

Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail

de

Philippe Nasse, *magistrat honoraire*

et

Patrick Légeron, *médecin psychiatre*

remis à

Xavier Bertrand

Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité

Mercredi 12 mars 2008

Plan du rapport

Liste des sigles	3
Résumé	4
Introduction	5
I - Définir et délimiter les risques psychosociaux	7
Le stress, premier risque psychosocial	7
Les harcèlements et les violences au travail	9
Une approche ergonomique ou médicale du stress ?	10
Tenir compte à la fois de l'environnement et de l'individu	14
Une observation statistique	17
II -Les indicateurs existants ou améliorables	19
Indicateur global et indicateurs spécifiques	19
Indicateurs spécifiques tirés d'enquêtes	20
Indicateurs spécifiques tirés de sources administratives	22
Indicateurs spécifiques améliorables à faible coût	23
Indicateurs spécifiques demandant plus d'investissements	24
Conclusion sur les indicateurs	25
III - Propositions d'actions	27
Une statistique nationale	27
Actions particulières relevant de l'Etat	31
Informier, sensibiliser, inciter les entreprises	34
Conclusion	41
Annexes	
1. Lettre de mission	
2. Liste des personnes rencontrées	
3. Bibliographie	
4. Accord-cadre européen contre le stress du 8/10/2004	
5. Accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26/04/2007	
6. Fiches synthétiques des principales études menées dans le champ du travail et de la santé mentale	
7. Répartition des salariés par taille d'établissement et par secteur public et privé	
8. Taux de couverture des salariés en matière de santé et de sécurité au travail	
9. Circulaire de la CNAMTS sur la prise en charge au titre des accidents du travail des traumatismes psychologiques des personnels d'établissements financiers, commerciaux ou industriels, à la suite d'une attaque à main armée pour vol du 2/08/1982	
10. Circulaire de la CNAMTS sur la prise en charge des traumatismes psychologiques au titre du risque professionnel du 10/12/1999	

Les auteurs adressent à Mme Magali Villa, Attachée au Ministère du travail, leurs vifs remerciements pour la qualité de sa collaboration et son aide efficace à la préparation de ce rapport.

LISTE DES SIGLES

AFNOR	Association française de normalisation
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
AT/MP	Accident du travail/Maladies professionnelles
BIT	Bureau international du travail (bureau de l'OIT)
CDD	Contrat à durée déterminé
CDI	Contrat à durée indéterminé
CE	Comité d'entreprise ou d'établissement
CEE	Centre d'études de l'emploi
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHS	Comité d'hygiène et de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CNIS	Conseil national de l'information statistique
COCT	Conseil d'orientation des conditions de travail
CREAPT	Centre de recherche et d'études sur l'âge et les populations au travail
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSP	Catégorie socio professionnelle
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGT	Direction générale du travail
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
DU	Document unique
EPIB	Echantillon permanent inter-régimes de bénéficiaires de la CNAMTS
EVREST	Enquête évaluation des relations et des évolutions en santé au travail
HSE	Health safety executive
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MT	Médecin du travail
NIOSH	National institute for occupational safety and health
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
PME	Petites et moyennes entreprises
RPS	Risques psycho sociaux
SAMOTRACE	observatoire Santé Mentale Observatoire Travail (projet InVS)
SNIRAM	Système national inter-régime de l'assurance maladie
SUMER	Enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (DARES)
TPE	Très petites entreprises
TMS	Troubles musculo squelettiques

Résumé

Les risques psychosociaux posent un ensemble de problèmes divers, complexes et importants du fait du poids de leurs conséquences. Parce qu'ils se développent à la frontière entre la sphère privée (le psychisme individuel) et la sphère sociale (les collectifs d'individus au travail), ils sont au cœur de beaucoup de conflits. Les oppositions d'intérêts qui les traversent entraînent une multiplication des points de vue et des approches et, finalement, une certaine confusion dans les concepts, leurs modes d'analyse et le repérage de leurs causes ou de leurs effets.

C'est pourquoi nous avons d'abord cherché à fixer clairement les concepts utilisés, puis à tracer une voie d'observation des faits couverts par ces concepts qui soit aussi dégagée que possible des contingences conflictuelles qui les entourent. Le rapport fixe l'objet principal de l'étude : le couple formé par la santé psychique de l'individu et ses conditions sociales de travail ; il détaille ensuite les méthodes d'observation de ce couple scientifiquement neutres et fiables.

A cette fin, nous avons tenu le plus grand compte des méthodes utilisées par d'autres pays connaissant des problèmes de risques psychosociaux analogues aux nôtres, mais plus avancés que nous ne le sommes dans leur détection, leur mesure et leur traitement. La méthode repose toujours sur la mise en œuvre d'enquêtes psychosociales, dont la fiabilité statistique est éprouvée, et sur des questionnaires validés et rodés par de multiples expériences. Il n'existe, de par le monde, qu'un nombre limité de ces questionnaires : nous recommandons que le choix final en soit fait au terme d'une procédure d'« expertise collective » validée par le respect des normes correspondant à l'état de l'art en l'espèce, et tenant compte de la démarche européenne dans ce domaine : nous obtiendrons ainsi l'indicateur global qui, aujourd'hui, fait défaut.

En définitive, nous pensons que privilégier l'observation des faits relatifs à des concepts précis et selon des méthodes scientifiquement éprouvées est la meilleure façon d'établir, dans notre pays, un consensus minimum sur la reconnaissance des risques psychosociaux ramenés à des faits et sur leur mesure objective, permettant à la puissance publique, aux entreprises et aux partenaires sociaux d'envisager, ensuite, d'agir ensemble. Nous pensons qu'il faut observer avant d'expliquer, car à rechercher d'abord les causes des risques psychosociaux sans avoir convenu de leur observation, on entre de front dans les débats sur les responsabilités de ces causes, ce qui empêche tout dialogue constructif.

Au total, le rapport aboutit aux neuf propositions d'action suivantes :

- 1- Construire un indicateur global tiré d'une enquête psychosociale évaluant simultanément les conditions sociales de travail et l'état psychologique du sujet ;
- 2- Utiliser comme indicateurs spécifiques les enquêtes nationales existantes et développer des indicateurs spécifiques supplémentaires à partir des mouvements de main d'œuvre, des arrêts maladie de courte durée et en exploitant les rapports de la médecine du travail et des inspecteurs du travail ;
- 3- Lancer des expériences pilotes dans la fonction publique ;
- 4- Analyser le rôle des incitations dans le fonctionnement de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAM-TS ;
- 5- Recenser les suicides de salariés au travail et procéder à une analyse psychosociale de ces suicides (« autopsie psychologique ») ;
- 6- Lancer une campagne publique d'information sur le stress au travail ;
- 7- Former les acteurs au sein de l'entreprise et renforcer leur rôle ;
- 8- Créer un portail Internet pour l'information des entreprises et des salariés ;
- 9- Charger le futur *Conseil d'orientation des conditions de travail* de suivre la mise en œuvre de ces actions.

Introduction

Pour remplir la mission qui nous était confiée, nous avons commencé par écouter.

Les risques psychosociaux posent des problèmes difficiles car ils prennent naissance là où les comportements psychiques individuels les plus intimes entrent en symbiose avec les comportements sociaux les plus complexes : ceux des hommes au travail. Ce n'est pas là questions dont on puisse faire promptement le tour ! Ces questions mobilisent, au contraire, les théories, les connaissances, les réflexions des chercheurs qui travaillent dans les champs de la médecine, de la sociologie, de l'ergonomie, voire de cette partie de l'anthropologie qui s'attache à décrypter les tensions qui naissent du heurt de la liberté individuelle et des contraintes sociales. Mais elles mobilisent, aussi la vaste somme des expériences de terrain accumulées par les partenaires sociaux qui se heurtent, sur le lieu du travail à l'apparition de ces risques. Elles mobilisent, enfin, les savoirs- faire de tous les praticiens – publics ou privés – qui tentent de lier, dans les réalités du quotidien, l'amont des chercheurs et l'aval des acteurs pour tenter concrètement de prévenir ces risques et de guérir ou réparer leurs conséquences.

Nous avons donc écouté chercheurs, partenaires sociaux et praticiens qui, avec disponibilité, ouverture, franchise et bonne volonté remarquables nous ont consacré de leur temps. Cette écoute nous a très vite conduit à un constat : la conscience de l'existence d'un problème est quasi unanimement partagée ; la sincérité des interrogations quant à la meilleure façon de le résoudre ne fait aucun doute ; la volonté d'avancer concrètement vers des solutions est présente. Mais il n'y a aucun consensus sur l'identification des causes des risques psychosociaux, sur la mesure de leur occurrence, et, *a fortiori*, sur le sens des actions qui pourraient être entreprises pour les prévenir, guérir ou réparer.

C'est pourquoi, avec le minimum *d'a priori* et le maximum de modestie, nous avons cherché quelles dispositions concrètes à portée de la puissance publique et des partenaires sociaux étaient les plus à même de faciliter une amorce de consensus. En regardant autour de nous, il nous est apparu que d'autres pays, comparables au nôtre par leur niveau de développement mais comparables ou différents de par leurs modèles sociaux, avaient su créer un consensus suffisant pour s'engager dans des actions convergentes de prévention de ces risques, malgré les conflits sociaux inhérents à toute organisation du travail.

Dans ces pays, ce consensus est bâti, à la base, sur la constitution d'une information statistique scientifiquement organisée et expérimentalement éprouvée de sorte qu'elle soit aussi peu que possible contestable et, par sa neutralité, puisse servir d'appui à la reconnaissance, par tous les acteurs intéressés, de la nature, de l'étendue et de l'intensité des risques évoqués. Dans un second temps, la recherche des causes de ces risques, leur explication, les actions de prévention à mettre en œuvre peuvent donner lieu à des interprétations différentes. Mais ces divergences naturelles restent contenues par le caractère commun de l'identification initiale de sorte qu'une convergence relative mais suffisante peut s'observer dans la mise en œuvre de la prévention.

Cette observation des pratiques étrangères est pleine d'enseignements. En effet, au-delà de la seule information statistique, il est fréquent que les autorités publiques développent des méthodes de repérage des risques psychosociaux et des techniques de prévention qu'elles mettent à la disposition du grand public, des partenaires sociaux et des entreprises, surtout les petites.

Nous avons donc conduit notre mission en nous inspirant de ces démarches et en cherchant ce qui pourrait conduire à inverser la pratique qui nous semble, en France, conduire au blocage qui paralyse l'action. Le plus souvent, la pratique française privilégie la recherche des causes des risques psychosociaux avant de s'intéresser à l'existence de ces risques eux-mêmes. On explique d'abord ; on observe après. Dès lors, l'accent mis sur les causes se transpose à la recherche de la responsabilité des auteurs de ces causes et toute possibilité de consensus disparaît dès l'origine.

C'est pourquoi nous proposons d'expliquer ensuite mais d'observer d'abord, et ce de la façon la plus neutre possible au regard des causes de ce que l'on observe, comme de multiples exemples étrangers nous le suggèrent. Sur cette base, nous proposons ensuite diverses actions à la portée de la puissance publique, qui puissent être entreprises en coopération avec les partenaires sociaux, et qui soient de nature à aider concrètement à la prévention de ces risques.

Le rapport est organisé en trois parties.

La première explore les concepts utilisés, de façon à dissiper la confusion qui les entoure : les concepts mélangent et recouvrent, sous des vocables communs, les causes, les risques et leurs effets. Cette partie justifie de dépasser l'opposition artificielle entre l'approche des risques psychosociaux mettant l'accent sur les aspects individuels et médicaux de ces risques, et l'approche collective se centrant sur les conditions sociales de travail où naissent ces risques, pour préconiser une approche simplifiée mais simultanée des aspects médicaux et sociaux entourant ces risques.

La deuxième examine l'ensemble des indicateurs actuels de risques qui nous ont été proposés, qu'ils soient disponibles, rapidement améliorables ou perfectibles au prix d'investissements plus importants. Cet examen permet de constater qu'aucun indicateur existant ne vérifie les conditions requises pour une approche simultanée des aspects médicaux et sociaux des risques, et conduit à dresser la méthodologie que devrait suivre un tel indicateur global.

La troisième regroupe les huit propositions d'actions publiques concrètes à entreprendre, en commençant par la constitution de cet indicateur global, puis en détaillant les actions particulières relevant de la responsabilité de l'Etat (ou, plus généralement, des trois Fonctions publiques) et celles relatives à la formation et à l'information des acteurs concernés par ces risques. En conclusion, une neuvième proposition suggère de demander au *Conseil d'orientation des conditions de travail* de faire rapport périodiquement au Gouvernement et aux partenaires sociaux sur l'état d'avancement des travaux issus des propositions précédentes.

I - Définir et délimiter les risques psychosociaux

Le plus récent rapport de l'Observatoire européen des risques de l'Agence européenne de santé et de sécurité au travail¹, confirme que les importants changements survenus dans le monde du travail ces dernières décennies ont entraîné l'émergence de risques nouveaux dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail : les risques psychosociaux. A côté des risques physiques, biologiques et chimiques, ils apparaissent comme majeurs.

Ces risques psychosociaux font référence à de nombreuses situations : stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques, etc. Cette pluralité justifierait peut-être qu'on utilise le singulier, le risque psychosocial, comme on parle du risque cardiovasculaire en se référant au modèle médical.

a) Le stress, premier « risque psychosocial »

La grande variété des thèmes mis sous le vocable de risques psychosociaux est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer entre les causes et les conséquences. Cette confusion tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent et qui ne relèvent pas toujours de la causalité linéaire car, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire ou systémique. Ainsi, anxiété ou dépression peuvent apparaître comme conséquences du stress, des violences au travail, des harcèlements ou d'un traumatisme ; dans le cas des addictions, ce peut être tout autant la conséquence que la cause.

Il n'est peut être pas nécessaire de chercher à distinguer ces différents « niveaux » des risques psychosociaux lorsque ils sont abordés de façon pragmatique par des actions de prévention et de lutte sur le terrain, dans le cadre d'une entreprise par exemple : il suffit alors d'en définir les grandes catégories opérationnelles. Ainsi, et en reprenant les définitions de l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail, ces risques peuvent être classés en plusieurs catégories : stress, harcèlement, violence interne, violence externe, addictions, etc.

Cependant il nous semble qu'une approche plus construite s'impose dès lors que l'on veut s'engager dans une démarche non seulement de compréhension mais aussi d'évaluation et de suivi de ces risques psychosociaux.

La pratique internationale nous apparaît proposer une approche particulièrement intéressante à cet égard, distinguant trois « niveaux » : à l'amont, les dangers porteurs de risques ; les risques eux-mêmes ; à l'aval, les dommages causés par l'occurrence de ces risques.

¹ European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

« Le risque se définit comme la probabilité qu'une exposition au danger entraîne un dommage et les stratégies de prévention se doivent donc de faire en sorte que l'exposition soit nettement en dessous du niveau où vont apparaître les dommages » (Health Safety Executive de Grande-Bretagne²).

