presse d'un manque de qualité professionnelle dans le service de l'établissement pour personnes âgées dont elle avait la charge. L'affaire a fait grand bruit dans les médias et, bien que l'infirmière n'ait pas été citée nommément, elle s'est sentie exposée et accusée d'être personnellement responsable. Plusieurs fois, elle a vu des journalistes faire le siège de son domicile ; elle a également vu des gens arriver chez elle, attirés par la médiatisation du cas. Elle a développé des symptômes compatibles avec le trouble de stress post-traumatique suite à la couverture médiatique très blessante et personnellement stressante de cette affaire dans laquelle elle a été rendue en grande partie responsable des conditions de soins incriminées et critiquées pour négligence.

Education

Exemple 7 : Reconnaissance d'un cas à la suite de plaintes et d'une exposition à de la violence causée par un enfant autiste (enseignant)

Un enseignant avait travaillé pendant de nombreuses années dans une école pour enfants autistes et avait été accusé de tentatives de strangulation après avoir maintenu un enfant en le serrant fort. Les accusations avaient par la suite été abandonnées. Plus tard, la victime avait de nouveau reçu des plaintes des parents après être venu en aide à un collègue dans une situation conflictuelle. Le rapport du médecin spécialiste faisait état d'un changement de personnalité.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste.

L'enseignant avait développé des symptômes compatibles avec le trouble de stress post-traumatique en rapport avec l'incident survenu avec l'enfant, l'accusation de strangulation et les plaintes continues. Les accusations de violence à l'encontre de l'enfant ont par la suite été abandonnées. En lien avec les événements extraordinairement stressants auxquels il avait été exposé, il avait développé un trouble de stress post-traumatique.

Graves accusations ou délits sexuels

Exemple 8 : Reconnaissance d'un cas suite à des accusations de pédophilie (pédagogue diplômé)

Un pédagogue qui travaillait l'après-midi en milieu de garde parascolaire avait développé des symptômes psychiques en relation avec des accusations et des procédures judiciaires pour attentat à la pudeur, la victime présumée étant un enfant de l'établissement de garde parascolaire. Il avait par la suite été acquitté des accusations portées contre lui. Les symptômes décrits en lien avec la maladie, comme l'insomnie, l'agitation, les problèmes de concentration et le comportement fuyant étaient compatibles avec le critère de diagnostic du trouble de stress post-traumatique.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. En raison de son travail, le pédagogue avait été exposé à des événements exceptionnellement stressants sur le plan psychique, en l'occurrence de graves accusations d'attentat à la pudeur sur enfant, qui ont ensuite conduit à des accusations et à des poursuites judiciaires avec acquittement ultérieur. Il avait développé des symptômes de trouble de stress post-traumatique et il y avait une bonne corrélation entre l'évolution de la maladie et l'exposition psychique exceptionnellement grave liée aux accusations de pédophilie et à l'acquittement ultérieur.

Exemple 9 : Reconnaissance d'un cas après exposition au harcèlement sexuel (cuisinière)

Une jeune femme était employée comme cuisinière non qualifiée. Au bout de six mois de travail, son patron a commencé à lui faire des avances sexuelles de plus en plus insistantes, avec attouchements physiques. Par la suite, il l'a injustement accusée de faire des erreurs et l'a harcelée au téléphone. La victime a développé un trouble de stress post-traumatique.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. La cuisinière a été soumise par son patron à des expositions psychiques exceptionnellement blessantes, à savoir harcèlement sexuel important avec avances physiques puis harcèlement par téléphone. Il y a une bonne corrélation entre le déroulement documenté des événements - harcèlement sexuel insistant avec attouchements physiques - et le tableau pathologique.

Autres expositions exceptionnelles

Exemple 10 : Reconnaissance après exposition à des menaces et des morts violentes au travail (Danish Rail Service – Chemins de fer danois)

Une employée qui vendait des billets dans une gare a été témoin de suicides et d'autres décès et a fait l'objet de menaces lorsqu'elle y travaillait. Elle a en conséquence développé un trouble de stress post-traumatique.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. Les incidents concernant les menaces et les morts violentes au travail vont bien au-delà de ce à quoi la victime était susceptible d'être préparée pour un travail d'employée. Ces incidents sont d'une nature exceptionnellement stressante ; il y a en outre une bonne corrélation entre le début de la maladie et les incidents.

Exemple 11 : Reconnaissance après exposition à plusieurs hold-up (employée de banque)

Une employée de banque a travaillé dans différentes banques pendant de nombreuses années. Au cours de ces années, elle a été témoin de plusieurs attaques à main armée contre la banque. Lors de deux attaques en 1998, elle s'est trouvée très près du braqueur et a été sous la menace d'un fusil. Après ces deux attaques, elle a développé des symptômes de maladie psychique tels que : flashbacks, vigilance, manque d'énergie et problèmes de concentration. Un expert psychiatre a établi le diagnostic de trouble de stress post-traumatique.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. L'employée de banque a été témoin d'un certain nombre d'attaques à main armée contre des banques et a elle-même été menacée à deux reprises. A la suite des menaces dirigées contre elle, elle a développé des symptômes de trouble de stress post-traumatique et il y a une bonne corrélation entre le tableau pathologique et l'exposition à des situations exceptionnellement menaçantes.

