

Document 1 de 1



La Semaine Juridique Social n° 5, 9 Février 2016, 1042

## Le burn-out doit-il être inscrit dans un tableau de maladies professionnelles ?

Etude par **Marlie Michalletz**

docteur en droit, avocat, chargée d'enseignement à l'université Panthéon-Assas (Paris II)

Santé et sécurité au travail

Sommaire

L'inscription du *burn-out* dans un tableau de maladies professionnelles est un sujet d'actualité, régulièrement débattu. A priori, elle constituerait une avancée dans le droit des victimes en permettant une reconnaissance automatique au titre de la législation professionnelle dès lors que les conditions énumérées dans le tableau seraient satisfaites. La reconnaissance judiciaire à titre individuel s'en trouverait facilitée. Cette affirmation doit être nuancée. La structure des tableaux de maladies professionnelles n'est pas adaptée aux pathologies psychiques. Surtout, une reconnaissance automatique par un mécanisme de tableau risquerait de porter atteinte à l'objectif général de prévention des risques professionnels.

« À mon confrère Abdelrak LASMARI.À sa fille Léonore »

**1. - Concept médiatique**<sup>Note 1</sup>. - Deux éléments font du syndrome d'épuisement professionnel l'un des sujets les plus discutés dans le vocabulaire des conditions de travail : une attention médiatique soutenue et une appropriation politique circonstanciée. La publication d'un rapport rédigé par le cabinet Technologia en janvier 2014 a relancé les débats<sup>Note 2</sup>. Les chiffres avancés participent de l'engouement autour de ce sujet : 3 millions d'actifs auraient un risque élevé de *burn-out*. Pourtant, le tableau clinique de l'étude n'a été bâti que sur une analyse qualitative de 11 cas à partir d'entretiens avec des personnes volontaires. Malgré l'utilisation massive du vocable visé, la notion est incertaine. Les études scientifiques font apparaître une quarantaine de définitions du *burn-out*<sup>Note 3</sup>. Dès lors, il serait impossible de savoir ce qu'il recouvre, « ni de décrire ses affections, ni de promouvoir sa reconnaissance en tant que maladie professionnelle »<sup>Note 4</sup>. Une telle réponse n'est pas satisfaisante. Des difficultés similaires se sont posées lors des débats sur la pénibilité au travail<sup>Note 5</sup>, « sujet complexe et difficile »<sup>Note 6</sup>. Pourtant, des solutions ont été proposées.

**2. - Concept débattu.** - Le diagnostic du *burn-out* ne figure pas dans le D.S.M<sup>Note 7</sup>. Il s'agit d'un symptôme, non d'une maladie. Dans une situation de surmenage professionnel identique, les conséquences sur la santé des travailleurs peuvent être différentes. La loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social a complété l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale (*al. 6*). Est désormais inscrite dans la loi la possibilité de prendre en compte l'origine professionnelle des pathologies psychiques<sup>Note 8</sup>. Est concrétisée une possibilité déjà offerte par l'article L. 461-1 du

Code de la sécurité sociale en ses alinéas 4 et 5.

La prise en charge au titre de la législation professionnelle passe par un dispositif complémentaire dont le point d'entrée est le taux d'incapacité permanente partielle. Fixé à 25 %, il correspond à une maladie psychique chronicisée et consolidée (ex. dépression chronique grave). A ce stade, la victime n'exercera probablement plus son activité professionnelle. Une prise en charge en amont lui permettrait de retrouver un rapport positif au travail. L'inscription du *burn-out* dans un 99ème tableau des maladies professionnelles répond-elle à cet objectif ? La reconnaissance judiciaire à titre individuel serait facilitée (1) sans pour autant satisfaire à l'objectif général de prévention des risques professionnels (2).

## 1. Une reconnaissance judiciaire facilitée

### A. - Un dispositif inadapté source d'insécurité juridique

**3. - Maladie professionnelle, accident du travail.** - Les maladies psychiques présentent la particularité de pouvoir être déclarées soit en tant que maladie professionnelle, soit en tant qu'accident du travail. La pathologie sera qualifiée de maladie professionnelle si elle procède d'une évolution lente (1°). En revanche, celle survenue au temps et au lieu du travail, sera qualifiée d'accident du travail si elle est consécutive à un fait précis, tel un choc psychologique suite à un entretien professionnel conflictuel (2°).

#### 1° Une reconnaissance limitée en maladie professionnelle

**4. - Absence de définition normative.** - Les travaux d'Herbert J. Freudenberger<sup>Note 9</sup> et Christina Malach<sup>Note 10</sup> sur le *burn-out* réalisés dans les années 1970 constituent des références majeures. À leur lecture, un constat s'impose : il n'existe pas de définition unique du *burn-out*. Dans le « panel » de définitions, des éléments communs peuvent être identifiés. Le syndrome d'épuisement professionnel présente des composantes physiques, psychologiques et émotionnelles. Il se développe au sein d'une dynamique relationnelle d'échanges entre la personne et son milieu de travail<sup>Note 11</sup>. Il s'agit d'un « processus évolutif »<sup>Note 12</sup> caractérisé par trois phases communément admises : un épuisement, un cynisme vis-à-vis du travail et une diminution de l'accomplissement personnel au travail. D'autres définitions font également état d'un processus pathologique provenant de l'utilisation répétée de mécanismes adaptatifs pour améliorer la « résilience » face au stress au travail<sup>Note 13</sup>. Inscrit dans un « processus évolutif », la déclaration des lésions en maladies professionnelles est logiquement privilégiée.

