

**MALADIES PROFESSIONNELLES.** Certaines pratiques des caisses combinées à des conditions d'imputabilité très restrictives font obstacle à une meilleure prise en charge des psychopathologies liées au travail.

# La reconnaissance des pathologies psychiques

Francis Meyer, Maître de conférences en droit privé, Université de Strasbourg

François Guillon, Docteur, PU-PH Médecine et santé au travail, Université Paris 13, UFR SMBH Bobigny

Le système dit « complémentaire » de reconnaissance des maladies professionnelles permet au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale d'imputer au travail des affections qui ne figurent pas dans les tableaux de maladies professionnelles. C'est le cas notamment des dépressions et troubles anxio-dépressifs provoqués par des contraintes psychologiques professionnelles.

Tout observateur des conditions de travail ne peut que constater un décalage important entre l'importance donnée aux risques dit psychosociaux (v. not. « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des RPS », P. Nasse et P. Légeron, mars 2008) et le nombre extrêmement réduit des maladies reconnues comme relevant de ces causes. Rappelons que quatre pathologies sont répertoriées comme pouvant être liées aux facteurs professionnels : les états de stress post-traumatique, les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de l'adaptation.

Ce décalage peut s'expliquer de deux manières. Soit l'on considère, comme certains sociologues, que « ce ne sont pas tant les conditions de travail qui changent que la façon dont elles sont collectivement régularisées, vécues et étiquetées » (M. Lorient, « Pourquoi tout ce stress ? », in « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », *Revue de sociologie du travail*, 2011, vol. 53, p. 3 à 36) ; soit il existe une sous-évaluation massive du nombre des maladies authentiques dont l'étiologie réside dans le vécu du travail.

Pour les quelque 30 millions de salariés qui relèvent de l'expertise des CRRMP (comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles) au titre de l'alinéa 4, nous disposons de statistiques précises pour la période comprise entre 2003 et 2009. Les CRRMP ont été saisis pour ces « psychopathologies » pour respectivement 41 cas

en 2003, 59 en 2004, 72 en 2005, 73 en 2006, 78 en 2007 et 86 en 2008 et 142 en 2009, soit 551 saisines en sept ans. Les avis formulés sont favorables dans une proportion qui varie selon les années entre 51 % au maximum et 36 % au minimum (au total 44 %). Ce sont donc finalement en tout et pour tout 251 cas en sept ans pour lesquels l'imputabilité au travail aura été reconnue (source : Cnamts). Il est difficile de rapporter ces données aux valeurs estimées de l'incidence de ces pathologies. Mais nous disposons des données du réseau national (RNV3P) des 30 consultations spécialisées de pathologies professionnelles (CCPP) publiées par l'ANSES, pour la période 2001-2009. Ces consultations ont identifié, entre 2001 et 2009, en tant que maladies principales liées au travail et responsables du problème de santé au travail qui leur était soumis, 14 733 cas de troubles mentaux et du comportement (groupes F00 à F99 dans la 10<sup>e</sup> classification internationale des maladies).

Ces chiffres ne font apparaître qu'une partie de la réalité, car les CCPP ne connaissent qu'une partie des maladies professionnelles. Parmi les 14 733 cas traités par le RNV3P de 2001 à 2009, certains relèvent d'une prise en charge au titre des accidents du travail (AT) ou des maladies professionnelles. Au titre des AT, ce sont des névroses post-traumatiques qui peuvent survenir après des agressions professionnelles traumatiques. Mais elles ne sont répertoriées nulle part en tant que telles dans les statistiques du régime général. S'agissant des maladies hors tableaux, on a vu plus haut ce qu'il en était. Parmi ces 14 733 cas figurent un nombre important de dépressions dues au vécu du travail, qui ne sont pas prises en charge par un régime de réparation des risques professionnels qui, pour toute la France et la même période, n'en a reconnu que

251. L'hypothèse d'une sous-évaluation massive de ce phénomène peut donc être raisonnablement évoquée.

### LA DÉPRESSION PROFESSIONNELLE, UNE PATHOLOGIE ÉVOLUTIVE EN MAL DE RECONNAISSANCE

Les dépressions professionnelles surviennent, par définition, chez des personnes en activité ou qui viennent de la quitter depuis peu. Il s'agit d'affections chroniques graves et invalidantes qui nécessitent un arrêt de travail prolongé, ainsi qu'une thérapeutique et un accompagnement spécialisés. Les malades, quelle que soit l'issue professionnelle de leur maladie, doivent pendant plusieurs mois pouvoir bénéficier des prestations de sécurité sociale, notamment de leurs indemnités journalières. La consolidation ne peut être évoquée qu'à l'issue d'une convalescence souvent difficile et lorsqu'une solution professionnelle a été trouvée. Son intervention trop précoce peut entraîner des conséquences graves et imprévisibles.