La France n'est pas le seul pays à prêter attention aux risques psychosociaux. Pour ce qui concerne la recherche, à l'articulation des champs de la médecine, de l'épidémiologie et de la sociologie qu'il est nécessaire de mobiliser pour progresser, notre pays ne présente pas de retard manifeste, au contraire. A l'inverse, la mobilisation des connaissances accumulées au profit de la mise en œuvre d'une action effective de prévention, détection, guérison ou réparation paraît en retard par rapport, notamment, à ce qui se pratique en Europe du Nord. La faiblesse du consensus social dans l'approche de ces problèmes – le *consensus d'approche* - constitue vraisemblablement une cause principale de ce retard.

C'est pourquoi ce rapport va au plus pressé et s'intéresse principalement à ceux de ces troubles pour lesquels le consensus d'approche paraît rester faible : le stress et ses conséquences sur la santé mentale des individus. En outre, les dimensions du rapport – espace et délais – auraient rendu déraisonnable de prétendre traiter la totalité du champ tel que la communauté internationale le définit.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné, le caractère circulaire des causes et des conséquences invite à pénétrer dans ce cercle, et à tenter de le rompre en ce point, le stress, où causes et conséquences se rejoignent et se renforcent, de sorte que le gain de bien être au travail qu'il serait possible d'obtenir par une réduction du stress a une chance sérieuse de réduire aussi les autres catégories de troubles. La place particulière qu'occupe le stress au sein des risques psychosociaux doit donc être soulignée.

Le caractère spécifique des autres catégories de risques psychosociaux suggère qu'un traitement particulier, adapté à cette spécificité, est sûrement adéquat. Mais encore faut-il que ces troubles soient effectivement détectés et ces traitements particuliers entrepris, ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi, si les troubles liés aux harcèlements, à un traumatisme ou à une addiction ne sont pas toujours traités en tant que tels, les prendre en charge au moment où ils provoquent stress, anxiété ou dépression constitue sans doute une solution de second rang, mais une solution cependant.

Une autre raison renforce ce choix. Du fait de leur caractère spécifique, les troubles liés aux violences, aux harcèlements ou au stress post traumatique posent sans doute moins de problème d'identification de leur cause, ce qui permet de poser plus clairement le problème de la responsabilité juridique éventuellement engagée. Cette clarification aide incontestablement à l'établissement du consensus d'approche de ces troubles, de sorte que la réflexion sociale y est plus mature comme en témoigne la particularisation de l'arsenal législatif et réglementaire qui les concerne. A l'inverse, ce consensus dans l'identification des causes fait singulièrement défaut pour les troubles liés au stress et à leurs possibles conséquences anxieuses ou dépressives.

² www.hse.gov.uk

b) Les harcèlements et les violences au travail

Ainsi, s'agissant des harcèlements, un certain degré de consensus existe quant à l'opportunité de prévenir ou de réprimer le harcèlement moral. C'est ce consensus qui a, probablement, permis l'instauration d'une réglementation spécifique. La loi du 17 janvier 2002 codifiée à l'article L 122-49 du code du travail³ protège le salarié qui réagit à des faits de harcèlement ou celui qui en témoigne, et l'employeur est, notamment, tenu de prendre toutes dispositions propres à prévenir les comportements de harcèlement. Mais la mise en oeuvre pratique de cette réglementation n'est pas simple. La loi du 3 janvier 2003 introduit la possibilité de faire appel à un médiateur (par le harceleur comme par le harcelé) mais la charge de la preuve reste du côté du harcelé. Le harcèlement moral est un délit pénal.

S'agissant du harcèlement sexuel, la loi du 2 novembre 1992 codifiée à l'article L 122-46 du code du travail⁴ et complétée par la loi 17 janvier 2002 protège le salarié qui réagit à des faits de harcèlement et fait obligation au chef d'entreprise de prendre toutes mesures propres à les prévenir. Le harcèlement sexuel est un délit pénal.

Au total, les harcèlements apparaissent comme des formes, spécifiques et extrêmes, d'un trouble porté au bien être au travail et générateur de souffrance voire de troubles psychologiques. Du fait précisément de leur caractère extrême, ils font l'objet d'une réglementation particulière et leur caractère spécifique permet qu'ils soient *in fine* soumis à l'appréciation du juge.

La situation est donc très différente de celle qui prévaut pour les troubles d'autres origines auxquels ne s'applique que la réglementation de droit commun. La loi du 31 décembre 1991 précise que l'employeur prend les mesures nécessaires « *pour protéger la santé des travailleurs* » mais le Document unique (décret du 5 novembre 2001) n'inclut pas expressément les risques psychosociaux dans l'évaluation obligatoire des risques. Il est vrai, cependant, que le manquement à une obligation de prudence est un délit pénal. Par ailleurs, et en se reportant à la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la notion de santé inclut les dimensions physiques et mentales. La loi du 27 janvier 1993 introduit la possibilité, en pratique exceptionnelle pour ce qui concerne les maladies mentales, de faire reconnaître le caractère professionnel d'une maladie même non mentionnée au tableau. Enfin la loi du 17 janvier 2002 intègre la dimension mentale dans la prévention sanitaire. Ainsi, l'arsenal législatif et réglementaire existe, mais sa généralité même rend son application rare, comme c'est souvent le cas lorsque les comportements délictueux ou les obligations sont de définition trop imprécise.

³ « Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

⁴ « Aucun salarié ne peut faire l'objet d'une mesure discriminatoire (...) pour avoir subi ou refusé de subir des agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de toute nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers ».

S'agissant des harcèlements, malgré les imperfections manifestes de leur détection et prévention, il n'a pas semblé que ce rapport constituait la meilleure opportunité pour faire progresser le dossier. L'objectif principal de ce rapport, en effet, est de faciliter la constitution du « consensus d'approche » relatif aux troubles psychosociaux : or ce consensus semble déjà bien établi s'agissant des harcèlements dès lors qu'ils sont détectés. Cependant, le rapport ne les ignore pas car, en se centrant sur le stress et les troubles comme l'anxiété ou la dépression, les mesures préconisées par le rapport s'adaptent à certaines des conséquences des harcèlements, spécialement s'ils ne sont pas traités en tant que tels parce que non détectés.

S'agissant du stress post traumatique, le simple spectacle de ses victimes, souvent médiatisé, présente en soi une force de conviction en faveur de la nécessité de le soigner. Les auditions réalisées dans le cadre de ce rapport ont montré que dans certains secteurs (comme la banque de détail) ou certaines entreprises (comme La Poste), par exemple, où ce risque est important, la prise de conscience s'est faite qu'il faut porter assistance aux victimes, et des dispositifs effectifs sont mis en place.

Cependant, le sujet est vaste et la qualité de son traitement dépend probablement de la taille des entités économiques en cause : il n'est pas certain que le personnel d'un petit commerce soit convenablement pris en charge après une agression. Il y a là un sujet où la puissance publique pourrait se montrer plus active. Dans le cadre de ce présent rapport et sur ce sujet aussi, les contraintes de taille et de délais ne permettaient pas d'aller plus loin.

Enfin, toujours pour ces mêmes raisons, le présent rapport renonce à aborder, même en l'effleurant, la question des addictions, notamment l'immense problème de santé publique que pose l'alcoolisme.

c) Une approche ergonomique ou médicale du stress ?

La compréhension des causes, l'évaluation et les actions à mettre en œuvre sont très dépendantes du type de risque psychosocial repéré. Il ne semble pas y avoir une méthodologie unique qui conviendrait pour l'ensemble de ces risques. Mais cibler le stress est une façon simple de détecter ces risques à divers stades des enchaînements des causes et des effets qui leurs sont propres. C'est donc l'une des principales raisons qui nous a conduit à ne pas aborder, lors de notre travail, l'ensemble de ces risques psychosociaux mais de mettre principalement l'accent sur le stress. C'est d'ailleurs le sujet qui a été très majoritairement abordé spontanément par les personnes auditionnées lorsque nous leur avons demandé ce qu'elles entendaient par « risques psychosociaux ».

De nombreuses études internationales font aussi apparaître le stress comme le plus fréquent des risques psychosociaux. Ainsi, on estime qu'au sein de l'Union européenne 22% des salariés souffrent de stress au travail, alors que 5% ont subi un harcèlement et 5% sont victimes de violence physique⁵. Selon l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail, le stress est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail et le nombre de personnes souffrant d'un état de stress causé ou aggravé par le travail va probablement

⁵ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin). 4^{ème} enquête européenne, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007

augmenter⁶. Cette place particulière du stress a été reconnue également par les partenaires sociaux européens qui ont décidé de distinguer le stress d'autres risques psychosociaux dans les accords cadres qu'ils ont élaborés. D'ailleurs, le premier accord cadre signé le 8 octobre 2004 par l'ensemble de ces partenaires a été exclusivement consacré au stress au travail.

Pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas, eux, uniquement de même nature. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité* ».

L'accord cadre européen d'octobre 2004, quant à lui, donne du stress la définition suivante : « *le stress est un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui résulte du fait que les individus se sentent inaptes à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant. L'individu est capable de gérer la pression à court terme qui peut être considérée comme positive mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée à des pressions intenses. En outre, différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé.* »

Nous pensons que dans l'approche des risques psychosociaux, et en particulier du stress, il est important de rejoindre les standards internationaux de la définition du stress au travail qui font l'objet d'un large consensus, ce qui est, d'ailleurs, la position actuelle de la France dans ce domaine, et en particulier de l'INRS.

Le stress est un phénomène complexe, identifié depuis plus d'un demi-siècle. Il est l'objet de nombreuses recherches scientifiques essentiellement dans le champ de la médecine et des sciences du vivant. Pour ce qui concerne plus spécifiquement la question du stress au travail, d'autres voies de recherches se sont développées de façon concomitante, enrichissant (mais en la complexifiant plus encore) notre compréhension du phénomène.

De façon un peu schématique, mais pas inexacte, cohabitent, pour ne pas dire s'opposent, deux approches du stress au travail. Une approche que nous qualifierons d'« ergonomique » et une approche « médicale ». La première défendrait une vision « collective » du problème, et l'autre « individuelle ». La première s'axerait, jusque dans les indicateurs et les actions de lutte contre le stress qu'elle propose, sur les conditions de travail, et l'autre sur la santé mentale de l'individu. Chacune de ces deux approches repose sur des recherches scientifiquement solides. L'une des difficultés majeures de l'approche du sujet réside sans doute dans le fait que ces deux grands courants donnent trop le sentiment de s'ignorer l'un l'autre tant ils peinent à converger afin de dégager non seulement une évaluation plus satisfaisante mais aussi une compréhension plus fine orientée vers des interventions et actions de prévention plus efficaces.

⁶ European Agency for Safety and Health at Work (Bilbao). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

Plusieurs modèles scientifiques du stress professionnel ont pu être élaborés et validés quant à leur capacité à traduire l'impact sur la santé mentale et physique des individus. Deux modèles s'inscrivent dans le courant « ergonomique » du stress au travail, celui de Karasek et celui de Siegrist :

- *Le modèle de KARASEK (demande-contrôle)*

Dans ce modèle, la demande faite à l'individu est atténuée par le contrôle que peut exercer l'individu. Les activités professionnelles les plus dommageables en terme de stress excessif sont celles qui cumulent « forte demande, plus faible contrôle » (activité très contraignante), à la différence des activités « actives » (« forte demande, plus fort contrôle ») et « passives » (« faible demande, plus faible contrôle ») et des activités « peu contraignantes » (« faible demande, plus fort contrôle »). Une troisième dimension a été ajoutée à ce modèle : le soutien social. L'association « forte demande, plus faible contrôle, plus absence de soutien » représente la situation la plus délétère pour l'individu en terme de risque pour sa santé.

- *Le modèle de SIEGRIST (effort-récompense)*

Dans ce modèle, la charge de l'effort que fournit l'individu va être atténuée par le sentiment que cet effort « est payé en retour ». Cette « récompense » n'est pas seulement matérielle (rémunération), mais aussi sociale (reconnaissance) et symbolique (sens donné à l'effort).

Chacun de ces modèles a une forte validité scientifique bien que de nombreuses critiques aient porté sur le fait qu'aucun de ces modèles ne pouvait à lui seul expliquer la totalité de la problématique du stress au travail. N'évaluer cette problématique, tout comme définir des actions de prévention, que sur la base d'un seul (voire même simultanément de chacun) des deux modèles n'est pas satisfaisant. Il existe en effet bien d'autres déterminants qu'il n'est pas possible d'ignorer. Ainsi, les recommandations du Health Safety Executive de Grande Bretagne soulignent l'importance de facteurs comme les relations interindividuelles négatives, l'ambiguïté et les conflits de rôle, la mauvaise gestion du changement. Nous verrons plus loin que les implications de cette vision « élargie » de la problématique du stress au travail sont de première importance dans le développement et l'utilisation d'outils d'évaluation.

D'autres modèles appartiennent davantage aux approches individuelles du stress, soit médicales (modèles de Selye et de Laborit) soit psychologiques (modèle de Lazarus).

- *Le modèle de SELYE (la réponse d'adaptation).*

C'est le modèle « historique » du stress proposé par Hans Selye dès les années 1930. Le stress est défini comme la réponse de l'organisme à toute demande qui lui est faite, dans une finalité d'adaptation. Cette réponse de l'organisme est multiple : biologique, physiologique, cognitive, émotionnelle. Ce n'est que lorsque ces réponses se chronicisent et que la situation à gérer dépasse les capacités d'adaptation de l'organisme que les conséquences néfastes peuvent survenir par « épuisement ».

- *Le modèle de LABORIT (l'inhibition de l'action)*

Il repose sur une conception « bio-comportementale » du stress. La réaction de stress n'a qu'une finalité : assurer la survie de l'organisme face à un danger. Ce modèle repose sur nos connaissances dans le domaine de la biologie et des neurosciences et en particulier du rôle du cerveau limbique (émotionnel) dans la « mécanique » du stress. C'est parce que nos réactions primaires de stress (l'attaque ou la fuite, la « *fight or flight response* ») ne peuvent se réaliser que l' « inhibition de l'action » prend le dessus et que le stress devient pathogène.

- *Le modèle de LAZARUS (la double évaluation de la situation).*

Les sciences cognitives, et plus particulièrement la psychologie cognitive, ont permis l'élaboration d'un modèle de compréhension du stress également centré sur l'individu. Dans ce modèle, le stress résulte de la « double évaluation » que fait l'individu de la situation de stress : l'évaluation « primaire » concerne le danger ou la menace que représente potentiellement cette situation ; l'évaluation « secondaire » consiste en la perception qu'a l'individu des ressources dont il dispose pour faire face à cette menace. Autant (sinon plus pour l'auteur) que la situation de stress, c'est l'évaluation d'une menace sans possibilités d'y faire face avec suffisamment de ressources qui s'avère être nocif pour l'individu.