**5. - Dispositif complémentaire de reconnaissance : comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).** - Les maladies psychiques ne sont pas répertoriées dans un des tableaux de maladies professionnelles annexés au Code de la sécurité sociale. La présomption d'imputabilité au travail n'est pas applicable<sup>Note 14</sup>. Leur reconnaissance au titre de la législation professionnelle passe par un système dérogatoire devant un CRRMP. Deux conditions particulièrement restrictives doivent être satisfaites. La pathologie doit : 1) être « essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime » ; 2) entraîner « le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé ». La maladie doit entraîner un taux d'incapacité permanente partielle d'au moins 25 % ou le décès de la victime.

**6. - Un état de santé consolidé.** - En principe, l'évaluation du taux d'incapacité permanente partielle, dans les conditions prévues à l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale, n'est possible que lorsque l'état de santé de l'assuré est consolidé. La date de consolidation de la victime s'entend de la date de stabilisation de ses blessures constatée médicalement. Le barème indicatif de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale mentionne qu'au stade des troubles neurologiques aigus, la consolidation n'est pratiquement jamais acquise.

Certains troubles psychiques se caractérisent par leur état évolutif pendant lequel aucune consolidation n'est envisageable. Dans la pratique, les médecins-conseils des caisses indiquent si le taux d'incapacité permanente

prévisible, avant consolidation de l'état de santé de l'assuré, est inférieur ou supérieur à 25 %<sup>Note 15</sup>. Si le taux est supérieur, la caisse transmet le dossier au CRRMP. Si le taux est inférieur, la caisse notifie un refus de prise en charge. La déclaration des lésions psychiques en accident du travail facilite leur prise en charge au titre de la législation professionnelle. Elle évite de se heurter à l'écueil que constitue la fixation d'un taux d'IPP de 25 %.

## 2° Une reconnaissance conseillée en accident du travail

**7. - Un événement survenu à une date certaine.** - L'accident du travail est défini comme l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise (*CSS, art. L. 411-1*). Constitue un accident du travail un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines dont il est résulté une lésion<sup>Note 16</sup>. De jurisprudence constante, la présomption d'imputabilité s'applique à tout accident survenu au temps et au lieu du travail.

Trois phases permettent d'identifier « le processus de dégradation du rapport subjectif au travail », caractéristique du *burn-out* : l'épuisement, le cynisme vis-à-vis du travail et la diminution de l'accomplissement personnel au travail. C'est dans la deuxième phase que peut survenir un événement « soudain à une date certaine ». À ce moment, l'attitude de la victime devient négative, dure, détachée, à l'égard de son travail et des personnes avec lesquelles elle collabore. Plusieurs manifestations comportementales ou interpersonnelles peuvent être identifiées : un repli sur soi, un isolement social ou un comportement agressif, parfois violent. Des altercations avec des collègues surviennent. Des sanctions disciplinaires peuvent être prises par l'employeur. Un tel élément peut être identifié par la victime comme déclencheur de sa pathologie.

**8. - Orientation du dossier.** - L'accident du travail doit être déclaré par l'employeur dans un délai de 48 heures (*CSS, art. L. 441-2*). Si l'employeur ne procède pas à la déclaration, il revient à la victime de la faire<sup>Note 17</sup>. Le choix de déclarer les lésions en tant qu'accident du travail ou maladie professionnelle est déterminant. Ces qualifications juridiques sont exclusives l'une de l'autre. Les mêmes faits ne peuvent constituer à la fois le fait générateur d'une maladie professionnelle et d'un accident du travail. L'alternative existe, mais l'option doit être levée dès le début de la procédure. Il ne peut y avoir substitution des demandes au niveau des juridictions<sup>Note 18</sup>.

## B. - Un parcours judiciaire source de réactivation traumatique

**9. -** La victime emprunte entre dans un « système labyrinthique »<sup>Note 19</sup> pour faire reconnaître le caractère professionnel de son affection psychique. Ce constat se vérifie dans le secteur privé (1°) mais également dans la fonction publique (2°). Deux études de cas permettent d'illustrer les difficultés auxquelles elles sont confrontées.

### 1° Dans le secteur privé

#### 10. - Étude de cas n° 1

##### Exemple :

Madame N. a été embauchée par la société Y. en 2000. À partir de 2007, elle a été victime de faits constitutifs de harcèlement moral. Elle a fait une dépression. Elle est en arrêt de travail depuis janvier 2010 pour « un état de souffrance morale intense ». Madame N. a régularisé une déclaration de maladie professionnelle en février 2011. Le certificat médical initial joint à la déclaration mentionne : « Dépression suite harcèlement moral et discrimination ».