C'est cependant cette consolidation qui est exigée par les CPAM comme préalable à l'instruction préparatoire en vue de la soumission au CRRMP. Cette exigence bloque donc de fait la grande majorité des dossiers. Cette situation n'est pas spécifique aux dépressions professionnelles, puisque les services inter-entreprises de santé au travail (SIS<sup>T</sup>), qui contribuent à alimenter le réseau RNV3P, chiffrent à 40 % des maladies professionnelles (toutes pathologies confondues) les cas où la reconnaissance n'est pas possible au motif qu'aucun tableau de maladie professionnelle ne correspond à la pathologie, et que le handicap occasionné par la pathologie est inférieur aux 25 % réglementaire (ANSES, *Publications scientifiques*, août 2010).

Concernant la prise en charge financière, l'essentiel du fardeau ne repose

pas pour le moment sur les entreprises, même si les coûts indirects sont manifestement importants (les estimations varient de 2 à 3 milliards pour l'année 2007 en soins, absentéisme, cessation d'activité et décès prématuré). Les coûts directement liés à la reconnaissance des pathologies psychiques imputables au travail restent, eux, marginaux (72 cas reconnus par les CRRMP au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 pour 2009). Pourtant le phénomène constitue, avec les troubles musculo-squelettiques (TMS), la principale cause d'entrée dans le régime invalidité (27 %, devant les TMS 25 %, et les tumeurs, 14 %). *Source : Cour des comptes, Rapport sur la sécurité sociale, sept. 2010, à partir des données Hippocrate de la CNAMTS*. C'est donc le régime maladie qui supporte l'essentiel de ces pathologies, y compris professionnelles, générant des arrêts de travail longs, parfois sans possibilité de reprise du travail. Leur reconnaissance se heurte bien évidemment au caractère multifactoriel, avec la question de la part attribuable au travail.

Les dépressions professionnelles ont pour caractéristique de mettre les victimes dans un état non « stable », et pour cause. Il s'agit de pathologies évolutives avec une alternance de phases aiguës et d'améliorations parfois seulement temporaires. De ce fait, les modalités de prise en charge par l'assurance des risques professionnels sont inadéquates car calquées sur les accidents du travail où la victime, après une altération physique, voit en principe son état s'améliorer ou en tout cas se stabiliser, ce qui autorise la fixation d'une date de consolidation. Les victimes doivent néanmoins s'inscrire dans les exigences légales si elles veulent obtenir réparation.

En l'absence de tableaux de maladies professionnelles dédiés à ces risques, c'est donc l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 qui trouve application. Sa formulation très restrictive – « *maladie caractérisée [...] lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime* » – est un obstacle de taille à franchir par les victimes ou leurs ayants-droit. Mais assez paradoxalement, c'est la deuxième condition qui pose le plus de problème à l'heure actuelle : la nécessité pour la victime d'être atteinte d'une incapacité permanente de 25 % ou plus. Une réflexion est engagée à ce sujet par la commission des maladies professionnelles auprès du CoCT (Conseil d'orientation sur les conditions de travail ; v. not. les réunions de janvier et de mars 2011) pour tenter d'apporter des

éléments permettant aux CRRMP de mieux les prendre en charge et de façon plus équitable d'une région à l'autre, car les pratiques sont très diversifiées.

### DES PRATIQUES CONTESTABLES

Aux termes du dernier alinéa de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale, « *dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles* ».

La caisse ne peut donc différer la saisine du comité au motif que son service médical n'a pas eu le temps de statuer ou ne veut pas statuer pour cause de non-stabilisation (v. *infra*) : elle doit donner au service concerné les injonctions nécessaires pour qu'il rende un avis. Si la caisse ne s'exécute pas, la victime pourrait demander au juge d'enjoindre à la caisse de répondre aux exigences du texte. Une jurisprudence récente de la Cour de cassation, statuant sur des questions de dossiers mal orientés, demande à la cour d'appel si elle « *estimait que la caisse n'avait pas instruit la demande conformément à ses obligations, d'adresser à celle-ci les injonctions nécessaires sans se substituer à elle [...]* » (Cass. civ. 2, 2<sup>e</sup> ch., 25 juin 2009, n° 07-20708 et 18 févr. 2010, n° 09-12274). Elle doit pouvoir trouver application ici.