Chacun de ces modèles explique une partie, mais jamais la totalité de la problématique du stress. On comprend bien que selon que l'on privilégiera tel ou tel modèle, les définitions que l'on donnera du stress, tout comme les approches évaluatives ou préventives que l'on préconisera seront différentes.

Nous pouvons ainsi reprendre à notre compte la conclusion de l'étude européenne « stress impact »⁷ :

« Si l'on doit accorder une réelle attention au modèle transactionnel de Lazarus, qui devrait être considéré comme un modèle théorique de grande valeur, il faut aussi considérer ses difficultés à le mettre en pratique. D'un autre côté, les modèles de Karasek et de Siegrist sont relativement clairs et aisés dans leur mise en application sur le terrain, mais sont cependant limités pour comprendre les processus de développement du stress... Cela dit, les différentes voies explorées par chacun ne sont pas exclusives, mais complémentaires : Lazarus se focalise sur le processus même du stress, Karasek sur le poste de travail et Siegrist sur la perception des individus. »

Car, comme le souligne l'ANACT (Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail, 2007), « *les facteurs de causes et d'effets se croisent à l'infini. Les situations pathogènes ne résultent pas d'une seule cause, mais toujours d'une série de causes, à un moment donné, dans un contexte précis pour une personne en particulier. Pour une même cause on observe des effets différents d'un individu à l'autre et différents pour un même individu selon les périodes et les contextes de travail* ».

⁷ Impact of changing social structures on stress and quality of live : individual and social perspectives. Rapport non publié réalisé par 6 pays européens sous l'égide de l'Université de Surrey. Stress Impact Consortium. Surrey University, UK, 2006.

Par ailleurs, ces « facteurs de cause » du stress sont nombreux et dépassent souvent les seuls éléments explorés dans les modèles scientifiques du stress. Pour ne reprendre que l'exemple du Health Safety Executive de Grande Bretagne, les sources de stress au travail peuvent être regroupées en plusieurs catégories : les exigences, le contrôle, le soutien, les relations, le rôle, les changements. Dans les pays nordiques⁸, d'autres facteurs de stress sont pris en compte, comme, par exemple, l'implication et la motivation au travail ou le déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. La compréhension de toutes ces causes de stress serait nécessaire pour réaliser une analyse correcte et complète de la problématique de stress d'un individu.

d) Tenir compte à la fois de l'environnement et de l'individu

Aborder les risques psychosociaux (et en particulier le stress) en ne tenant compte que des aspects organisationnels et en adoptant donc une démarche ergonomique « pure » réduirait l'approche aux seules « conditions de travail ».

De la même façon, aborder ces mêmes risques en ne tenant compte que de l'individu et en adoptant une démarche exclusivement médicale réduirait cette fois-ci l'approche à la seule santé mentale au travail. C'est bien sûr l'association de cette double dimension et son intégration qui nous semble souhaitable.

Quand on examine le domaine des questionnaires d'évaluation du stress, on est confronté au trop plein plutôt qu'au manque ; quant à ceux traitant de l'ensemble des risques psychosociaux, ils sont plus nombreux encore... Les chercheurs, dans diverses disciplines, ont en effet développé de nombreux outils pour tenter de mesurer le stress, ou plus exactement, certains aspects ou dimensions du stress au travail. Très souvent, ils ont cherché à construire des outils au service d'un modèle particulier, sans rechercher une vision complète et globale de la problématique du stress au travail. Il en résulte que la plupart des questionnaires existants sont d'excellents outils de recherche mais souvent de faibles indicateurs globaux de stress.

Il n'entre pas dans les objectifs de ce rapport de porter sur ces questions délicates des jugements qui ne pourraient être qu'aventureux, ou même de sélectionner tel ou tel questionnaire dont nous affirmerions la supériorité sur tel autre. Mais le choix du questionnaire joue un rôle suffisamment important pour qu'il importe de préciser les conditions qui sont nécessaires à un *choix adapté* de questionnaires.

Trois points nous paraissent, à ce titre, importants :

- choisir des questionnaires ayant une validité reconnue ;
- choisir des questionnaires explorant à la fois les aspects environnementaux et les aspects individuels du stress ;
- choisir de préférence des questionnaires consensuels c'est-à-dire permettant de s'inscrire dans un standard international.

⁸ Nordic Council of Ministers, Copenhagen, 2000

Les instruments de mesure de l'état psychique d'un individu sont multiples. Celles de ces mesures qui peuvent s'inscrire dans le domaine du stress peuvent être regroupées en quelques catégories :

- les échelles standardisées en psychiatrie : échelles de dépression (HDRS, MADRS, BDI, etc.) , échelles d'anxiété (HADRS, Spielberger, etc.), échelles anxio-dépressives (HAD, etc.) ; les échelles plus générales de santé mentale (GHQ, RAND, SPPN, etc.) ;
- les entretiens structurés : Interview Clinique Structuré pour le DSM IV (SCID), Mini Interview Neuropsychiatrique International (MINI) ;
- les outils d'évaluation du stress : Mesure du Stress Psychologique (MSP de Lemyre et al.), Echelle de stress perçu (Cohen et al.) , Maslach burn-out inventory ;
- d'autres outils peuvent aussi être utilisés pour évaluer la détresse psychologique ou certaines dimensions de la personnalité.

S'agissant de l'approche « ergonomique » du stress, les questionnaires suivants sont dérivés des modèles théoriques du stress :

- le « Job Content Questionnaire » (ou Job strain) : élaboré en 1979 à partir du modèle de Karasek ; il a été complété dans une deuxième version par un facteur modérateur, le support social ;
- le « Effort-Reward Imbalance questionnaire » (ou ERI) : élaboré à partir du modèle de Siegrist, il existe en une version complète et une plus courte ;

Enfin, une approche individuelle mais plus psychologique que médicale est représentée par le questionnaire suivant :

- le « Ways of coping check list » (ou WCC) : élaboré à partir du modèle de Lazarus, il existe en une version complète et une plus courte (WCC-R).

Il est important, par ailleurs, de distinguer les auto-questionnaires de ceux remplis par un tiers (enquêteur, observateur ou médecin par exemple). Les premiers sont tout particulièrement recommandés, surtout lorsque l'évaluation est réalisée dans le cadre du travail de l'individu, assurant des réponses plus sincères.

Les questionnaires présentés ci-dessus et visant à examiner si l'individu en cause présente un état de stress, d'anxiété, de dépression ou de troubles psychologiques et à mesurer le degré de cette atteinte sur une échelle ont tous fait l'objet d'une validation. Toujours fidèle à son objectif de recherche d'un consensus dans l'approche et dans la reconnaissance de l'existence d'un trouble, le rapport ne cherche pas à innover ou à perfectionner la confection de ces questionnaires. Sans doute seraient-ils améliorables, et les critiques que leur portent certains experts ne sont pas infondées. Cependant, le gain qui pourrait être obtenu par l'obtention d'un questionnaire amélioré ferait perdre à ce questionnaire son caractère de norme internationale, standard et validée, et handicaperait de ce fait sa reconnaissance comme instrument de mesure, sans doute imparfait mais neutre.

Mais, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, l'observation première des faits ne se limite pas à celle de l'état de santé de l'individu en cause. L'objectif n'est pas seulement de mesurer l'intensité du trouble psychique éventuel dont souffrirait le sujet, mais son état de trouble psychique dans cet environnement social particulier qu'est le lieu et les circonstances de son travail : la dimension psychosociale. Les mêmes raisons qui poussent à retenir les instruments les mieux internationalement éprouvés pour mesurer l'intensité d'un éventuel trouble psychique poussent aussi à retenir ces mêmes catégories d'instruments pour mesurer les caractéristiques sociales liées au travail. Là non plus, le rapport ne recommande pas tel ou tel questionnaire mais privilégie au contraire tout ce qui peut renforcer la neutralité et l'objectivité d'instruments de mesures longuement et largement éprouvés par de nombreuses expériences. Parmi d'autres, le rapport retient deux de ces questionnaires, ceux issus des modèles de Karasek et de Siegrist, modèles n'étant pas exempts de critiques mais présentant l'avantage d'être les plus universellement mis en œuvre.

La question se pose malgré tout d'utiliser un questionnaire incluant de nombreux modèles de stress, plutôt que de se focaliser plus strictement sur une seule approche ou deux, aussi pertinentes soient elles. L'avantage d'un tel questionnaire serait d'évaluer l'ensemble des nombreuses sources de stress au travail au-delà des seules composantes « contrôle / autonomie / soutien social » du modèle de Karasek et des composantes « effort / récompense » du modèle de Siegrist. A ce titre, l'exemple du General Nordic Questionnaire⁹ développé dans les pays scandinaves est à souligner. Ce questionnaire évalue les facteurs psychosociaux au travail de façon très large et inclut par exemple, en plus des dimensions de Karasek et de Siegrist, d'autres dimensions comme les relations entre individus, les interactions entre la vie professionnelle et la vie personnelle, la motivation et l'engagement au travail, le leadership, etc. Ce questionnaire a été adopté par les quatre pays nordiques (Danemark, Suède, Norvège et Finlande) et est largement utilisé pour de grandes enquêtes. De façon identique, le Canada a développé, depuis plus de dix ans, un questionnaire¹⁰ évaluant simultanément :

1° les facteurs de risques psychosociaux auxquels sont exposés les salariés dans leur travail ;

2° les éléments relatifs à leur adaptation au travail (absentéisme, handicaps, etc.)

3° le soutien dont ils bénéficient et la manière personnelle dont ils gèrent le stress.

A notre avis, ce genre de questionnaires aborde mieux la globalité et la diversité du stress au travail.

Si les implications dans les domaines explicatif et évaluatif d'une double approche à la fois environnementale et individuelle du stress sont importantes, nous verrons, dans la partie III de ce rapport, que cette double approche doit aussi guider la réflexion des actions de prévention des risques psychosociaux et de lutte contre le stress au travail.

⁹ General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work. Nordic Council of Ministers, Copenhagen, 2000.

¹⁰ National Population Health Survey (NPHS), Statistics Canada, Ottawa, 2005.

e) une observation statistique

En conclusion, lorsque le débat social s'empare de l'objet « troubles psychiques » et s'engage immédiatement dans la recherche de ses causes et des responsabilités juridiques éventuelles que ces causes pourraient engager, le « *consensus d'approche* » est immédiatement détruit par d'évidentes oppositions d'intérêts, s'il n'est pas, d'abord, entrepris un effort premier et majeur en faveur de la mesure aussi neutre et objective que possible du simple fait : le sujet souffre-t-il d'un trouble ? Car, « toujours bien s'assurer du fait avant d'en rechercher la cause » écrivait de Fontenelle au début du 18ème siècle. C'est l'objet de ces questionnaires ; leur intérêt est d'avoir été rodé sur un grand nombre d'expériences.

Dans la chaîne logique qui va des causes à leurs conséquences, le rapport propose de commencer par se concentrer sur ce qui se noue entre ces deux niveaux, l'intersection de ces niveaux caractérisant, à notre avis, ce qu'il faut comprendre par le concept de « risque psychosocial ». Le rapport propose de commencer par se concentrer sur ce maillon médian afin d'identifier l'existence et de mesurer l'importance de ces troubles avant d'en rechercher les explications. Commencer par la recherche des explications dans un environnement juridique où l'employeur, dans un sens très général, est responsable de toute atteinte à la santé de ses employés due à des causes liées au travail pose d'emblée le problème en termes de qualification au sens du droit, ce qui n'est pas favorable à la recherche du consensus indispensable à la prévention ou au traitement de ces troubles. Le rapport n'écarte évidemment pas l'hypothèse que l'analyse de certaines circonstances des troubles aboutisse à des mises en cause juridiques, mais il conteste fortement que ce soit là le bon point de départ d'une action visant à prévenir ou guérir ces troubles. C'est pourquoi il recommande de commencer par l'observation et la mesure.

Ces observations et mesures concernent l'aspect psychique des troubles et l'environnement de travail où ils se développent. Or, comme on le sait, il est difficile de « mesurer sans théorie ». C'est pourquoi le rapport recommande d'observer les situations de travail « troublantes » sans ignorer les théories les plus usuelles, celles qui sous-tendent les questionnaires des principaux modèles, mais en les élargissant à l'ensemble des facteurs de stress au travail, à l'instar de la pratique scandinave ou britannique. En effet, la prise en compte des questions inspirées par les modèles constitue une condition nécessaire à l'élaboration d'un questionnaire pertinent, sans que cette condition soit suffisante.

Le contenu précis de ce questionnaire devra être déterminé selon une procédure d'« expertise collective », comme il sera précisé au chapitre III du rapport.

En ce qui concerne les conséquences des troubles, elles sont doublement importantes. D'une part, elles peuvent servir d'indicateur ou de traceur de ces phénomènes : ce point sera regardé dans le chapitre suivant. D'autre part, l'importance économique de ces conséquences pourrait constituer un motif puissant non seulement de tenter de les réparer mais surtout de les prévenir. L'analyse de ce point relève de la recherche épidémiologique.

C'est donc à la nécessité de construire, pour notre pays, cet indicateur majeur de l'observation du risque psychosocial, centré sur le stress, que cette réflexion aboutit. Cet indicateur résulterait de l'observation simultanée de l'état de la santé mentale et de l'exposition aux risques. Il devrait permettre de prendre une vue continue, par enquêtes périodiques suffisamment larges pour autoriser une exploitation croisant, entre autres, les principales caractéristiques socioprofessionnelles des travailleurs, les tailles d'établissement et les secteurs. Ces enquêtes devraient n'intégrer que le minimum indispensable de théories explicatives, basées sur les modèles les plus usuels, les plus courants, les plus souvent mis en œuvre notamment au plan international pour permettre de situer la France par benchmarking. L'objectif serait d'obtenir une mesure aussi incontestable que possible de l'existence et de l'intensité des troubles individuellement ressentis dans l'environnement du travail.

Cet indicateur majeur s'ajouterait à l'ensemble, complémentaire, des observations déjà recueillies par voie d'enquêtes et des indicateurs tirant parti des sources administratives, pas toujours complètement exploitées, comme les rapports des médecins du travail, ainsi que les indicateurs de certaines des conséquences de l'occurrence des risques psychosociaux, lesquelles permettent de suivre de façon indirecte l'importance de ces occurrences. Il faudrait, notamment, suivre la situation de l'absentéisme, du turnover et des difficultés de recrutement en croisant les nomenclatures de CSP, de taille d'établissement et de secteurs.

Dans le chapitre II suivant, on examine l'état de l'information statistique existante avant de faire des propositions concrètes et précises dans le chapitre III.

II - Les indicateurs existants ou améliorables

La lettre de mission adressée aux rapporteurs leur demande de « *conduire une réflexion prospective sur les indicateurs permettant d'identifier, de quantifier et de suivre* » les risques psychosociaux, que ces indicateurs soient « *déjà disponibles ou bien à mettre en œuvre* ».