**11. - Orientation du dossier.** - Madame N. a fait le choix de déclarer ses lésions en maladie professionnelle. La maladie déclarée n'est pas répertoriée dans un tableau de maladies professionnelles. Le CRRMP a donc été saisi. Il a

retenu un lien direct et essentiel entre le travail et la maladie déclarée. Cette pathologie a été prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie au titre d'un état dépressif. Madame N. a été consolidée de ses lésions par le médecin-conseil. Un taux d'IPP de 35 % lui a été attribué.

**12. - La date de première constatation médicale de la maladie.** - Le lien entre l'état dépressif de madame N. et son activité professionnelle n'a pas été établi immédiatement. En premier lieu, la victime a consulté son médecin généraliste. Des troubles comorbides ont complexifié le diagnostic initial. Des « symptômes écran » ont été identifiés par le praticien (troubles alimentaires, insomnies). Le syndrome d'épuisement professionnel est rarement repéré lors des premières consultations. La première constatation médicale de la maladie professionnelle concerne « toute manifestation de nature à révéler l'existence de cette maladie et n'est pas soumise aux mêmes exigences de forme que le certificat médical »<sup>Note 20</sup>. La date de première constatation médicale peut être antérieure au certificat médical joint à la déclaration de maladie professionnelle<sup>Note 21</sup>.

Dans le cas étudié, le certificat médical initial joint à la déclaration de maladie professionnelle mentionnait une date de première constatation médicale au 30 mars 2012. Il identifiait la rupture avec le milieu stressant en janvier 2011. Plusieurs pièces médicales attestaient de l'existence de la maladie dès le 27 janvier 2011. À partir de cette date, madame N. a été en arrêt de travail continu pour maladie simple. Des prescriptions médicales ont été régulièrement établies dans le cadre d'un traitement à visée psychotrope. Une procédure en contestation de la date de première constatation médicale retenue par la caisse primaire d'assurance maladie est envisageable.

## 2° Dans la fonction publique

**13. - Un renvoi au Code de la sécurité sociale.** - Une maladie contractée ou aggravée en service relève d'un régime comparable à celui des accidents de service<sup>Note 22</sup>. C'est ce qui résulte d'une lecture combinée de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (*art. 57*) et de l'article L. 27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite. Aucune définition de la maladie professionnelle n'est prévue par les textes. Le caractère professionnel de l'affection est reconnu par référence à l'article L. 461-2 du Code de la sécurité sociale. Ce texte renvoie aux tableaux des maladies professionnelles, annexés au Code de la sécurité sociale. Cette liste de pathologies n'est pas exhaustive.

Une maladie ne figurant pas dans un tableau peut relever du régime de la maladie professionnelle<sup>Note 23</sup>. Dans ce cas, il appartient à la victime de rapporter la preuve que la maladie a été contractée ou aggravée en service. De jurisprudence constante, il appartient à l'agent de rapporter la preuve d'un lien direct et certain de causalité entre l'exécution du service et l'affection<sup>Note 24</sup>. La caractérisation d'un lien exclusif avec le service n'est pas nécessaire<sup>Note 25</sup>.

## 14. - Étude de cas n° 2

### Exemple :

Monsieur X. est fonctionnaire titulaire de la fonction publique territoriale. Il est employé en tant qu'adjoint administratif territorial principal de première classe depuis 30 ans. C'est un homme consciencieux. Ses notations attestent de la qualité de son travail. En dernier lieu, il travaillait à la direction des services techniques d'une collectivité territoriale. En raison d'élections municipales proches, la charge de travail de Monsieur X. n'a cessé de croître. Des relations conflictuelles se sont instaurées avec une de ses collègues. Monsieur X. a demandé un changement de service. Il lui a été refusé. Son état de santé s'est dégradé. Un arrêt de travail de quinze jours lui a été délivré par son médecin traitant pour *burn-out*. À son retour, de nombreux collègues ne lui adressaient plus la parole. Depuis, il est en arrêt de travail.

**15. - La procédure de reconnaissance.** - Monsieur X. a demandé que sa maladie soit reconnue imputable au service. Pour ce faire, il a saisi la Commission de réforme interdépartementale (CRI) afin qu'elle se prononce sur l'imputabilité au service de ses lésions. Son employeur a également saisi ladite Commission. La commune a « mis en doute

l'imputabilité au service » de ses lésions psychologiques se fondant sur une expertise réalisée par un médecin dont la spécialité est la rhumatologie. Outre ses lésions psychologiques, Monsieur X. souffre de douleurs articulaires aux mains, de troubles alimentaires et dermatologiques.