Lorsque le délai d'instruction réglementaire est passé et risque d'aboutir à une reconnaissance implicite, les caisses notifient un refus « provisoire » de prise en charge au motif que l'avis du CRRMP n'est pas arrivé, ce qui est fortement contestable. Il s'agit d'une commodité *extra legem* que les caisses se sont aménagées en pratiquant des notifications de refus « conservatoires ». Les courriers envoyés aux victimes se fondent sur les exigences de l'article R. 441-14 du Code de la sécurité sociale qui rend l'avis du CRRMP obligatoire. Les caisses oublient de préciser que le même article dispose dans son alinéa 2 « *qu'en cas de saisine du CRRMP... le délai imparti à ce comité pour donner son avis s'impute sur les délais prévus à l'alinéa qui précède* ». Dès lors, un refus de prise en charge conservatoire qui repose sur un dysfonctionnement des services ne peut être opposé à la victime (selon l'adage « *nul ne peut invoquer sa propre turpitude* »). En l'absence de décision, on devrait déboucher sur une reconnaissance implicite. Là également, le juge pourra intervenir pour forcer la caisse à respecter le cadre légal et réglementaire.

La condition d'accès au régime de reconnaissance des maladies professionnelles de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir le taux de 25 %, est détournée de sa finalité. L'alinéa 4 pose les conditions d'accès au système complémentaire de réparation. Est exigée une incapacité permanente partielle (IPP) d'un taux « *au moins égal à un pourcentage déterminé* » : il s'agit d'une condition d'accès au régime et non d'une décision médicale de fixation définitive d'un taux. Le taux de « 25 % et plus » est un taux prédictif et non un taux définitif. La loi renvoie d'ailleurs à toutes les composantes de l'article L. 434-2 et pas simplement à la nature de l'infirmité (« *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* »).

L'intégration des facteurs socioprofessionnels, comme la durée de l'arrêt de travail, l'impossibilité de reprendre une activité dans l'entreprise ou la déqualification, peut ainsi contribuer à ce que le taux estimé de 25 % soit plus facilement atteint. En cas de refus, les caisses devraient alors notifier à la victime la part du taux médical et du taux professionnel, ainsi que le prévoit la charte des AT-MP. L'évaluation provisoire du taux d'IPP par la caisse doit donc se faire d'une manière globale et le taux proposé par le service médical n'en est qu'un des composants. Cette évaluation prédictive revêt d'autant plus un caractère provisoire que le médecin-conseil est rarement psychiatre et que le barème indicatif des maladies professionnelles est muet pour les IPP comprise entre 20 et 50 % pour ces affections. Les caisses le reconnaissent d'ailleurs implicitement puisque les services médicaux interviennent une première fois pour indiquer si le taux prévisible est au moins égal à 25 %, puis une deuxième fois pour fixer précisément ce taux au retour du CRRMP. Elles admettent ainsi que l'accès aux 25 % est une condition d'accès au régime de réparation, mais qu'il ne s'agit pas de fixer précisément un taux d'IPP. Sinon la fixation du taux équivaldrait à une consolidation, et le dossier n'aurait pas à revenir devant le service médical après que le CRRMP a statué. Ainsi dans certains dossiers, la victime passe le cap du service médical qui accepte de valider un taux de « 25 % et plus », puis celui du CRRMP qui reconnaît le lien direct et essentiel, pour repasser enfin devant le même service médical qui lui alloue parfois... 5 % ! Ce qui montre que ●●●

●●● le premier taux n'était pas un taux définitif. La CNAM, quant à elle, soutient, sans aucune base légale, et malgré les formulations de la charte des AT-MP et du guide des CRRMP, que la fixation de ce taux déclenche la fin du versement des indemnités journalières, ce qui revient à assimiler stabilisation et consolidation. Cette interprétation place de fait le médecin traitant dans une situation intenable qui consiste à déconseiller la demande de reconnaissance à tout patient nécessitant la poursuite de son arrêt de travail. C'est mettre le patient devant l'alternative de se soigner ou de demander le bénéfice de ses droits.

### BLOCAGE DES PROCÉDURES ENGAGÉES, DÉSIGNATION DE VOIES DE RECOURS INAPPROPRIÉES

Si l'on admet que la prévision d'un taux d'IPP est une condition médico-administrative d'accès au régime, ce qu'induit une lecture rigoureuse du texte, les conséquences sont importantes.

D'une part, la décision de la caisse de ne pas statuer ou de rejeter « provisoirement » la demande est, dans tous les cas, justiciable du Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) pour refus d'accès au système complémentaire. La victime doit pouvoir contester ce refus de transmission du dossier dans le cadre

du contentieux général et non dans celui d'une expertise médicale. Cette dernière est en effet réservée aux « contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation » (CSS, art. L. 141-1). Or, comme indiqué plus haut, il ne s'agit pas d'une consolidation, mais d'une « stabilisation », notion ignorée par les dispositions légales et réglementaires. Le médecin, contrairement à ce qu'indique la CNAMTS dans ses circulaires internes, n'a donc pas à apprécier « si l'état du patient est suffisamment stabilisé pour apprécier les séquelles permanentes ». Refuser de transmettre le dossier au CRRMP pour absence de stabilisation équivaut à un refus de reconnaissance de la maladie au titre du système complémentaire, ce qui relève du contentieux général de la sécurité sociale.