Exposition à des plaintes, problèmes de coopération...

Exemple 12 : Demande rejetée – Exposition à des problèmes de coopération (personne ayant travaillé dans l'armée de l'air)

Une opératrice ayant travaillé à la signalisation dans l'armée de l'air a connu de mauvaises conditions de travail et des problèmes de coopération. Elle a eu en outre des problèmes liés à l'introduction d'une nouvelle technologie. Elle a développé des symptômes qui étaient compatibles avec le diagnostic de trouble de stress post-traumatique.

La demande ne remplit pas les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste puisqu'il n'y a pas eu d'exposition extraordinaire suffisante pour avoir pu en elle-même causer un trouble de stress post-traumatique. Il faut également considérer qu'il est inutile de soumettre la demande à l'*Occupational Diseases Committee*.

Exemples de délimitation entre accident et maladie professionnelle

Exemple 13 : Reconnaissance du cas d'une personne ayant travaillé comme conducteur de train

Un conducteur de train, qui avait travaillé au *Danish Rail Service* (Chemins de fer danois) pendant plus de trente ans, avait été au fil du temps exposé à plusieurs incidents stressants. Il avait écrasé une personne suicidaire et d'autres personnes, à plusieurs reprises. Ces cas avaient été reconnus comme accidents. Il avait par ailleurs été menacé avec un couteau. Après avoir failli écraser un groupe de personnes ivres, il avait été mis en arrêt de travail. Il a développé un trouble de stress post-traumatique.

La demande remplit les conditions pour une reconnaissance sur la base de la liste. Le conducteur de train a été exposé à plusieurs incidents graves qui étaient psychiquement

stressants et il a développé un trouble de stress post-traumatique avec des symptômes d'anxiété, des flashbacks (cauchemars) et un comportement d'évitement. Dans ce cas, les incidents particuliers n'ont pas été traités comme des accidents séparés et aucune indemnisation antérieure n'a été versée. Les différents incidents peuvent donc être considérés comme une maladie professionnelle faisant suite à une exposition à plusieurs incidents exceptionnellement stressants pendant un certain nombre d'années et l'indemnisation est déterminée en rapport avec une seule et même demande.

Exemple 14 : Demande rejetée – Maladie professionnelle concernant une personne ayant travaillé avec des handicapés mentaux (travailleur social)

Un travailleur social avait travaillé depuis 1963 avec des handicapés mentaux, essentiellement des hommes. Il avait obtenu la reconnaissance de trois incidents violents comme accidents. En 1992, un traumatisme psychique avait été reconnu comme accident et il avait obtenu une indemnisation pour incapacité permanente. Il n'avait pas depuis été exposé professionnellement à des incidents très stressants psychiquement.

La demande ne remplit pas les conditions pour une reconnaissance en maladie professionnelle. Depuis l'incident de 1992, qui avait déjà été reconnu comme accident, le travailleur social n'avait pas été exposé à des incidents violents dans une mesure telle qu'ils auraient pu causer un trouble psychique permanent. Il n'y a pas de description de conséquences psychiques plus importantes que ce qui a déjà été indemnisé comme la conséquence des accidents reconnus.

Exemple 15 : demande rejetée – Maladie professionnelle concernant une personne ayant travaillé comme aide-soignant en psychiatrie

Un aide-soignant avait travaillé de nuit dans un centre de long séjour psychiatrique depuis 1978. Dans les dernières années, il était seul en service de nuit. Deux incidents avaient été signalés et reconnus comme accidents du travail. En mars 1992, un patient en colère et menaçant lui avait donné un coup de pied. L'incident avait été reconnu comme accident, sans qu'une indemnisation ne soit versée. Après cet incident, il avait eu de violentes crises d'angoisse, s'était mis à pleurer facilement et à avoir peur du noir. Il avait repris son travail en juin 1992. En 1994, il y avait eu des incidents violents dans lesquels ses collègues avaient été impliqués et il s'était à nouveau senti mal et avait commencé à boire.

La demande ne remplit pas les conditions pour une reconnaissance en maladie professionnelle sur la base de la liste. L'incident de 1992 a été reconnu comme accident et, en 1991, l'aide-soignant a développé des symptômes de trouble de stress post-traumatique, ce qui a été compliqué par une consommation excessive d'alcool. Cet état a cessé mais il a fait une rechute en 1994 en lien avec les incidents violents/menaces concernant ses collègues. Il n'y a pas de documentation de traumatisme psychique pertinent lié à la rechute et les incidents pertinents précédents ont été reconnus comme accidents. Il faudrait cependant savoir si la rechute est susceptible d'être imputable à l'accident reconnu en 1992 et si ce précédent cas devrait donc être révisé.



EUROGIP est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 au sein de la Sécurité sociale française.

Ses activités s'articulent autour de 5 pôles :

- études-enquêtes,
- projets,
- information-communication,
- normalisation
- coordination des organismes notifiés.

Elles ont toutes pour dénominateur commun la prévention ou l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles en Europe.

Retrouver l'actualité d'EUROGIP et ses dernières publications sur www.eurogip.fr

55, rue de la Fédération - F-75015 Paris
Tél. +33 0 1 40 56 30 40
Fax +33 0 1 40 56 36 66