**16.** - Dans l'attente de l'avis de la CRI, la commune a placé l'agent en congé pour maladie ordinaire du 10 avril 2014 au 11 janvier 2015 (*arrêté n° 1*). Par un deuxième arrêté, la commune a « *mis en doute l'imputabilité au service* » de ses lésions psychologiques se fondant sur l'expertise précitée. Dans l'attente de l'avis de la CRI, la commune a, de nouveau, placé son agent : 1) en congé pour maladie ordinaire du 11 janvier 2015 au 9 avril 2015 ; 2) en disponibilité d'office à compter du 10 avril 2015 (*arrêté n° 2*). À compter de cette date, monsieur X. aurait cessé d'être rémunéré et ses droits à l'avancement et à la retraite auraient été suspendus. Il se serait trouvé dans une situation financière précaire. Il a donc saisi le tribunal administratif en référé afin d'obtenir la suspension de l'arrêté n° 2. Avant l'audience, la commune a pris un arrêté annulant l'arrêté n° 2 (*arrêté n° 3*). Monsieur X. est maintenu en maladie ordinaire dans l'attente de la décision de la CRI. L'employeur n'est pas tenu par cet avis. L'agent est placé dans une situation d'incertitude jusqu'à l'arrêté pris par son employeur après avis de la CRI.

**17.** - Le système de reconnaissance des maladies psychiques au titre du livre IV du Code de la sécurité sociale n'est pas satisfaisant. Un nombre important de victimes, salariés du secteur privé ou agents de la fonction publique, sont exclues du dispositif en raison de conditions d'entrée restrictives. La technicité des termes médicaux et juridiques rend les débats difficilement compréhensibles. La charge probatoire qui pèse sur la victime est extrêmement lourde et ce quelle que soit la procédure engagée. Une reconnaissance automatique par l'inscription du syndrome d'épuisement professionnel dans un tableau de maladies professionnelles est-elle pour autant une solution pertinente ?

## 2. Une prévention des risques altérée

**18.** - « **Responsabilisation** » des employeurs. - La prévention des risques professionnels tend à améliorer la santé et la sécurité des salariés dans l'entreprise. Depuis le début des années 2000, la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles devient la priorité de la gestion du risque « accidents du travail et maladies professionnelles »<sup>Note 26</sup>. La « responsabilisation » des entreprises répond à cet objectif. L'inscription du *burn-out* dans un tableau de maladies professionnelles participe-t-elle de cette démarche ? Compte tenu des spécificités des maladies psychiques, une réponse négative s'impose (A). Deux voies sont envisagées : 1) l'adaptation du mécanisme de reconnaissance complémentaire par la suppression ou la minoration du taux d'IPP de 25 % ; 2) la rénovation du rôle du CRRMP, clé de voûte de ce dispositif (B).

### A. - Une solution rejetée : l'inscription du *burn-out* dans un tableau de maladies professionnelles

**19.** - La création d'un nouveau tableau de maladies professionnelles est au centre des débats. Cette proposition médiatique présente l'avantage apparent de la simplicité. Tenter de construire un tableau répertoriant le syndrome d'épuisement professionnel révèle pourtant le caractère inapproprié de la démarche. 98 tableaux répertorient des maladies dont l'origine est présumée professionnelle. Ils sont édictés par décret simple sur avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Suivant l'évolution du « risque-emploi », leurs modifications sont déterminées à partir de statistiques et d'études épidémiologiques<sup>Note 27</sup>. Ces tableaux sont structurés de façon identique. Ils sont composés de quatre éléments : un titre, la désignation des maladies, le délai de prise en charge et une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies. Pour les affections psychiques consécutives à une situation d'épuisement professionnel, les deux premiers sont source d'insécurité juridique (1°) tandis que les deux derniers se révèlent inadaptés (2°).

#### 1° Une insécurité juridique renforcée

**20.** - **Titre.** - « La fonction du titre des tableaux et son appréhension par le droit » ont été examinées à l'occasion d'un

arrêt rendu par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation le 12 mars 2015<sup>Note 28</sup>. La portée du titre des tableaux de maladies professionnelles a été considérablement réduite. Désormais, il n'est plus un élément déterminant du régime de reconnaissance de la maladie. Pour la victime, l'enjeu est d'importance :

- si la maladie est **désignée dans un tableau** mais qu'une ou plusieurs conditions de prise en charge ne sont pas remplies, elle « peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est **directement causée par le travail habituel de la victime** » (al. 3) ;

- si la maladie n'est **pas désignée dans un tableau**, elle peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi « qu'elle est **essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime** et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé » (al. 4).

Que recouvre l'expression « désignée dans un tableau » ? Deux interprétations sont possibles : 1) seule la désignation de la maladie doit être prise en compte, indépendamment du titre du tableau dans lequel elle s'inscrit ; une interprétation restrictive est privilégiée ; 2) la désignation de la maladie doit être prise en compte au regard du titre du tableau dans lequel elle s'inscrit. Une interprétation extensive est adoptée. La deuxième chambre civile a statué dans le sens de la première proposition. Ce faisant, le caractère essentiel de la causalité est exclu. Cette solution est critiquable. Elle ne tient pas compte du principe directeur de construction des tableaux de maladies professionnelles : « à chaque maladie professionnelle prévue par un tableau correspond un risque professionnel défini par le titre de ce tableau »<sup>Note 29</sup>.