Or nombre de caisses refusent de transmettre le dossier au CRRMP parce que l'état du malade n'est pas stabilisé. Les victimes se voient adresser un courrier leur signifiant un « refus de prise en charge pour motif d'ordre médical » et sont dirigées vers l'expertise médicale.

D'autres caisses admettent que le taux d'IPP correspondant à la pathologie passe la barre des 25 %, en considérant que l'état est « stabilisé dans la gravité », même si, à l'instant où elles se prononcent, elles ne peuvent préciser le taux

exact ; mais elles réservent le plus souvent cette faveur aux personnes atteintes de cancers et non à celles atteintes de dépressions professionnelles.

Les victimes ont donc intérêt à se tourner vers le TASS pour obtenir que les caisses sortent de leur attentisme. Ce dernier pourra leur ordonner de se prononcer, y compris par la voie du référé très peu utilisée (CSS, art. R. 142-21-1).

Pour éviter les contentieux, il est cependant hautement souhaitable que les caisses prennent la décision de préciser et d'appliquer les dispositions déjà présentes dans la charte des AT-MP et le guide des CRRMP, de façon à permettre l'instruction et l'éventuelle reconnaissance de ces maladies. En effet, le blocage actuel, outre la perte de droits qu'il implique, a plusieurs effets pervers. Il noie les pathologies dues au travail dans le cadre général des « troubles psychosociaux » qui, comme son nom l'indique, ne permet pas d'imputer au régime de réparation des risques professionnels certaines conditions de travail pathogènes. Il décourage les victimes qui n'obtiennent aucune prise en charge de leurs préjudices. Les plus pugnaces s'orientent vers des voies contentieuses qui sont elles-mêmes longues et semées d'embûches. Ce qui aboutit finalement à demander à la justice d'établir le diagnostic étiologique d'une maladie. ■

**RETRAITES COMPLÉMENTAIRES.** Les partenaires sociaux ont signé un accord articulant les dispositions de la loi sur la réforme des retraites le 18 mars. Les régimes AGIRC-ARRCO planchent d'ores et déjà sur les majorations pour enfants, avec notamment l'instauration d'un plafond, à confirmer lors de la prochaine commission paritaire.

## Les majorations pour enfants harmonisées

La mise en cohérence des régimes de retraites complémentaires AGIRC et ARRCO continue de mobiliser les partenaires sociaux (v. *Semaine sociale Lamy* n° 1486, p. 7). Le volet familial est lui aussi au cœur des discussions. Et c'est entre autres par l'article 7 de l'accord, concernant les majorations pour enfants nés ou élevés, que cette cohérence des régimes se déploie. En effet, sous l'effet du principe d'égalité de traitement, une majoration de 10 % à partir de 3 enfants nés ou élevés concernerait les assurés de l'AGIRC et ceux de l'ARRCO. Exit donc les majorations selon le régime (qui sont actuellement de 5 % à partir de 3 enfants pour l'ARRCO et de 8 à 24 % pour les assurés AGIRC ayant de 3 à 7 enfants ou plus). Notons qu'une majoration pour enfant à charge a été créée à l'AGIRC.

### UNE MAJORATION UNIFORME

Le nouvel majoration, dont les modalités devraient être confirmées lors de la commission paritaire du 8 juin, impliquerait de découper la carrière selon un mode de régime unique, comme celui de l'ARRCO, étant entendu que cette majoration ne concernerait que les droits inscrits à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, date d'effet de la réforme. Ainsi, les droits acquis avant 2012 resteraient régis par les règles antérieures (peu important la date de naissance des enfants), alors que les droits acquis après 2012 se trouveraient sous l'empire de la réforme.

La majoration de 10 % permettrait une amélioration pour les assurés ARRCO, mais serait moins favorable pour les assurés AGIRC dont la famille compte plus de 4 enfants.

### UN PLAFONNEMENT DES DROITS

Pour toute liquidation prenant effet au 1<sup>er</sup> janvier 2012, est prévu un plafonnement de 1 000 euros par an et par régime sur l'ensemble des droits. La question de la proratisation du plafond, débattue le 5 mai, pose pour le moment des problèmes de mise en œuvre quant à la reconstitution de la carrière de l'assuré. Ainsi, un assuré qui aurait, par exemple, effectué la moitié de sa carrière en tant que fonctionnaire puis l'autre moitié sous les régimes AGIRC-ARRCO, verrait ce plafonnement établi à 500 € (moitié du plafonnement).

Pour éviter cependant toute précipitation des assurés nés entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 1951, il est question d'une mesure dérogoratoire, à confirmer également lors de la commission paritaire du 8 juin. ■