Nous avons pu constater, lors des auditions que nous avons conduites, qu'il existait un nombre important d'indicateurs des risques psychosociaux. Dans ce deuxième chapitre du rapport, nous tentons d'analyser ces différents indicateurs et les dimensions du stress qu'ils explorent ainsi que leurs intérêts respectifs.

a) Indicateur global et indicateurs spécifiques

Conformément à l'analyse présentée ci-dessus, nous décomposons le concept de « risque psychosocial » en considérant : à l'amont, les caractéristiques de la situation ou des conditions de travail de la personne concernée, qui peuvent constituer, pour elle, des dangers ; au médian, les risques que les réactions du sujet lui font courir face à ces dangers ; à l'aval, les conséquences dommageables que l'occurrence de ces risques fait peser sur lui. Le « risque psychosocial » est donc un phénomène complexe et multidimensionnel, différemment observable selon que l'on se place à l'amont, au médian ou à l'aval, et qu'il serait illusoire de prétendre représenter, dans sa totalité, par un indicateur unique, ou même par seulement quelques indicateurs.

Pour fixer la terminologie, on désigne, dans ce rapport, par l'expression « indicateur global du risque psychosocial » tout instrument permettant de repérer *simultanément* les dangers qui provoquent le risque et la situation mentale de l'individu qui en souffre. Un indicateur global doit couvrir le plus large champ possible en termes d'entreprises et des personnes y travaillant, mais il ne peut être que sommaire au regard de la complexité du phénomène étudié. C'est cet indicateur global qui, aujourd'hui, fait défaut, ce qui nous conduira, dans le chapitre III suivant à faire des propositions précises pour le constituer.

On parlera, à l'inverse, « d'indicateurs spécifiques » lorsqu'il s'agit d'instruments cherchant à explorer tel ou tel aspect du risque psychosocial et à l'expliquer plus en profondeur, ou encore à détecter, vers l'aval, certains des dommages ou des comportements qui sont les conséquences de l'occurrence de ce risque. Ces indicateurs spécifiques sont de grand intérêt car ils vont plus loin dans l'explication de certaines causes ou la recherche de certaines conséquences, mais ils ne peuvent prétendre à éclairer les deux aspects – santé mentale et présence de dangers - constitutifs du phénomène global.

Les indicateurs spécifiques évoqués sont le plus souvent constitués, à l'amont, par des enquêtes qui s'inspirent de l'un ou l'autre des modèles les plus courants et qui sont explicatifs des dangers encourus, par exemple ceux qui sont liés à la charge de travail, au degré de l'autonomie au travail, etc. A l'aval, les indicateurs spécifiques portent sur les conséquences de l'occurrence de ces risques. Elles peuvent être de deux types : celles qui portent sur le comportement personnel de l'individu lui-même (addictions, dépression,

suicide, violence...); celles qui portent sur ses comportements sociaux (absentéisme, taux de rotation dans l'emploi...). Enfin, du côté des conséquences, le dommage n'est pas seulement constitué par les réactions du personnel, comme l'absentéisme; il tient surtout à la très probable aggravation que le risque provoque de certaines pathologies connexes, ce qui relève de la recherche épidémiologique et non de celle de simples indicateurs spécifiques.

La première partie de ce rapport a déjà, pour l'essentiel, expliqué la nécessité de disposer d'un indicateur global. En effet, nous n'observons pas simultanément, pour un individu donné, l'état de sa santé mentale d'une part, et d'autre part sa situation d'exposition aux dangers psychosociaux et les risques qu'il encoure. Combler ce manque demande la mise en place d'une enquête particulière capturant cette simultanéité. C'est dans le chapitre III de ce rapport que la structure de cette enquête sera précisée.

S'agissant des indicateurs spécifiques, le dispositif de recueil de statistiques par voie d'enquêtes relatives aux conditions de travail, aux dangers, aux risques, à la santé ou à la santé au travail, est disparate mais fournit et constitue l'essentiel de ce qui est aujourd'hui *de facto* disponible. Pour ce qui concerne les indicateurs spécifiques mais dérivés des conséquences de l'occurrence des risques, ils restent, aujourd'hui, le plus souvent potentiels car l'information de base existe mais elle est peu exploitée.

b) Les indicateurs spécifiques tirés d'enquêtes

Les lignes qui suivent ne fournissent que des indications sommaires sur les principales de ces enquêtes.

La principale enquête européenne est l'enquête « de Dublin » (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail). Elle couvre un échantillon représentatif de la population active occupée de l'Europe « des 15 ». Elle est centrée sur la description générale des conditions de travail, parmi lesquelles le « risque psychosocial ».

En France, l'enquête décennale « La santé et l'itinéraire professionnel » (qui doit devenir quinquennale) comporte un chapitre consacré à la santé mentale (troubles anxio-dépressifs). Le volet « France » de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale (1999 – 2003) permet de mesurer la perception de la santé mentale par la population et d'évaluer la prévalence des différents troubles. Sur les « Conditions de travail », l'enquête de base est réalisée périodiquement depuis 1978, tous les sept ans environ, par le Ministère du travail (DARES). Elle est couplée à l'enquête annuelle « Emploi » de l'INSEE, dont elle interroge le tiers de l'échantillon (20 000). Le Ministère du travail (DARES) réalise l'enquête périodique SUMER sur les conditions de travail exposant aux dangers et aux risques en général, y compris psychosociaux. La dernière enquête SUMER ajoute à son questionnaire de base, notamment, le questionnaire de Karasek. L'enquête « Changements organisationnels et informatisation » (Ministère du travail, DARES) porte à la fois sur les entreprises et leurs salariés et vise à éclairer les conséquences spécifiques des changements dus à l'informatique. Développée par des médecins du travail, l'enquête « EVREST » (selon le nom du questionnaire) se limite à un questionnaire d'une grande simplicité mais vise à décrire le salarié, les dangers de ses conditions de travail et l'ensemble des risques auxquels il est exposé, y compris les risques psychosociaux.

D'autres enquêtes, plus ciblées et généralement non périodiques ont été réalisées par ailleurs. L'enquête « Santé, travail et vieillissement » par des médecins du travail ; l'enquête « Relations professionnelles et négociations sociales d'entreprises » auprès d'un échantillon de salariés par établissement ; l'enquête « Bonheur et travail » réalisée en 1997 par l'Ecole Normale Supérieure ; l'enquête « Surstress, anxiété, dépression » réalisée par l'IFAS en 2004 et 2005.

Deux organisations syndicales réalisent des enquêtes périodiques : la CFDT avec l'enquête « Le travail en question », et la CFE-CGC avec le « Baromètre ». L'enquête de la CFDT porte sur un large échantillon de salariés et est réalisée par les militants de l'organisation. Elle vise notamment à mieux identifier les conditions de travail de certains types de travail (cas des centres d'appels par exemple). L'enquête de la CFE-CGC comporte un volet consacré au stress (le baromètre du stress) et fait partie d'un recueil général et périodique d'informations sur la situation de travail des cadres et agents de maîtrise.

Enfin, sur des échantillons généralement plus restreints, ont été menées des enquêtes en vue d'une recherche spécifique. On peut citer, entre autres, l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES ; l'enquête « GERICOTS » sur une cohorte de salariés du Nord-Pas-de-Calais portant sur les liens entre stress, soutien social et réduction du temps de travail ; l'enquête « GASEL » sur une cohorte de salariés de EDF-GDF et portant, notamment, sur les liens entre santé et conditions de travail, et, toujours sur une cohorte, l'enquête réalisée par l'INSERM et la CNAMTS (Spirale) sur les maladies post-professionnelles.

Du fait même de sa grande richesse, l'information ainsi rassemblée n'est pas réductible à quelques données simples qui constitueraient la poignée des indicateurs recherchés. Aussi, s'informer sur l'état des risques et la situation des troubles psychosociaux implique, dans la réalité, de prendre une connaissance critique d'un vaste volume d'informations, ce qui relève plus d'une activité de recherche que de la simple démarche relevant de « *l'identification, la quantification et le suivi* » qui nous était demandée.

En effet, l'information disponible a été, le plus souvent, collectée à l'initiative de chercheurs engagés dans une démarche de vérification empirique d'un schéma théorique postulé. Par rapport au schéma positiviste du « d'abord observer, ensuite expliquer, et enfin agir », nous sommes face à un rassemblement d'information où l'explication a plus souvent guidé l'observation que l'inverse. Ainsi, ces enquêtes sont fréquemment ciblées sur une population particulière ou sur un questionnement spécifique ; les questionnaires s'inspirent souvent des questionnaires internationalement validés mais sans leur coïncider complètement, ce qui ne permet pas toujours de leur appliquer les méthodes éprouvées de cotation. Enfin, parce que les recherches portant sur les aspects médicaux de la santé mentale et les aspects sociaux de la santé mentale au travail sont rarement menées par les mêmes personnes, c'est dans des enquêtes distinctes que sont approchés ces deux aspects. Dès lors, le rapprochement entre la mesure de l'état de santé psychique de la personne enquêtée et celle de son « risque psychosocial » n'est pas possible faute d'avoir rassemblé dans une même enquête les questions visant à mesurer ces deux composantes.

Dès lors, l'information vaste, riche et complexe disponible donne lieu à un très grand nombre « d'indicateurs spécifiques » qui méritent, à l'évidence, d'être conservés et entretenus. Mais aucun d'entre eux n'a la nature d'une information globale, générale, factuelle et plus simple, sur l'étendue du risque psychosocial. Il est alors difficile d'utiliser ces indicateurs spécifiques pour simplement « identifier, quantifier et suivre » la situation du fait de sa diversité même. En outre, cette information est souvent collectée au soutien de la

vérification d'une thèse ou des besoins d'une recherche, et pas toujours selon des standards de mesure proches des usages internationaux. Nous sommes loin d'un « indicateur global » qui pourrait servir de base à la recherche d'un consensus social sur la réalité des phénomènes en cause, et encore plus loin d'un consensus sur les actions à entreprendre pour prévenir, réduire ou réparer ces troubles (prévention primaire, secondaire et tertiaire).

Signalons cependant, en conclusion et parmi les projets devant venir à maturité dans un temps raisonnable, la version 3 de l'enquête SUMER et le projet SAMOTRACE.

La version 3 de l'enquête SUMER annonce des perfectionnements qui portent plus sur la représentativité et la fiabilité de l'enquête que sur son contenu, ce qui ne paraît pas de nature à la transformer en « indicateur global ».

En revanche, le projet expérimental SAMOTRACE (Surveillance de la santé mentale en relation avec le travail) engagé par l'Institut de veille sanitaire en coopération avec la Médecine du travail retient l'attention. L'objectif est de mesurer simultanément les caractéristiques du salarié, l'état de sa santé mentale et son exposition aux risques psychosociaux. Les questionnaires utilisés sont choisis parmi les standards internationalement validés. Trois régions sont concernées, selon des questionnaires différents. L'enquête est à un stade expérimental.

c) Les indicateurs spécifiques tirés de sources administratives

Les médecins du travail rédigent un rapport annuel relatif à leur activité. Il ressort des auditions effectuées que bon nombre de ces rapports sont riches d'informations portant sur le sujet en cause. Malheureusement, ces rapports sont stockés sous forme papier et au niveau régional. Les données qu'ils contiennent ne sont pas relevées selon un schéma commun qui les rendrait agrégeables. Dès lors, l'exploitation de ces rapports ne reste possible que dans le cadre d'études monographiques : il faut renoncer, pour le passé, à en extraire des informations statistiques permettant de construire des indicateurs regroupés. Il en va de même des rapports des inspecteurs du travail, encore insuffisamment exploités au niveau national de façon à pouvoir en extraire des indicateurs statistiques sous une forme agrégeable. Il est dommage que ce très important stock d'information ne soit utilisable qu'au sein des entreprises spécifiquement concernées, et reste, pour une large part, inexploité au plan national.

Les auditions effectuées ont fait apparaître un assez large consensus sur l'intérêt d'observer certaines conséquences attribuables aux troubles psychosociaux, telles que l'instabilité des salariés dans leur poste de travail, l'absentéisme ou encore les arrêts pour maladie de courte durée. Pourraient donc constituer des « indicateurs spécifiques » les statistiques relatives à certaines des conséquences comme les taux de rotation de la main d'œuvre, les arrêts pour maladie de très courte ou de courte durée ou encore les offres d'emploi non satisfaites. Nous avons retenu ces trois domaines, souvent cités, mais peut être en existe-t-il d'autres. Les experts auditionnés ont, cependant, souligné les difficultés d'interprétation que présente ce type d'indicateurs : ils peuvent retracer l'évolution de causes multiples, différentes des aspects psychosociaux recherchés ; même lorsque la cause est effectivement psychosociale, le sens de son effet sur l'indicateur peut varier selon les circonstances.

Quoiqu'il en soit, même ces indicateurs indirects et imparfaits sont faiblement disponibles dans l'immédiat et demanderaient quelques investissements.

d) Les indicateurs spécifiques améliorables à faible coût

La situation, cependant, n'est pas fermée car l'information de base existe qui doit permettre de construire une batterie d'indicateurs sectoriels adaptés.

- **Les indicateurs de mouvements de main d'œuvre**

Beaucoup d'experts auditionnés ont souligné que les taux de rotation de la main d'œuvre, régulièrement observés par catégories socio-professionnelles, par type d'établissement et selon des secteurs fins, constitueraient des indicateurs indirects du « mal-être » au travail. En outre, ces taux de rotation peuvent être analysés en séparant les conditions d'entrée (CDD, CDI...) et les motifs de sortie (démissions, licenciements...).

De même encore, il serait utile de dépouiller de façon fine les statistiques d'offres d'emplois non satisfaites, indicateurs évidemment d'abord sensibles à la conjoncture économique, mais dont plusieurs experts auditionnés ont signalé l'importance pour détecter le mal-être dans certains métiers (abattoirs, restauration, métiers saisonniers, certains métiers du bâtiment...).

Ces statistiques sont généralement analysées dans le but de suivre la situation du marché du travail selon la conjoncture, de sorte que l'interprétation de leurs niveaux ou de leurs mouvements, en tant que « indicateurs spécifiques » dérivés posera certainement le problème de leur corrélation avec des causes purement économiques et non psychosociales. Il nous semble cependant que les services statistiques du ministère du travail (DARES) pourraient entreprendre cette étude sans mettre en œuvre des investissements statistiques démesurés.

- **Les indicateurs d'absentéisme**

Il ressort des auditions que les statistiques disponibles dans le système national inter-régimes de l'assurance maladie (SNIRAM) permettront, dès 2008, une analyse très détaillée des arrêts maladie. Il devient possible dès lors possible d'en dresser la répartition selon les critères croisés de la durée de l'arrêt et des caractéristiques du salarié concerné, au regard du secteur et de la taille de l'entreprise (ou de l'établissement) qui l'emploie.