**21. - Désignation des maladies.** - La prise en charge d'une maladie professionnelle obéit à trois conditions : l'une médicale, les deux autres administratives. La condition médicale relève de l'échelon local du service médical. Il lui appartient de dire si la maladie telle que décrite dans le certificat médical initial correspond à une maladie désignée dans un tableau. Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas classifié comme une maladie. C'est un ensemble de symptômes auquel on a donné le nom de syndrome d'épuisement professionnel. Plusieurs pathologies seraient susceptibles d'être désignées pour le caractériser : une dépression, une anxiété généralisée, un état de stress répété ou encore des complications somatiques spécifiques. Compte tenu de l'état de la jurisprudence, ces affections pourraient être reconnues en dehors des situations d'épuisement professionnel. L'insécurité juridique en résultant n'est évidemment pas acceptable.

## 2° Des conditions de prise en charge inadaptées

**22. - Délai de prise en charge.** - La seconde condition administrative tient au délai de prise en charge : la maladie doit être médicalement constatée dans un certain délai à compter de la cessation de l'exposition au risque. Une durée minimale d'exposition est parfois exigée. S'agissant des maladies psychiques, un délai de prise en charge court ne semble pas approprié. Ces affections se caractérisent par des difficultés de diagnostic. À la différence des maladies physiques, un examen radiologique ou tomodensitométrique, un test épicutané ou psychométrique, ne saurait les révéler. Un délai de prise en charge long semble préférable. Une durée d'exposition minimale doit-elle être prévue ? De prime abord, l'épuisement professionnel semble induire une durée d'exposition longue. Pourtant, des exemples issus de la pratique démontrent qu'une telle situation peut apparaître sur des périodes de temps brèves.

**23. - Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie.** - La prise en charge de la maladie au titre de la législation professionnelle suppose que soient exécutés les travaux limitativement énumérés par le tableau. Les affections psychiques consécutives à une situation d'épuisement professionnel ne se manifestent pas dans un secteur d'activité particulier ; elles ne concernent pas une catégorie de travailleurs déterminée. Les premières études portant sur le *burn-out* ont été menées à l'égard de professions dites exposées : professionnels des services sociaux et de la santé (*burn-out* compassionnel), policiers, magistrat, professions se consacrant particulièrement à la relation d'aide, enseignants, etc. Des travaux plus récents ont élargi le champ des professionnels exposés à ce risque aux agriculteurs et aux travailleurs indépendants notamment. « Désormais, c'est l'organisation du travail qui est interrogée. Le *burn-out* s'est généralisé à toutes les catégories socio professionnelles, à tout niveau de la hiérarchie. Le lien doit être fait entre

pathologies et surcharge liée à l'intensification du travail. Le vocable angliciste de *burn-out* devrait être abandonné au profit de celui de surmenage ou d'épuisement professionnel »<sup>Note 30</sup>.

La création d'un lien automatique entre l'accomplissement de certaines tâches et l'apparition de la maladie n'est pas adapté « car le syndrome d'épuisement professionnel repose essentiellement sur les conditions dans lesquelles le travail a été accompli »<sup>Note 31</sup>. Les éléments constitutifs d'un nouveau tableau de maladies professionnelles ne sont donc pas réunis.

**24. - Amiante (tableau n° 30).** - En tout état de cause, l'inscription d'une maladie dans un tableau de maladies professionnelles n'implique pas une prévention des risques professionnels efficace. L'exemple des pathologies liées à l'inhalation de poussières d'amiante en offre une illustration. Le tableau n° 30 des maladies professionnelles est intitulé « Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ». Il a été créé le 3 août 1945. L'inscription de ces maladies dans un tableau de maladies professionnelles a-t-elle pour autant incité les entreprises à prévenir leur survenance ? La réponse est négative. Outre une interdiction tardive de ce produit en France, les victimes de cette catastrophe sanitaire n'ont obtenu une reconnaissance judiciaire qu'à l'occasion des arrêts « amiante » du 28 février 2002. Par analogie, une inscription du syndrome d'épuisement professionnel dans un tableau de maladies professionnelles n'emportera pas, automatiquement, une prévention des risques efficace<sup>Note 32</sup>.

## **B. - Une solution privilégiée : l'adaptation du dispositif de reconnaissance complémentaire**

**25. -** De nombreux auteurs ont étudié la solution consistant à supprimer le taux d'IPP comme point d'entrée dans le dispositif de reconnaissance des maladies psychiques (1°). Une réforme en profondeur des CRRMP constitue une piste de réflexion (2°).

### **1° Suppression de la condition tenant au taux d'IPP de 25 %**

**26. - Suppression, abaissement ou taux différencié.** - La condition tenant au taux de 25 % est dénoncée comme un frein à la reconnaissance du caractère professionnel des maladies psychiques, « un handicap insurmontable », « un grave déni social »<sup>Note 33</sup>. Ce taux ne correspond pas « à la réalité de ces nouvelles pathologies liées à la souffrance au travail, et empêche quasiment toute mesure et toute reconnaissance réelle de celle-ci »<sup>Note 34</sup>. Certains préconisent sa suppression, d'autres sa minoration. À l'occasion des débats sur le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi, un amendement a été déposé afin d'abaisser « très rapidement » le seuil d'IPP à 10 % pour les affections psychiques. À échéance de trois ans, ses auteurs en préconisaient la suppression. La proposition d'un taux différencié pour les affections psychiques directement liées aux conditions de travail a été formulée. Aucune n'a été retenue. Si cette condition devait être maintenue, une réflexion sur les éléments constitutifs du taux devrait, *a minima*, être menée.

**27. - Révision des éléments constitutifs du taux d'IPP.** - L'Union nationale des caisses de sécurité sociale, à l'origine du barème indicatif d'invalidité, rappelle que, conformément à l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale, le médecin de l'organisme social doit « tenir compte, avant de proposer un taux médical d'incapacité permanente » des éléments suivants : la nature de l'infirmité, l'âge, l'état général, dont les éventuels états antérieurs, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et la qualification professionnelle de l'assuré. Un amendement proposait d'insérer un élément nouveau d'appréciation : « les conditions de travail susceptibles d'avoir altéré sa santé physique ou mentale ». Il a été retiré.

### **2° Redéfinition de la composition et des missions des CRRMP**

**28. - Appréciation du lien de causalité.** - L'origine des maladies psychiques est multifactorielle. L'appréciation du lien de causalité entre le travail et la lésion est fondamentale. Le rôle du CRRMP, « expert par excellence du lien de causalité entre une pathologie et le travail »<sup>Note 35</sup>, doit être renforcé. Sa composition ainsi que le dossier sur la base duquel il statue doivent être modifiés afin de lui permettre d'émettre un avis éclairé.

**29. - Composition renouvelée (CSS, art. D. 461-27).** - La composition du CRRMP est prévue par des dispositions réglementaires. Aucune disposition ne prévoit une composition particulière en fonction de la nature de la pathologie déclarée. Seule une compétence générale de « qualification en matière de pathologie professionnelle » est exigée. Elle est insuffisante au regard de la symptomatologie particulièrement complexe des maladies psychiques d'origine professionnelle. « Le phénomène du *burn-out* est difficile à qualifier cliniquement »<sup>Note 36</sup>. L'approche classique des maladies professionnelles doit être dépassée. Les comités appelés à se prononcer sur les cas d'épuisement professionnel devraient être composés d'au moins un médecin dont la spécialité est la psychiatrie.

Un amendement a été déposé en ce sens lors des débats sur le projet de loi relatif au dialogue social. Des modalités spécifiques de traitement des dossiers par les caisses primaires d'assurance maladie ont été envisagées. Dans l'exposé sommaire, les auteurs de cet amendement précisait qu'« il pourrait être envisagé la participation de praticiens spécialisés dans l'examen de ces dossiers afin de faciliter la reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail comme maladies professionnelles ». Si cette affirmation est d'évidence, en pratique de nombreux dossiers sont traités par des médecins non spécialistes<sup>Note 37</sup>. Cet amendement a été supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat.

**30. -** Afin d'éviter un traitement hétérogène des dossiers d'un comité à l'autre<sup>Note 38</sup>, une réforme des dispositions régissant leur ressort territorial peut être envisagée. Le comité régional compétent est celui du lieu où demeure la victime (CSS, art. D. 461-28). Une expérimentation consistant en la désignation de comités référents pourrait être menée pour rétablir une égalité de traitement des dossiers. En parallèle, une refonte du guide pour les CRRMP doit être envisagée afin d'harmoniser leurs pratiques.

Proposition de modification de l'article D. 461-27 du Code de la sécurité sociale :

Ajout d'un 4° : « 4° - un médecin dont la spécialité est la psychiatrie pour les maladies psychiques mentionnées à l'article L. 461-1, al. 5 du présent code ».

**31. - Procédure adaptée (CSS, art. D. 461-30, al. 5).** - Le comité peut entendre la victime ou l'employeur s'il l'estime nécessaire<sup>Note 39</sup>. En pratique, peu de comités y ont recours. L'avis est alors émis à partir du dossier constitué par la caisse (CSS, art. D. 461-29). Le formulaire servant de support à l'avis du CRRMP mentionne les éléments suivants : la demande motivée de reconnaissance présentée par la victime ; le certificat établi par le médecin traitant ; l'avis motivé du ou des médecins du travail<sup>Note 40</sup> ; le rapport circonstancié du ou des employeurs ; les enquêtes réalisées par l'organisme gestionnaire ou le service de prévention ; le rapport du contrôle médical de l'organisme gestionnaire et le rapport d'évaluation du taux d'IPP si nécessaire.