En conséquence, nous recommandons que les services statistiques du ministère du travail (DARES) étudient la distribution de ces arrêts selon leur durée, et fixent, en prenant l'attache de DRH, la durée critique la mieux représentative de l'absentéisme pouvant caractériser le « mal-être » au travail. Il s'agirait ensuite de construire des séries chronologiques de la fréquence relative de ces arrêts selon une nomenclature fine de secteur et par taille d'entreprise, l'optimum étant de croiser les deux si l'abondance statistique le permet. Sans anticiper sur le travail de mise au point à réaliser, la difficulté principale d'interprétation de ces indicateurs viendra, comme il est prévisible, de leurs réactions à la politique publique

suivie pour maîtriser la croissance de ces arrêts, et contrôler les indemnités journalières notamment. C'est pourquoi la première variable la plus caractéristique devrait être le taux d'arrêt (pour un secteur ou une catégorie d'entreprise donnés) par rapport au nombre total d'arrêts, et la seconde le rapport entre cette variable et le pourcentage de l'emploi dans le secteur ou la catégorie. Selon les informations recueillies lors des auditions, des perfectionnements sont envisageables, tenant compte des arrêts multiples d'une même personne dans un laps de temps donné.

- **Le recensement des suicides**

Signalons, enfin, que malgré le caractère dramatiquement marquant de ces événements, il n'existe pas de recensement du nombre des suicides ayant eu lieu sur le lieu de travail ou présentant une forte présomption d'être liés au travail. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès recense les suicides à partir de l'exploitation des certificats de décès mais ces derniers n'indiquent pas ceux qui sont intervenus sur le lieu de travail.

Cependant, la CNAMTS expérimente à ce jour un système de remontée d'informations pour comptabiliser les suicides au travail. Ces données ne seront pas disponibles avant un an. Il serait souhaitable qu'elles soient rendues publiques, ce qui n'est pas prévu à ce jour.

Au total, à la différence des données d'origine administrative comme celles contenues dans les rapports des médecins ou des inspecteurs du travail, l'information de base existe sur des aspects connexes ou sur certaines conséquences du « risque psychosocial » ; elle est stockée sous une forme la rendant accessible, de sorte qu'il semble que la construction des quelques indicateurs évoqués soit possible de façon simple et pour un coût modéré.

e) les indicateurs spécifiques demandant plus d'investissements

Comme indiqué plus haut, les remontées ou les rapports des inspecteurs du travail et des médecins du travail restent des mines d'information encore insuffisamment exploitées au plan national. Concevoir une brève « fiche statistique », l'annexer à ces rapports et exploiter cette information paraît un minimum indispensable pour valoriser l'information contenue dans ces rapports. Sans négliger ni l'importance des investissements préparatoires nécessaires ni les charges d'exploitation, la construction de tels indicateurs est envisageable à un coût et sous des délais surmontables.

f) conclusion sur les indicateurs

La conclusion de ce tour d'horizon relatif aux statistiques disponibles est paradoxale ; l'information relative au « risque psychosocial » est très riche et abondante pour tout ce qui relève des « indicateurs spécifiques », qu'il s'agisse d'indicateurs directs tirés d'enquêtes, ou indirects dérivés de statistiques relatives à certaines conséquences ou dommages dus au risque psychosocial. En revanche, il apparaît difficile d'en extraire un ou plusieurs indicateurs suffisamment synthétiques, rapidement disponibles, correspondant à une observation quantifiée, fiable et aussi neutre que possible au regard des théories explicatives et des causes sociales profondes des phénomènes observés, et qui soit, enfin, suffisamment crédible pour être acceptée sans réticence comme base du consensus social nécessaire à l'action commune. Au surplus, il n'existe pas « d'indicateur global » observant simultanément et l'état de santé mental des personnes concernées, et celui de leurs conditions sociales de travail.

La plupart des personnalités rencontrées durant la préparation de ce rapport ont regretté cette situation ; quelques unes ont exprimé le doute, et le regret, que la construction de tels indicateurs soit possible. L'un de nos interlocuteurs a soutenu la thèse qu'en ce domaine, toute tentative de mesure au sens scientifique du terme serait contre-productive.

Pour notre part, si nous partageons l'opinion qu'il sera difficile de tirer un, ou quelques, indicateurs synthétiques de la masse des indicateurs spécifiques disponibles, nous souhaitons affirmer notre conviction, forte, qu'il est nécessaire et possible de construire un « indicateur global » rapprochant deux mesures simultanées : d'une part, la mesure au sens médical du terme de la situation psychique des personnes concernées et, d'autre part, la mesure de l'exposition aux dangers et les risques encourus, tels que ressentis par ces personnes dans leur environnement social de travail.

Nous n'ignorons pas que ni la médecine ni la sociologie ne permettent d'effectuer de mesures avec la même rigueur que celle atteinte par les sciences physiques dures. Cependant, les expériences internationales tant médicales que sociologiques et la littérature qui en rend compte permettent d'affirmer que la mesure objective de ces phénomènes est devenue possible, avec une précision statistique certes plus faible que dans d'autres sciences, mais cependant suffisante pour produire des mesures robustes, fiables et utilisables comme support d'une action collective. L'instrument de base de ces mesures est le « questionnaire validé » c'est-à-dire un ensemble de questions qualitatives permettant une cotation numérique de ces réponses, questions, cotations et exploitations étant mises au point et validées à la lumière de multiples expériences

L'abondance de l'information disponible, signalée plus haut, résulte de ce que cette information a été réunie par des chercheurs, ou des statisticiens proches des préoccupations de la recherche. Il est bon qu'il en soit ainsi : le rôle d'un chercheur est de théoriser pour expliquer puis valider, par des faits, théorie et explication. Il n'y a pas lieu d'imputer à chacun d'eux des obligations d'information générale orientées vers la recherche d'un consensus social. Mais les théories explicatives sont diverses et les faits sont mesurés à partir de questionnements spécifiques à la recherche entreprise. Le résultat produit une mosaïque susceptible d'interprétations contradictoires. Il est alors difficile d'en dégager une direction claire d'action, ce d'autant plus que, s'agissant de questions à fort contenu social, les intérêts sous jacents sont facilement divergents.

Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, qu'il ne soit pas possible de synthétiser en quelques indicateurs cette information trop hétérogène.

Quant aux indicateurs indirects dérivés des conséquences de la survenance des risques psychosociaux, ils seraient utiles, bien que *a priori* plus éloignés de la source des phénomènes étudiés. Comme on l'a vu, un certain nombre d'entre eux pourraient être rapidement obtenus.

C'est pourquoi il nous paraît que le moment est venu que la statistique publique exerce sa responsabilité et prenne en charge la tâche de construire une base d'information simple, à l'intersection des besoins multiples énoncés par la recherche mais n'ayant pas vocation à satisfaire l'union de ces besoins : toute leur place doit être conservée aux enquêtes spécifiques, exploratoires, pilotes. En revanche, cette nouvelle base d'information devrait permettre de prendre une mesure indiscutable de l'ampleur et de la répartition structurelle du problème de façon à justifier s'il faut agir et où. La question du comment agir impose de progresser sur la détermination des causes. Nous aborderons aussi ce point.

Le moment est venu, aussi, de tirer un meilleur parti de l'information d'origine administrative permettant la construction d'indicateurs indirects ou dérivés, repérant le « risque psychosocial » à partir de certaines de ses conséquences, comme ceux évoqués ci-dessus.

III - Propositions d'actions

Le recensement de la statistique existante opéré au chapitre II permet de conclure qu'un effort d'amélioration substantiel est à entreprendre. C'est l'objet des deux premières propositions qui suivent. Mais la puissance publique exerce aussi des responsabilités qui la mettent à même de développer son action bien au delà des seules tâches statistiques. Elle détient, en effet, avec les partenaires sociaux, en fonction de leurs compétences respectives, une responsabilité particulière en matière de reconnaissance, d'information, de sensibilisation et d'action : ces points feront l'objet des propositions trois à cinq. Enfin, des actions spécifiques méritent d'être entreprises en direction des acteurs susceptibles de gérer la question du stress dans l'entreprise : ce sera l'objet des propositions six à huit.

a) Une statistique nationale

La santé mentale au travail est un enjeu de santé publique important. Les auditions auxquelles nous avons procédé ont fait apparaître des divergences d'appréciation quant au partage des responsabilités dans l'explication du « risque psychosocial », et dans les coûts que sa prévention ou réparation pourraient entraîner. Mais toutes les personnalités rencontrées ont reconnu l'importance de l'enjeu.

Les troubles psychiques constituent, en effet, la première cause d'invalidité professionnelle. Plus généralement, le lien entre des troubles psychiques et des situations pathologiques diverses est de mieux en mieux exploré par les études épidémiologiques qui permettent de montrer que les troubles psychosociaux, notamment le stress, constituent l'une des causes de ces pathologies.

La 4ème enquête de la Fondation de Dublin chiffre à 20 milliards d'euros le coût économique du stress dans l'Union « à 15 ». Pour la France, le coût social du stress au travail est évalué entre 800 et 1 600 millions d'euros, selon les hypothèses de l'INRS.

Le problème que pose le lien entre des expositions à des situations sociales de travail, alléguées à risque, et la survenance du stress ou d'autres troubles fait déjà l'objet d'études empiriques et de mises en œuvre de décisions concrètes dans certaines entreprises, de grande taille le plus souvent, particulièrement sensibilisées à cette question. Mais une prise de conscience plus générale de la réalité du problème impose une meilleure information factuelle sur sa dimension réelle. C'est à déterminer de façon scientifiquement fondée la réalité et la généralité du contenu de la question et en mesurer l'intensité que visent les orientations statistiques proposées.

Or, la puissance publique est triplement concernée. En premier lieu parce que les politiques de santé publique sont de la responsabilité de l'Etat. En deuxième lieu et de façon directe, parce que les trois fonctions publiques forment, avec les entreprises nationales, le premier employeur de ce pays. En troisième lieu, parce que les coûts de la santé sont, pour l'essentiel, socialisés de sorte que toute économie de dépense pouvant résulter d'une prévention réussie des troubles psychosociaux, quelles que soient les responsabilités qu'ils engagent, retentirait directement sur les coûts de la prévention tertiaire et l'équilibre des finances publiques.

C'est pourquoi il nous paraît, à tous égards, légitime que l'Etat prenne l'initiative de développer le système d'information statistique complémentaire indispensable à l'établissement d'un consensus pour l'action, et qu'il en supporte les coûts, ce d'autant plus qu'il en serait, *in fine*, le principal bénéficiaire.

L'information statistique générale relève de la responsabilité de la statistique publique. Sous le contrôle du Conseil national de l'information statistique (CNIS), l'INSEE est le coordonnateur du système statistique et parfois le maître d'œuvre. Plus souvent, ce sont les services statistiques des ministères concernés qui sont en charge de réaliser les programmes approuvés. Coordonnateur et services ont toutes possibilités de prendre l'attache des entités publiques, semi publiques ou privées les mieux à même de les aider à bien exécuter ces missions. C'est ce schéma général qui nous paraît devoir s'appliquer à la réalisation des instruments d'observation statistique nouveaux dont nous recommandons d'entreprendre la mise en place.

Tirant des auditions réalisées les conclusions qui nous paraissent appropriées au regard de l'ensemble des circonstances exposées précédemment, nous proposons que la toute première des actions à entreprendre soit la constitution d'un « indicateur global » du stress.

→ ***Première proposition : un indicateur global tiré d'une enquête psychosociale***

Il s'agit de construire le premier indicateur global, indicateur majeur d'observation des risques psychosociaux dans notre pays. Il y a lieu, en effet, d'ajouter à l'ensemble des enquêtes existantes, sans supprimer aucune d'elles, une enquête visant principalement à observer, pour un même individu, ses caractéristiques de salarié, l'état de sa santé mentale et son degré d'exposition à certaines situations reconnues *a priori* comme facteur de risque psychosocial. L'objectif est d'observer avant d'expliquer.

Nous recommandons :

- que cette enquête s'inscrive dans la démarche d' « harmonisation » de la prise en compte, de l'évaluation et de la prévention des risques psychosociaux, telle qu'elle se dessine actuellement au sein de l'Europe. En effet, un important groupe de travail européen a été récemment mis en place, soutenu, entre autres, par l'OMS, le BIT, l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail, et par les partenaires sociaux européens. Ce groupe de travail inclut la grande majorité des pays de l'Union européenne (la France en étant étonnamment absente). L'un de ses objectifs est précisément de définir des indicateurs de management des risques psychosociaux¹¹ ;

- que cette enquête utilise des questionnaires auto-administrés pour, d'une part limiter les risques d'interférence entre enquêteur et enquêté, et empêcher d'autre part tout détour d'informations individuelles vers l'employeur. Nous pensons que ces deux conditions sont indispensables à la fiabilité de l'enquête ;

¹¹ European Psychosocial Risks Management Framework (PRIMA-EF) www.prima-ef.org

- que le questionnaire visant la mesure de la santé mentale ou de la détresse psychologique et celui cherchant à cerner l'exposition aux risques psychosociaux soient choisis parmi un ensemble déjà utilisé et validé dans des enquêtes de même finalité, réalisées notamment à l'étranger. Une liste non exhaustive de ces questionnaires est citée au premier chapitre de ce rapport. Nous ne souhaitons pas recommander le choix final des questionnaires retenus mais indiquons ci-après comment procéder à ce choix ;

- que l'enquête soit de périodicité si possible annuelle et menée sur un échantillon représentatif des salariés français d'une taille suffisante pour permettre des exploitations croisant les secteurs (notamment publics), les types d'établissement (notamment les petits et les très petites entités de travail) et les caractéristiques du salarié (notamment sa CSP ou son métier) ;

- que cette enquête soit placée sous la responsabilité d'ensemble de l'INSEE, coordonnateur de la statistique publique, en charge d'en garantir la fiabilité technique et la fiabilité sociale. Ce dernier point est explicité ci-après ;

- que l'exécution de l'enquête soit partagée entre le ministère de la santé (Services statistiques) et le ministère du travail (Médecine du travail) selon la répartition suivante : réalisation de l'enquête confiée, sur le terrain, à la médecine du travail ou, à défaut, à un institut privé ; exploitation de l'enquête confiée aux services statistiques du ministère de la santé ;

- que l'enquête soit obligatoire (les questionnaires sont auto-administrés) et le tirage de son échantillon confié à l'INSEE ;

- que l'INSEE exerce sa responsabilité de garant de la fiabilité sociale de l'enquête en se faisant aider, non par le procédé classique du « comité scientifique de suivi » mais par un Collège d'expertise collective, fonctionnant selon une méthodologie reconnue et validée (par exemple, selon les règles d'expertise collective retenue par l'INSERM, ou la norme AFNOR12 retenue par l'AFSSET) impliquant en particulier : la pluridisciplinarité, la diversité des points de vue, la traçabilité de leur expression, la qualité scientifique des membres attestée par la liste de leurs publications, une déclaration publique des intérêts qu'ils détiennent ;

- que ce collège soit choisi par l'INSEE avec l'aide des instances publiques les plus compétentes, et contienne au moins une personnalité exerçant ou ayant exercé des responsabilités dans l'expérience pilote SAMOTRACE.

Le codage des questionnaires devrait pouvoir être assuré par les services de santé au travail, avec l'aide de l'infirmière, ce qui couvre la grande majorité des salariés. Pour les salariés suivis par un médecin d'entreprise, il nous paraît qu'une pré-étude spécifique est nécessaire pour garantir la confidentialité des réponses vis-à-vis de l'employeur et résoudre les problèmes posés par le codage. La répartition des tâches proposée entre les diverses entités publiques concernées est conforme à la logique administrative et aux compétences à réunir. Si le programme de travail d'une ou plusieurs de ces entités n'était pas compatible avec ces propositions, il conviendrait de sous-traiter à une société de services la partie de la réalisation incombant normalement à cette ou ces entités.

¹² Norme « Qualité en expertise, prescription générales de compétence pour une expertise » : AFNOR NF X50-110, mai 2003

En conclusion, l'objet de cette première proposition est de construire un « indicateur global », instrument majeur d'observation des risques psychosociaux dans notre pays et permettant d'observer les caractéristiques d'individus au travail, leur santé mentale et les risques auxquels ils sont exposés.

L'objectif est de permettre, en premier lieu, de prendre une vue d'ensemble de la situation globale et des positions relatives de chaque catégorie par rapport à cette situation globale. En deuxième lieu, il s'agit de permettre à une entreprise particulière et à ses salariés de disposer d'un point de repère lui permettant de se situer par rapport à la moyenne de sa catégorie, facilitant ainsi la prise de conscience de l'existence, ou non, d'un problème spécifique à l'entreprise. En troisième lieu et à plus long terme, l'instrument devrait permettre de déterminer des standards.

A supposer le problème reconnu, agir pour prévenir, limiter ou réparer impose de passer par l'étape de l'explication. Les questionnaires validés dont nous recommandons l'usage dans le recueil des informations relevant de la première proposition incorporent une part d'explication issue des recherches psychosociales. Mais ces questionnaires sont choisis de telle sorte que leur part explicative n'écrase pas leur neutralité observationnelle. Cependant, au terme de nos multiples auditions, nous pensons que ce n'est pas sous-estimer l'intérêt des recherches psychosociales, la validité de leurs modèles et la pertinence des théories de l'action qu'elles suggèrent, que reconnaître que c'est dans les réalités concrètes de l'entreprise, de l'établissement, voire de collectifs de travail étroits, que l'action préventive, limitative des risques, ou réparatrice se développera, sur la base d'une analyse des causes elles aussi spécifiques à l'entreprise, à l'établissement ou au collectif concerné. Le gros de l'explication est à rechercher dans l'entreprise. Les expériences dont nous ont fait part les organismes publics développant une action de conseil aux entreprises qui souhaitent s'engager dans des politiques de prévention, comme les responsables d'entreprises effectivement engagés dans ce type de politique, nous font conclure que les uns et les autres ont à gagner au développement de l'information amont que nous recommandons de constituer, mais que l'action concrète, si elle a lieu, n'aura lieu que par accord des partenaires et dans l'entreprise, pour y développer une information aval, expliquer les causalités sous-jacentes, et agir.

→ *Seconde proposition : développer des indicateurs spécifiques*

Il faut évidemment conserver l'ensemble des enquêtes existantes qui constituent une base d'indicateurs spécifiques. Mais les sources administratives telles que les statistiques de mouvements de main d'œuvre, les arrêts maladie de courte durée, les rapports d'activité des médecins et des inspecteurs du travail, constituent des sources supplémentaires exploitables pour construire des indicateurs spécifiques, eux aussi utiles au suivi des conséquences du risque psychosocial.

Nous recommandons que les services statistiques du ministère du travail (DARES) prennent en charge la réflexion préalable nécessaire et l'élaboration de ces indicateurs, selon les modalités plus détaillées exposées au chapitre II de ce rapport.

b) Des actions particulières relevant de l'Etat

- ***L'action de l'Etat employeur***

L'ensemble formé des Entreprises publiques et des trois Fonctions publiques emploie plus du quart des salariés français. Or, il ressort des témoignages recueillis durant les auditions menées que le problème posé par l'émergence du risque psychosocial affecte aussi les services publics, ce que le développement de l'information amont faisant l'objet de la première proposition devrait confirmer. L'importance de l'emploi dans le secteur public justifie que l'Etat, au sens large, soit l'un des premiers utilisateurs, pour la gestion de ses services, des informations recueillies par ce système d'observation statistique amont.

→ ***Troisième proposition : lancer des expériences pilotes dans les services publics***

En conséquence, nous recommandons que, à l'instar des actions que développent déjà certaines entreprises privées pour rechercher, expliquer et prévenir les conséquences de l'occurrence des risques psychosociaux, l'Etat prenne aussi l'initiative de lancer des investigations dans ses propres services, en commençant par ceux où des témoignages nombreux indiquent que la potentialité des problèmes y est forte. Ceci implique de relayer le recueil de l'information amont par le recueil d'informations aval, dans les services publics, et d'entreprendre un ensemble d'expériences pilotes.

Lors des auditions, les représentants des institutions chargées de conseiller les entreprises dans leurs démarches de préventions ont tous indiqué que le premier pas dans la voie de la prévention était de réunir les représentants des salariés et de la direction pour les faire réfléchir ensemble au problème. Les représentants de grandes entreprises s'étant engagées dans cette voie confirment qu'il s'agit bien du début de la démarche. Dans la sphère publique, les Comités techniques paritaires et les CHS sont largement présents : ils devraient être le lieu naturel pour engager l'analyse de cette question entre représentants des personnels et directions. La poursuite des discussions dans le cadre de la conférence sur les parcours professionnels et les conditions de travail dans la fonction publique pourrait utilement intégrer ce volet.

- ***Etudier les incitations au sein de la branche AT-MP***

Plusieurs experts auditionnés ont évoqué la possibilité de faire prendre en charge la réparation des conséquences de l'exposition aux risques psychosociaux (prévention tertiaire) par la branche AT-MP, notamment en renforçant, pour ce champ, la compétence des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Cette orientation serait conforme à la logique du fonctionnement de cette branche. Il nous paraît cependant nécessaire de commencer par mettre en place les mesures statistiques amont évoquées et de développer ensuite des études portant sur les coûts entraînés par les conséquences sur l'état général de la santé des personnes concernées par les expositions aux risques psychosociaux, afin de bien mesurer l'ampleur financière potentielle des phénomènes en cause, avant de régler.

L'exemple des TMS (troubles musculo-squelettiques) et l'engorgement des CRRMP que provoque leur prise en compte doit inciter à la prudence pour ce qui touche à des modifications substantielles du fonctionnement et de l'équilibre de la branche AT-MP. Il n'est pas possible en effet d'anticiper l'ampleur de l'enjeu financier qui résulterait du classement en maladie professionnelle des troubles psychosociaux sans avoir au préalable conduit ces investigations à leur terme.

L'objet de notre mission n'était pas de proposer, après beaucoup d'autres, une réforme du financement et du fonctionnement de la branche AT-MP. Cependant, il nous apparaît qu'une réflexion économique devrait, à tout le moins, être entreprise sans tarder concernant le fonctionnement des incitations au sein de cette branche.

On sait que les développements les plus récents de l'économie industrielle ont mis en évidence le rôle déterminant des incitations dans les comportements des entreprises. S'agissant de la branche AT-MP, malgré la réglementation liant cotisations versées à la branche et accidents du travail, l'incitation à la prévention (primaire et secondaire) reste cependant faible. Seules les grandes entreprises sont concernées, pour autant que leurs activités les plus « accidentogènes » ne sont pas externalisées dans des entreprises plus petites ; pour ces dernières, la mutualisation supprime l'incitation à la prévention. Introduire les risques psychosociaux dans les mécanismes du financement de la branche tels qu'ils fonctionnent aujourd'hui ferait jouer à rebours l'incitation à la prévention : les coûts apparaîtraient dans la branche AT-MP et les économies dans la branche maladie.

L'exemple de la réforme opérée aux Etats Unis¹³ durant les années 90 mérite réflexion. Le système américain est, en effet, si radicalement différent du notre que nous n'avons en commun que les seuls comportements de base, notamment les réactions aux incitations. Dès lors, il est important de noter que l'introduction, aux Etats-Unis, d'incitations mieux formatées et plus fortes a conduit à réduire d'un tiers, en quelques années, les accidents du travail et les maladies professionnelles, après l'échec de tentatives seulement réglementaires. Cette « expérience naturelle » a montré la force des incitations économiques dans le champ concerné : il nous semble donc important d'entreprendre une analyse du rôle de ces mêmes incitations dans le fonctionnement du dispositif français.

→ *Quatrième proposition : ré-analyser les incitations à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles*

C'est pourquoi nous recommandons qu'une évaluation économique approfondie des possibilités d'inciter à plus de comportements de prévention primaire et secondaire soit entreprise dans le champ de l'AT-MP. Plusieurs équipes d'économistes, publiques¹⁴ ou privées, sont à même de mener à bien une telle étude.

¹³ Cité par Philippe Askenazi in « Les désordres du travail », Seuil.

¹⁴ Notamment celles représentées à la Commission des comptes de la santé.

- ***Conduire une analyse rigoureuse des suicides au travail***

La France demeure l'un des pays industrialisés les plus touchés par le suicide, avec environ 11 000 décès enregistrés chaque année. Un certain nombre de suicides surviennent sur le lieu du travail ou dans le contexte du travail. Comme nous l'avons déjà signalé, aucune donnée statistique ne permet actuellement d'avoir une idée de l'importance de ce phénomène : c'est une lacune évidemment regrettable s'agissant d'un problème aussi grave. Le recensement des décès par suicide au travail s'avère donc être un premier pas nécessaire, bien qu'à l'évidence insuffisant pour une véritable approche de cet aspect particulier des risques psychosociaux au travail.

Même si, à l'évidence, suicide au travail ne veut pas dire systématiquement suicide lié au travail, il nous semble important de réaliser une démarche de compréhension rigoureuse des différents paramètres susceptibles d'être impliqués dans le geste suicidaire d'un salarié (sa personnalité psychologique, ses difficultés d'ordre personnel, les conditions environnementales de son travail), et ce, au delà des réactions émotionnelles compréhensibles que ce geste suscite. Une démarche d'« autopsie psychologique » des suicides a été développée dans quelques pays (Royaume Uni et Finlande par exemple), mais, pour des raisons diverses, elle est restée globalement confidentielle dans la plupart des pays, dont la France. Il s'agit pourtant d'un outil de premier choix au service d'une priorité indéniable en santé mentale au travail.

Le principe de l'autopsie psychologique est basé sur le recueil minutieux des données susceptibles de reconstituer l'environnement psychosocial d'un individu qui s'est donné la mort et ainsi de mieux comprendre les circonstances entourant son décès. La collecte de ces données porte sur un grand nombre de paramètres qui incluent les détails de la mort, le paysage familial, le contexte social, le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents, les éventuelles conduites suicidaires antérieures, les événements de vie négatifs, l'éventualité de contact avec des services d'aide ou médicaux avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide.

Initialement mise au point en tant qu'instrument de médecine médico-légale, l'autopsie psychologique est apparue être une manière de caractériser le contexte médical, psychique, social et environnemental dans lequel des personnes avaient été amenées à attenter à leur vie.

Sur le plan méthodologique, l'autopsie psychologique apparaît comme une stratégie complexe et multidimensionnelle, de sorte qu'il est nécessaire que le mode de recueil des informations bénéficie d'une véritable standardisation. La démarche à suivre devrait s'inspirer des recommandations développées par l'INSERM dans son travail d'expertise collective¹⁵.

¹⁵ INSERM, Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Expertise collective, Editions de l'INSERM, Paris, 2005.

→ *Cinquième proposition : conduire « l'autopsie psychologique » des suicides au travail*

En conséquence, nous souhaitons qu'il soit demandé aux CRAM de conduire systématiquement une telle « autopsie psychologique » quand le suicide est commis sur le lieu de travail ou quand les ayants droit réclament une reconnaissance en accident du travail. En outre, l'analyse de l'ensemble des autopsies psychologiques réalisées permettrait régulièrement d'avoir une meilleure compréhension du rôle de l'environnement et des conditions de travail dans la survenue de ces événements dramatiques et participerait aussi à la démarche de prévention des risques psychosociaux.

c) Informer, sensibiliser et inciter les entreprises

- *Mener une grande campagne d'information*

L'Union européenne et plus spécialement l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail avait organisé en octobre 2002 une semaine de sensibilisation sur le thème « travailler sans stress » afin de concentrer l'attention des entreprises et des préventeurs sur une meilleure connaissance et une meilleure prévention des risques psychosociaux dont le stress est l'une des principales manifestations. A la différence d'autres pays de l'Union européenne, cette action de sensibilisation n'avait été que très faiblement relayée en France et les quelques rares manifestations organisées à cette occasion n'avaient rassemblé que quelques centaines de personnes.

Pourtant, il s'avère que la prise de conscience non seulement de la réalité mais aussi de l'importance du phénomène est devenue aujourd'hui une nécessité dans notre pays. Il est temps de dépasser les positions de déni (« le stress, une mode qui passera ») ou de stigmatisation (« cela ne concerne que les faibles ») pour aborder sereinement la problématique des risques psychosociaux et faire du stress au travail un « vrai » sujet.

Le rôle des pouvoirs publics est bien sûr, dans ce domaine aussi, irremplaçable. Le ministère du travail pourrait ainsi davantage relayer les actions européennes dans ce domaine mais aussi, à l'image de ce qui est régulièrement réalisé dans le domaine de la sécurité routière ou de la santé publique, prendre utilement l'initiative d'une campagne nationale d'information sur les risques psychosociaux et en particulier le stress.

→ *Sixième proposition : lancer une campagne publique d'information*

C'est pourquoi nous proposons que les pouvoirs publics prennent l'initiative de lancer cette campagne publique. Elle devrait être d'ampleur nationale et toucher l'ensemble de la population de notre pays comme les environnements spécifiques de travail, en la déclinant, par exemple, selon les secteurs d'activités ou les branches professionnelles. La participation des partenaires sociaux garantirait une bonne diffusion des messages communiqués.

Une telle campagne d'envergure nationale et soutenue par les pouvoirs publics aurait aussi l'avantage d'atteindre l'ensemble des salariés français (PME et TPE comprises) et non pas, comme c'est trop souvent le cas actuellement, seulement ceux travaillant dans de grandes entreprises.

- *Accroître l'expertise et le rôle des « acteurs » de l'entreprise*

Les risques psychosociaux sont reconnus par tous les spécialistes et organismes internationaux qui les étudient depuis quelques décennies comme des risques émergents, bien différents des risques professionnels « classiques » (physiques, chimiques, biologiques). Il s'agit finalement de risques relativement nouveaux pour lesquels les acteurs dans l'entreprise ayant la responsabilité de s'en occuper ne sont pas suffisamment formés. Aussi apparaît-il nécessaire que l'Etat et les partenaires sociaux prennent des initiatives visant à accroître les capacités d'expertise des diverses catégories de personnes en situation de prendre en charge le dépistage, la prévention et le traitement des risques psychosociaux au sein de l'entreprise. Il faut apprendre à traiter ces risques mais les rôles sont différents selon que l'on se place au niveau de la direction de l'entreprise, des DRH, des managers, des médecins du travail, ou des représentants du personnel au CE ou au CHSCT.