Cette liste est insuffisante. Faute de moyens humains, l'enquête administrative de la caisse se limite souvent à l'envoi de questionnaires types à la victime et à l'employeur. Cette méthode d'investigation ne permet pas d'établir l'exposition au risque à l'origine du processus pathogène. Le dossier de la médecine du travail, des attestations de collègues ou d'institutions représentatives du personnel ou une lettre de licenciement pour inaptitude d'origine professionnelle sont des éléments probatoires déterminants. Il est fortement conseillé à la victime de déposer des observations qui sont annexés au dossier en application de l'article D. 461-29 du Code de la sécurité sociale en son dernier alinéa. À défaut, le dossier soumis au comité est nécessairement incomplet. Dans certaines circonstances, cette insuffisance est sanctionnée. La Cour de cassation a approuvé les juges du fond d'avoir écarté les avis des deux comités saisis « après avoir relevé que les comités n'avaient pas entendu la veuve, ayant droit du défunt, ni pris connaissance des éléments recueillis par celle-ci pour apprécier concrètement la nature de l'activité qu'il exerçait (...) »<sup>Note 41</sup>. Seule la voie judiciaire offre cette possibilité de contestation. À l'heure actuelle, la procédure devant le CRRMP se caractérise par un colloque médico-administratif singulier. Elle devrait tendre vers un colloque médico-administratif offrant une place active à la victime et à son employeur. Contrairement à ce qu'indique le guide pour les CRRMP diffusé par la CNAMTS, le principe du contradictoire ne doit pas s'exprimer uniquement lors de la constitution du dossier ; il doit irriguer toute la procédure : de la constitution du dossier jusqu'à la séance du comité. À cet égard, le rôle du secrétariat permanent du comité est déterminant<sup>Note 42</sup>.



Proposition de modification de l'article D. 461-30, al. 5 du Code de la sécurité sociale :

Ajout d'une phrase : « La victime et l'employeur doivent être entendus pour les maladies psychiques mentionnées à l'article L. 461-1, al. 5 du présent code ».

**32. - Exigence de motivation renforcée (CSS, art. D. 461-30, al. 6).** - L'avis rendu par le CRRMP doit être motivé. Cette exigence est renforcée eu égard à la complexité des maladies psychiques. Leur origine multifactorielle doit être prise en compte. Le contexte de travail dans lequel elles s'inscrivent doit être étudié. Une motivation stéréotypée n'est pas suffisante.

**Exemple :**

Madame B. a été embauchée par la société Z. en 1972 en qualité d'assistante marketing. Les relations contractuelles ont commencé à se détériorer en 2002. À partir de 2004, la situation s'est aggravée. Elle a été victime de faits constitutifs de harcèlement moral. Elle est tombée en dépression. Madame B. a régularisé une déclaration de maladie professionnelle en août 2010. Le certificat médical initial joint à la déclaration mentionne : « Syndrome anxio-dépressif réactionnel ».

La caisse primaire a refusé de prendre en charge cette pathologie au titre de la législation professionnelle. L'assurée a contesté cette décision. En première instance, le tribunal a rejeté sa demande aux motifs que sa maladie n'était pas désignée dans le tableau des maladies professionnelles et que la CRRMP ne pouvait être saisi dès lors que, son état n'étant pas stabilisé, elle ne justifiait pas d'un taux d'IPP d'au moins 25 %. En appel, la cour a enjoint à la caisse de recueillir l'avis d'un CRRMP dans la mesure où il s'avérait que le taux prévisible d'IPP excédait 25 %. La caisse a saisi le CRRMP qui, selon avis émis en mai 2014, a conclu à l'absence de rapport de causalité établi entre la maladie déclarée et le travail effectué. L'affaire a été de nouveau évoquée devant la cour d'appel. La victime soutenait que l'avis du comité ne satisfaisait pas à l'exigence de motivation. La cour d'appel va dans le sens de la victime, « faute de toute discussion des pièces et éléments dont le comité indique avoir pris connaissance, et d'exposé, fût-il succinct, du raisonnement ayant conduit à retenir cette position, alors pourtant que le formulaire d'avis précisait que « la motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties », ce qui rappelait l'exigence d'un argumentaire »<sup>Note 43</sup>. Un nouveau comité a donc été désigné.

**33. - Conclusion.** - L'approche juridique des maladies psychiques contractées au travail doit être renouvelée. La régulation judiciaire est insuffisante. Par leur complexité et leur longueur, les procédures devant les tribunaux portent atteinte à l'objectif de reconnaissance judiciaire des victimes. L'inscription du *burn-out* dans un tableau de maladies professionnelles n'est pas pertinente. Une réflexion de plus grande ampleur sur les risques psychosociaux en milieu de travail doit être menée. À brève échéance, des ajustements techniques adoptés par voie réglementaire devraient être envisagés. Ils permettraient au CRRMP, clé de voûte du dispositif de reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles, d'exercer pleinement ses prérogatives en toute connaissance de cause.

**Textes :** CSS, art. L 461-1

**Encyclopédies :** Protection sociale Traité, Fasc. 311, par Gérard Vachet

---

Note 1 Cette étude est extraite d'un mémoire réalisé lors de la préparation du diplôme universitaire de victimologie de l'université Paris-Descartes (2014-2015).

Note 2 J.-C. Delgenes, A. Martineau-Arbes, M. Gine, P. Grosdemouge et R. Bernad, *Le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle, étude pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles : Technologia*, mai 2014.

Note 3 M. Oigny, *Le burn-out ou l'effet d'usure imputable à la régulation permanente d'incidents critiques. L'exemple du milieu policier : Revue internationale de psychologie*, n° 2009/36, p. 209.