Nous pensons ainsi qu'il serait pertinent d'introduire, éventuellement par voie réglementaire, un module sur la question des risques psychosociaux dans la formation des membres des CHSCT (comme défini dans l'article R.236-15). Les négociations interprofessionnelles sur l'amélioration du rôle et du fonctionnement des CHSCT qui doivent être prochainement lancées à la suite de la Conférence sur les conditions de travail du 4 octobre dernier pourraient prendre en compte cette proposition.

De la même façon il nous semble souhaitable d'élargir plus encore les connaissances scientifiques, médicales et pratiques des médecins du travail dont le rôle nous est apparu, tout au long des auditions que nous avons conduites, comme fondamental et irremplaçable dans ce domaine. Cette connaissance accrue devrait se réaliser dans la diversité des approches validées et recouvrir l'ensemble des champs de l'ergonomie, de la psychologie et de la médecine.

Enfin, une pédagogie active doit être faite en direction des directions d'entreprise, des responsables de ressources humaines et des managers. A cet égard la formation initiale des managers devrait inclure cette dimension « humaine » de la gestion des entreprises en mettant l'accent sur l'impact psychologique et les effets sur la santé non seulement des organisations du travail mais aussi des méthodes de management des hommes¹⁶. De même, ces objectifs devraient faire l'objet de modules de formation continue.

Nous proposons aussi d'élargir les outils d'alerte existants dans le domaine de la prévention des risques psychosociaux.

¹⁶ Cette préoccupation que nous avons retrouvée auprès de nombreux interlocuteurs est heureusement reprise dans la mission confiée à William DAB par le ministre du travail et la ministre de l'enseignement supérieur sur la formation initiale des managers.

Ainsi, le droit d'alerte, dont dispose le CHSCT en vertu des dispositions de l'article L.231-9 du code du travail en cas de danger grave et imminent, pourrait être étendu éventuellement aux risques graves liés à l'organisation et l'intensification du travail et à des modes de management non respectueux de l'individu. Ce volet pourrait également être pris en compte par les négociations interprofessionnelles, conformément aux décisions de la Conférence sur les conditions de travail.

De même, le rôle du délégué du personnel pourrait être utilement rappelé. La procédure définie à l'article L.422-1-1, lui permet en effet, lorsqu'il a constaté une atteinte aux droits des personnes, à leur santé physique et mentale ou aux libertés individuelles dans l'entreprise qui ne serait pas justifiée par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnée au but recherché, de saisir immédiatement l'employeur, ce dernier étant alors tenu de procéder sans délai à une enquête avec le délégué et de prendre les dispositions nécessaires pour remédier à cette situation.

→ *Septième proposition : former les « acteurs » au sein de l'entreprise*

En conclusion, nous proposons d'entreprendre un effort de formation dirigé vers tous les acteurs concernés au sein de l'entreprise, afin d'améliorer leur capacité d'expertise des risques psychosociaux, et de renforcer les pouvoirs de saisine des CHSCT pour ce qui concerne ces risques.

- *Fournir des référentiels et des standards aux entreprises*

C'est dans les collectifs de travail des entreprises ou des services publics que se jouera l'avenir de la prévention du risque psychosocial. Les rencontres que nous avons faites – représentants des DRH de grandes entreprises, représentants des organismes de prévention et de recherche développant des méthodes de conseil aux entreprises, comme l'ANACT ou l'INRS, ou représentants de sociétés de conseil aux entreprises disposant de l'habilitation auprès des CHSCT – rendent plutôt optimiste pour les grandes entreprises : dès que représentants des salariés et de la direction se « mettent autour de la table » pour se parler, la solution du problème avance. En particulier, il existe une panoplie de méthodologies et d'indicateurs utilisables au sein de l'entreprise qui, sans être totalement unifiée paraît maintenant bien opératoire. C'est pourquoi nous n'avons pas fait de suggestions particulières quant aux méthodes et indicateurs à mettre en œuvre à l'intérieur d'une entreprise donnée. Cependant, l'indicateur global objet de notre première proposition devrait permettre de déterminer des standards, après un temps suffisant d'expérimentation.

La situation est différente pour ce qui concerne les petites et très petites entreprises. La réflexion quant à la meilleure façon d'aborder le problème reste embryonnaire, s'il se révèle que le problème s'y pose aussi, lorsque manquent les lieux de concertations que sont le CE ou le CHSCT. Les branches professionnelles pourraient utilement jouer un rôle dans la définition et l'observation des risques et dans la définition de plans d'actions.

Les démarches réalisées dans des pays comme le Canada ou le Royaume Uni nous ont paru particulièrement intéressantes, dans la mesure où elles proposent, entre autres, des outils de grande simplicité facilement appropriables par les responsables de ces petites ou très petites entreprises, que ce soit sous la forme de courts questionnaires ou de brèves monographies adaptées. Ainsi, le Health Safety Executive (HSE) britannique propose un questionnaire très simplifié adressé non au personnel mais au chef des petites entreprises, de nature à l'éclairer sur l'apparition de risques psychosociaux au sein du tout petit groupe des personnes qui l'entourent et met, de la même façon, à disposition des chefs d'entreprise un guide de bonnes pratiques.

A l'instar du HSE britannique, créer un portail Internet nous semblerait une initiative heureuse car permettant un accès facile et pour tous à une information de qualité sur les risques psychosociaux. Cette information serait destinée non seulement aux entreprises (de toute taille) mais aussi aux salariés. Ce portail Internet qui pourrait dépendre du ministère du travail aurait également vocation à fournir aux entreprises non seulement des référentiels de qualité et des guides méthodologiques, mais aussi des exemples de bonnes pratiques et des recommandations en termes de prévention des risques sociaux, recommandations s'inscrivant dans les standards internationaux et européens.

Pour le Bureau International du Travail¹⁷, *«les interventions pour réduire le stress au travail peuvent être primaires (réduire les sources de stress), secondaires (aider les individus à développer des capacités à faire face au stress) et tertiaires (prendre en charge les individus affectés par le stress)»*. Quant au National Institute for Occupational Safety and Health américain (NIOSH)¹⁸, il souligne que *«d'une manière générale, les actions pour réduire le stress au travail doivent être prioritairement orientées vers des changements organisationnels pour améliorer les conditions de travail. Cependant, même les efforts les plus consciencieux pour améliorer les conditions de travail n'élimineront probablement pas le stress pour tous les travailleurs. Aussi, une combinaison de changement organisationnel et d'aide apportée aux individus est souvent l'approche la plus efficace pour réduire le stress au travail»*. Dans l'accord cadre européen d'octobre 2004, il est indiqué, de la même façon, que *«prévenir, éliminer ou réduire les problèmes de stress au travail peut inclure diverses mesures. Ces mesures peuvent être collectives, individuelles ou les deux à la fois »*.

La prévention primaire a pour objectif l'élimination ou le contrôle des facteurs de risque présents dans le milieu du travail en agissant directement sur les facteurs pour réduire leurs impacts négatifs sur l'individu. Il s'agit d'intervenir sur les causes des risques psychosociaux plutôt que sur leurs conséquences.

¹⁷ International Labour Organization (ILO). Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (Safe Work). Genève, 2002.

¹⁸ Stress at work. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health. Cincinnati, 1999.

La démarche de prévention primaire inclut plusieurs composantes :

- une évaluation précise par l'entreprise non seulement des facteurs de risques mais aussi des populations les plus touchées ;
- une implication des différents partenaires de l'entreprise, selon une méthodologie participative, telle que proposée par l'INRS ;
- la mise en place d'actions correctrices visant à éliminer ou à défaut réduire les sources de stress.

Ces actions varient en fonction des facteurs de stress détectés : surcharge de travail, insuffisante marge de manœuvre pour faire face à la demande, pression sur des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs, manque de soutien du management ou des collègues, insuffisante reconnaissance du travail, définition des tâches imprécise diluant les responsabilités, etc.

Les actions de prévention primaire viseront donc différents objectifs : répartir plus justement la charge de travail en fonction des effectifs, du temps de travail et des compétences ; redéfinir les responsabilités de chacun ; revoir les méthodes d'évaluation des performances individuelles ou collectives et les modalités de reconnaissance du travail.

Les programmes de prévention secondaire ont pour but d'aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress ou en renforçant leur résistance au stress en soulageant les symptômes associés au stress. Ces actions peuvent prendre plusieurs aspects :

- la formation des individus à développer des compétences spécifiques à mieux gérer divers types de situations de stress (gestion du temps, des conflits, de l'agressivité, développement de l'intelligence émotionnelle, restructuration cognitive etc.) ou à développer des capacités psychologiques (contrôle des émotions, attitudes mentales efficaces) ;
- la possibilité de pratiques de relaxation, d'exercices physiques ou de la sieste au sein de l'entreprise ;
- l'amélioration de l'hygiène de vie afin d'accroître la résistance de l'organisme au stress (activités sportives, éducation nutritionnelle, programme d'aide au sevrage tabagique ou alcoolique, etc.) ;
- l'instauration d'espaces de dialogue au sein de l'entreprise et la mise en place de procédures de médiation pour intervenir précocement lors de situations difficiles ;
- l'aide apportée aux salariés pour faire face à diverses contraintes de la vie personnelle (crèches, conciergerie, etc.).

Les interventions au niveau tertiaire ont pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de stress ou de santé mentale au travail (assistance psychologique, numéro d'appel d'aide et de soutien aux salariés, consultations spécialisées, etc.).

Cette hiérarchisation des actions de prévention et de lutte contre le stress (primaires, secondaires et tertiaires) doit être la règle en terme de recommandations générales, même s'il appartient aux entreprises de définir, à chacun de ces trois niveaux, les types d'actions susceptibles d'être réalisées et les plus pertinentes au vu de leur problématique spécifique. Toutes ces actions doivent s'inscrire dans une perspective de mise en place de « bonnes pratiques » de lutte contre le stress professionnel.

→ Huitième proposition : fournir aux chefs d'entreprises des référentiels de prévention

Nous proposons de créer un portail Internet rendant facile l'accès à toute information de nature à aider tous les partenaires sociaux, notamment les chefs d'entreprises et spécialement des petites entreprises, à développer des actions préventives du stress, aux trois niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Ces informations pourraient être centralisées sur le portail unique sur les conditions de travail dont la création a été décidée à la suite de la Conférence du 4 octobre dernier.

En conclusion, il nous paraît qu'un large champ s'ouvre à la politique publique, à condition qu'elle adopte une démarche pragmatique consistant à expérimenter avant de réglementer ou de légiférer : la législation est déjà abondante et la perfectionner encore n'est sans doute pas la toute première des priorités, tout au moins pas avant d'avoir construit un socle solide de consensus d'observation et d'évaluation des risques psychosociaux. En revanche, le champ des actions concrètes est largement ouvert aux pouvoirs publics sachant reconnaître que seule la modestie sera efficace : exercer ses responsabilités statistiques, favoriser la connaissance et le développement des « bonnes pratiques » de prévention, promouvoir les incitations, lancer des opérations pilotes dans quelques services publics spécialement exposés, soutenir les organismes de prévention et de recherche déjà bien engagés dans le conseil aux entreprises, explorer la spécificité du problème pour les petites, toutes ces actions définissent une politique publique concrète. Elles ne demandent qu'un peu de volonté, beaucoup de cohérence, et ne nécessitent que la mobilisation des moyens publics les plus usuels.

De façon complémentaire, les études épidémiologiques réalisées à l'étranger comme en France apportent de sérieuses présomptions au soutien de la thèse selon laquelle le risque psychosocial, notamment le stress, constitue un facteur causal significatif de pathologies plurifactorielles, et que son coût est, en conséquence, élevé pour la santé publique. Il nous semble, en conséquence, qu'il est nécessaire que la puissance publique soutienne les travaux de recherche épidémiologiques consacrés à ce sujet, notamment ceux exploitant les nouvelles possibilités ouverte par les statistiques de l'EPIB¹⁹ géré par la CNAMTS. Mieux quantifier l'impact, sur l'assurance maladie, d'une meilleure prévention primaire et secondaire du risque psychosocial pourrait fournir la justification d'un engagement public majeur en faveur de cette prévention.

¹⁹ Echantillon permanent inter-régimes de bénéficiaires. Cet échantillon permet de suivre les consommations de soins de 1 % des bénéficiaires, chacun d'eux pendant 20 ans.

Au total, un grand nombre d'entités publiques – services ministériels notamment statistiques, centres de recherche, organismes de prévention – fournissent déjà une masse considérable d'informations à laquelle nous proposons d'ajouter encore par nos première et deuxième propositions. Les actions particulières relevant de la responsabilité de l'Etat font référence à son rôle d'employeur ou de garant de l'équité sociale (troisième, quatrième, et cinquième propositions). En outre, ces actions particulières se portent aussi en direction de la sensibilisation, de la formation et de l'information de tous les acteurs en situation d'influer sur le traitement du stress dans l'entreprise, et plus généralement sur l'information de l'opinion publique (sixième, septième et huitième propositions). Nous avons conscience que la convergence de cet ensemble d'actions ne peut être obtenue sans un effort particulier car elles mettent en jeu une grande diversité d'acteurs.

C'est pourquoi il nous paraît qu'il faut doter l'ensemble d'un moyen d'orientation, de coordination et de synthèse : nous proposons pour finir – ce sera notre neuvième proposition ! - que le futur Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), dont la création a été décidée à la suite de la Conférence sur les conditions de travail, exerce la responsabilité de mobiliser l'ensemble des informations existantes et nouvelles rendues disponibles, et qu'il informe l'ensemble des acteurs concernés de l'état d'avancement des opérations entreprises en établissant, à l'intention du Gouvernement et des partenaires sociaux, un rapport annuel consacré «à la détermination, la mesure et le suivi du risque psychosocial au travail ».

Conclusion

Durant cette mission, nous avons, prioritairement, tenté d'atteindre les deux premiers objectifs que la lettre de mission du ministre nous assignait : clarifier la notion de risque psychosocial et recenser ou définir les indicateurs qui en existent ou devraient en exister. Pour avancer dans cette voie, nous avons cherché à définir quels concepts paraissaient les plus opératoires et quelles informations nous manquaient pour faciliter la formation d'un consensus propre à soutenir la mise en œuvre d'actions. A cette fin, nous avons essentiellement lu et écouté : la liste des documents rassemblés et celle des personnes auditionnées figure en annexe. Puis nous avons sélectionné ce qui nous paraissait pertinent parmi les recueils de faits, les études, les recherches, les analyses, voire les simples opinions lorsqu'elles s'appuyaient sur l'expérience. Les concepts retenus et les propositions statistiques recommandées par le rapport résultent de la synthèse de ce travail d'écoute. Cette synthèse doit tout à ceux qui ont accepté de répondre à nos interrogations, mais n'engage, évidemment, que notre seule responsabilité.