Note 4 Y. Vaugrenard, *Question orale n° 957S au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, XIVe législature : JO Sénat 4 févr. 2015.*

Note 5 M. Pérot, *La pénibilité au travail, thèse, université Panthéon-Assas, 2013.*

Note 6 B. Hamon, *Session ordinaire de 2014-2015, 244e séance : JOAN 28 mai 2015, p. 5177.*

Note 8 L. n° 2015-994, 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, art. 27 : *Journal Officiel du 18 Aout 2015.*

Note 9 H.-J. Freudenberger, *The Staff Burn-Out syndrome in alternative institution : Psychother Res. Pract.* 1975, 12.

Note 10 C. Malach, *Burned-out : Hum. Behav* 1976, 5.

Note 11 DGT, Anact, INRS, *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out, Guide d'aide à la prévention, mai 2015.*

Note 12 P. Dewell, P. Corten, L. From, H. Kajosh, Y. Vandriette et P. Verbanck, *Sévérité du Burn-Out versus autres stress pathologiques.*

Note 13 P. Corten, *Burn-Out : Vérités, contre-vérités, impact sur la santé : mieux-être.org*

Note 14 J.-F. Poisson, *Les risques psychosociaux, rapport remis à la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les risques psychosociaux, févr. 2011, p. 42 et s.*

Note 15 Circ. CNAMTS n° 12-2014, 12 juin 2014.

Note 16 Cass. soc., 2 avr. 2003, n° 00-21.768 : *JurisData n° 2003-018497 ; Bull. civ. 2003, V, n° 132. - Cass. 2e civ., 18 oct. 2005, n° 04-30.352 : JurisData n° 2005-030441 ; Bull. civ. 2005, II, n° 253 ; JCP S 2005, 1423, note D. Asquinazi-Bailleux.*

Note 17 *Formulaire CERFA n° 14463\*01 DAT PRE.*

Note 18 Cass. 2e civ., 9 oct. 2014, n° 13-20.669 : *JurisData n° 2014-023214 ; JCP S 2015, 1010, note M. Michalletz.*

Note 20 Cass. 2e civ., 27 nov. 2014, n° 13-26.024 : *JurisData n° 2014-029007.*

Note 21 Cass. 2e civ., 3 avr. 2014, n° 13-14.418.

Note 22 CE, 2 juin 1993, n° 79975 : *JurisData n° 1993-044394.*

Note 23 CE, 7 juill. 2000, n° 213037 : *JurisData n° 2000-061030.*

Note 24 CE, 18 févr. 1991, n° 95773. - CE, 3 nov. 1995, n° 134761.

Note 25 CAA Marseille, 10 mars 2015, n° 14MA03072.

Note 26 J. Pachod, C. Oillic-Tissier et A. Antoni, *La prévention, priorité de la branche accidents du travail et maladies professionnelles : RD sanit. soc. 2010, n° 4, p. 628.*

Note 27 C. cass., *rapport annuel 2011, p. 267. - R. Le Saint, Le « cancer du bitume » au banc des accusés : Liaisons soc. magazine, mars 2012, p. 29.*

Note 28 Cass. 2e civ., 12 mars 2015, n° 14-12.441 : *JurisData n° 2015-004682 ; JCP S 2015, 1187, note E. Jeansen.*

Note 29 S. Fantoni-Quiton, *Vers une ouverture du système de reconnaissance des maladies professionnelles ? : Semaine sociale Lamy 2015,*

n° 1672, p. 11.

Note 30 Propos recueillis lors d'un entretien avec Madame Marie Pezé en septembre 2015.

Note 31 *F. Rebsamen, JOAN 28 mai 2015, p. 5167.*

Note 32 *F. Rebsamen, JOAN 28 mai 2015, p. 5163*, « (...) je suis réservé sur l'idée qu'il suffirait de reconnaître ce syndrome en l'inscrivant comme maladie professionnelle, alors que lorsque l'on se penche sur les avis des personnalités les plus qualifiées, beaucoup de réserves ont été faites ».

Note 33 *Amendement n° 335.*

Note 34 *Amendement n° 676.*

Note 35 *S. Fantoni-Quinton, La saisine des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles par les tribunaux : d'une stricte mission réglementaire à un exercice d'expert polyvalent ? : RD sanit. soc. 2012, p. 931.*

Note 36 *C. Sirugue, JOAN 28 mai 2015, p. 5164.*

Note 37 *V. infra n° 20.*

Note 38 *S. Fantoni-Quinton, Le véritable rôle du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles avantages et limites du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles : RD sanit. soc. 2008, p. 555.*

Note 39 *Circ. n° 1/2014, Diffusion du guide pour les CRRMP, 27 janv. 2014, p. 15*, « Le caractère contradictoire de la procédure s'exprime lors de la constitution des dossiers ».

Note 40 *Circ. n° 1/2014, Diffusion du guide pour les CRRMP, 27 janv. 2014, p. 7.*

Note 41 *Cass.2e civ., 7 nov. 2013, n° 12-23.691.*

Note 42 *Circ. n° 1/2014, Diffusion du guide pour les CRRMP, 27 janv. 2014, p. 11.*

Note 43 *CA Orléans, 24 juin 2015, n° 12/01107.*

Note 7 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) : ouvrage publié par la Société américaine de psychiatrie décrivant et classifiant les troubles mentaux.*

Note 19 *M. Keim-Bagot, De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel : Dalloz, 2015, p. 109.*