La lettre de mission précisait aussi qu'il s'agissait « *d'adapter le diagnostic et les actions (notamment) au niveau de l'ensemble de la collectivité des salariés* ». Nous avons donc étendu la liste de nos recommandations à des actions nécessitant de mobiliser les prérogatives de la puissance publique et celles des partenaires sociaux, de façon à offrir à l'une et aux autres une liste de proposition d'actions concrètes susceptibles d'être engagées en commun et sans délais. Mais exposer des recommandations que la politique publique et les partenaires sociaux pourraient suivre mobilise aussi les convictions que, chemin faisant, nous avons pu nous forger.

La première de ces convictions est que le risque psychosocial constitue un problème réel, effectif, pressant, avec des enjeux lourds en termes de bien-être social et en termes de santé publique. Nous constatons en effet que les partenaires sociaux européens se sont laissés suffisamment convaincre de la réalité de ce risque pour signer l'accord du 8 octobre 2004 sur le stress et celui du 26 avril 2007 sur le harcèlement et la violence. Nous constatons aussi que bon nombre de pays de notre environnement immédiat ont dépassé la phase expérimentale où nous nous plaçons aujourd'hui pour développer leurs actions, sous la responsabilité des entreprises et sous forme de programmes publics. Nous constatons enfin qu'il devient difficile d'ignorer, s'agissant de la France, l'accumulation de faits recueillis, d'enquêtes, de témoignages multiples qui, certes, divergent beaucoup quant aux explications à donner au problème mais s'accordent à constater qu'il y a matière à expliquer.

Notre conviction immédiatement suivante est qu'il est nécessaire de faire, en France, ce que d'autres pays ont fait avant nous, et dont nous pouvons nous inspirer : clarifier les concepts, mesurer le risque, évaluer plus précisément ses conséquences. En effet, chaque secteur économique a ses caractéristiques ; chaque entreprise a ses spécificités, à commencer par sa taille ; chaque collectif de travail a son organisation et ses contraintes propres ; enfin, chaque salarié a une individualité psychologique et une histoire. A l'état global, le risque psychosocial n'a qu'une existence notionnelle. A l'état concret, c'est le salarié et son entreprise qui le vivent.

C'est pourquoi pour passer du notionnel au concret, il faut commencer par cartographier le paysage de ce risque selon les plus pertinentes des caractéristiques des entreprises et des personnels. Si la situation de notre pays ne diffère pas radicalement de celles observées chez d'autres, la cartographie du risque psychosocial devrait révéler dans lesquelles des catégories de couples salariés-entreprises son occurrence est la plus aiguë. C'est à quoi visent les propositions d'exploration statistique que nous avons faites.

Notre troisième conviction est que la révélation de cette information servira de catalyseur à l'action préventive, autant dans le domaine public qu'au sein des entreprises privées, de toute nature. Cartographier ne servirait à rien si le relais n'est pas pris à l'échelle de l'entreprise ou d'un service public particulier. L'information est un outil puissant susceptible de révéler si, et où, il y a problème : on reconnaîtra que cette forme de révélation est de loin préférable à celle que provoquent certains actes extrêmes de salariés.

C'est, finalement, à la formation d'un consensus sur la nécessité d'agir que nous voudrions que ce rapport contribue : toutes nos propositions, qu'elles concernent l'information statistique ou l'information générale relatives aux risques psychosociaux sont tendues vers cet objectif. Nous avons observé que d'autres pays ont su faire agir ensemble puissance publique, entreprises et syndicats, ceci au sein de modèles sociétaux aussi opposés que ceux qui relèvent, pour les uns, du libéralisme anglo-saxon ou, pour les autres, de la sociale-démocratie à la scandinave. Pour traiter les risques psychosociaux, ce n'est pas le modèle sociétal qui importe, mais la façon de le mettre en oeuvre

Ainsi, point n'est besoin d'attendre pour agir ensemble, si nous le voulons, et pour remettre l'homme au centre du modèle et des préoccupations de l'entreprise..

Philippe Nasse

Patrick Légeron

**Annexes au rapport
sur la détermination,
la mesure et le suivi des risques
psychosociaux au travail**

de

Philippe Nasse, *magistrat honoraire*

et

Patrick Légeron, *médecin psychiatre*

remis à

Xavier Bertrand

Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité

Mercredi 12 mars 2008

LISTE DES ANNEXES

1. Lettres de mission
2. Liste des personnes rencontrées
3. Bibliographie
4. Accord-cadre européen contre le stress du 8/10/2004
5. Accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26/04/2007
6. Fiches synthétiques des principales études menées dans le champ du travail et de la santé mentale
7. Répartition des salariés par taille d'établissement et par secteur public et privé
8. Taux de couverture des salariés en matière de santé et de sécurité au travail
9. Circulaire CNAMTS sur la prise en charge au titre des accidents du travail des traumatismes psychologiques des personnels d'établissements financiers, commerciaux ou industriels, à la suite d'une attaque à main armée pour vol du 2/08/1982
10. Circulaire CNAMTS sur la prise en charge des traumatismes psychologiques au titre du risque professionnel du 10/12/1999



Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité

Le Ministre

Conseil de la Concurrence
11, rue de l'Échelle - 75001 PARIS

12 NOV. 2007
4378
Secrétariat Général
Catherine Arvée

Paris, le

8 NOV. 2007

Monsieur le Président,

La conférence sur les conditions de travail du 4 octobre dernier a permis, dans un dialogue ouvert avec les partenaires sociaux, de partager des constats sur la situation actuelle des conditions de travail dans les entreprises, et de proposer un ensemble d'actions destinées à les améliorer.

Les débats ont notamment porté sur la nécessité de lutter contre les risques psychosociaux, le stress ou le mal-être au travail. Si la réalité de ces phénomènes ne peut être niée, la conférence s'est heurtée à la difficulté d'en connaître l'ampleur et l'évolution, en l'absence d'indicateurs spécifiques. La connaissance plus précise de ces phénomènes permettrait par ailleurs de développer des actions préventives plus efficaces, en s'appuyant notamment sur les pratiques conduites dans certaines entreprises en matière d'information ou d'adaptation de l'organisation du travail.

Pour mesurer ces risques, alerter les entreprises, cibler les actions préventives et mesurer leur impact, il importe donc avant tout de disposer de tableaux de bord et d'indicateurs validés et fiables.

C'est pourquoi j'ai souhaité vous confier, avec M. Patrick LERHERON, la conduite d'une mission dont l'objectif sera de me proposer des indicateurs.

Votre mission devra, dans un premier temps, décrire les risques psychosociaux liés au travail, ainsi que leurs principaux facteurs de risque. Dans un second temps, il s'agira de conduire une réflexion prospective sur les indicateurs permettant d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques, que ce soit des indicateurs déjà disponibles ou des indicateurs à mettre en œuvre. Ces indicateurs devront permettre d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques tant au niveau de l'entreprise que de l'ensemble de la collectivité des salariés, afin d'adapter le diagnostic et les actions à mettre en œuvre à ces deux niveaux, et de suivre leur impact.

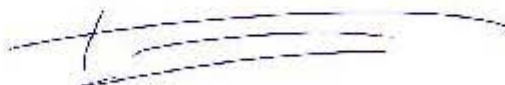
Monsieur Philippe NASSE
Vice-Président du Conseil de la Concurrence
11, rue de l'Échelle
75001 PARIS

327, rue de Grenelle – 75700 Paris – Téléphone : 01 44 38 38 38 – Télécopie : 01 44 38 21 15

A cette fin, vous auditionnez les partenaires sociaux, les administrations concernées, les organismes experts (AFSSET, ANACT, CNAMTS, INSEE, INRS, InVS...) et, en tant que de besoin, les experts et toute personne susceptible de vous éclairer dans votre mission.

Je souhaite recueillir votre rapport et vos propositions pour le 15 février 2008 afin d'en présenter les résultats lors de la réunion de suivi de la conférence sur les conditions de travail, qui se déroulera avant la fin du premier trimestre 2008. La direction générale du travail sera à votre disposition pour vous accompagner dans votre tâche.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Xavier BERTRAND



Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité

Le Ministre

Paris, le 8 NOV. 2007

Monsieur le Directeur Général,

La conférence sur les conditions de travail du 4 octobre dernier a permis, dans un dialogue ouvert avec les partenaires sociaux, de partager des constats sur la situation actuelle des conditions de travail dans les entreprises, et de proposer un ensemble d'actions destinées à les améliorer.

Les débats ont notamment porté sur la nécessité de lutter contre les risques psychosociaux, le stress ou le mal-être au travail. Si la réalité de ces phénomènes ne peut être niée, la conférence s'est heurtée à la difficulté d'en connaître l'ampleur et l'évolution, en l'absence d'indicateurs spécifiques. La connaissance plus précise de ces phénomènes permettrait par ailleurs de développer des actions préventives plus efficaces, en s'appuyant notamment sur les pratiques conduites dans certaines entreprises en matière d'information, ou d'adaptation de l'organisation du travail.

Pour mesurer ces risques, alerter les entreprises, cibler les actions préventives et mesurer leur impact, il importe donc avant tout de disposer de tableaux de bord et d'indicateurs validés et fiables.

C'est pourquoi j'ai souhaité vous confier, avec M. Philippe Nasse, la conduite d'une mission dont l'objectif sera de me proposer des indicateurs

Votre mission devra, dans un premier temps, décrire les risques psychosociaux liés au travail, ainsi que leurs principaux facteurs de risque. Dans un second temps, il s'agira de conduire une réflexion prospective sur les indicateurs permettant d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques, que ce soit des indicateurs déjà disponibles ou des indicateurs à mettre en œuvre. Ces indicateurs devront permettre d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques tant au niveau de l'entreprise que de l'ensemble de la collectivité des salariés, afin d'adapter le diagnostic et les actions à mettre en œuvre à ces deux niveaux, et de suivre leur impact.

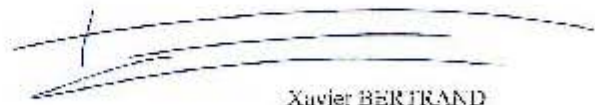
Docteur Patrick LEGERON
Directeur Général de Stimulus
205, rue Saint-Honoré
75001 PARIS

127, rue de Grenelle – 75760 Paris – Téléphone : 01 44 33 33 33 – Télécopie : 01 44 33 21 15

A cette fin, vous auditionnez les partenaires sociaux, les administrations concernées, les organismes experts (AFSSET, ANACT, CNAMTS, INSEE, INRS, InvS...) et, en tant que de besoin, les experts et toute personne susceptible de vous éclairer dans votre mission.

Je souhaite recueillir votre rapport et vos propositions pour le 15 février 2008 afin d'en présenter les résultats lors de la réunion de suivi de la conférence sur les conditions de travail, qui se déroulera avant la fin du premier trimestre 2008. La direction générale du travail sera à votre disposition pour vous accompagner dans votre tâche.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form the name 'Xavier Bertrand'.

Xavier BERTRAND

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Mardi 27 novembre 2007

Groupe d'échange des préventeurs interentreprises (GEPI)

Christian ETCHEVERRY	AIRBUS
Alain ACKER	AREVA
Patrick BENJAMIN	AREVA
Dominique VACHER	EDF/ GDF
Jean-Louis PLEYNET	IBM
Jean-Jacques FERCHAL	RENAULT

Jeudi 6 décembre 2007

La Direction de la prévention et des risques professionnels de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Stéphane SEILLER	Directeur de la prévention et des risques professionnels
Philippe BIELEC	Département des risques professionnels, Ingénieur en prévention

Vendredi 7 décembre 2007

La Direction générale du travail (DGT)/ Service de l'animation territoriale, de la politique du travail et de l'action de l'inspection du travail

Laurent VILBOEUF	Directeur du travail, Chef du département du soutien et de l'appui au contrôle,
Sylvaine BOSSAVY	Directrice adjointe du travail, Département appui soutien au contrôle

La Direction générale du travail (DGT)/ Service de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre (IMTMO)

Monique LARCHE-MOCHEL	Chef de l'Inspection médicale du travail et de la main d'œuvre (IMTMO) à la Direction générale du travail
-----------------------	---

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

Jean-Luc MARIE	Directeur général
Jean-Claude ANDRE	Directeur scientifique
Martine FRANCOIS	Psychologue du travail, membre du groupe PEROSH
Valérie PEZET-LANGEVIN	Psychologue du travail, membre du groupe PEROSH

Lundi 17 décembre 2007

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)

Anne-Marie BROCAS	Directrice générale
Emmanuelle SALINES	Chargée de mission auprès de la sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (OSAM), médecin de santé publique

L'Institut de veille sanitaire (InVS)

Françoise WEBER	Directrice générale
Hélène IMBERNON	Responsable du département santé et travail, médecin épidémiologiste

La Mutualité sociale agricole (MSA)

Christophe BERNARD	Médecin en prévention
--------------------	-----------------------

Jeudi 20 décembre 2007

Serge VOLKOFF	Directeur de recherche au Centre de recherche et d'études sur l'âge et les populations au travail (CREAPT)
----------------------	---

Vendredi 21 décembre 2007

Michel GOLLAC	Administrateur INSEE, Directeur de recherches au Centre d'études de l'emploi (CEE)
---------------	---

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)

Jean-Baptiste OBENICHE	Directeur général
Benjamin SAHLER	Directeur de l'ARACT Limousin/ Référent du projet risque psycho sociaux du réseau ANACT
Philippe DOUILLET	Chargé de mission au département santé et travail de l'ANACT

La Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)

Antoine MAGNIER	Directeur
Nicole GUIGNON	Département des conditions de travail et santé, Coordinatrice des activités sur la santé au travail
Vincent TIANO	Adjoint au sous directeur des salaires, du travail et des relations professionnelles

Lundi 7 janvier 2008

Dorothee RAMAUT Médecin du travail

La Confédération générale du travail Force ouvrière (CGT-FO)

Jean-Marc BILQUEZ Secrétaire confédéral, Secteur protection sociale
Bertrand NEYRAND Assistant en charge de la santé au travail

La Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)

Danièle KARNIEWICZ Secrétaire nationale CFE CGC, Pôle protection sociale,
Présidente de la CNAV
Bernard SALENGRO Secrétaire national, Pôle Europe et international, Médecin du travail

Vendredi 11 janvier 2008

William DAB Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM),
Titulaire de la chaire Hygiène et Sécurité

Mardi 15 janvier 2008

Marie-France HIRIGOYEN Psychiatre et docteur en médecine

La Confédération générale du travail (CGT)

Jean-François NATON Conseiller confédéral en charge des questions de travail, de
santé et de la protection sociale
Jocelyne CHABERT Secrétaire de CHSCT
Marc BENOIT Délégué syndical de l'INRS

Le Centre inter services de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)

Gabriel PAILLERAU Délégué général
Liliane BOITEL Médecin conseil

Mercredi 16 janvier 2008

Le Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

François PEULET Docteur en médecine, conseiller médical au MEDEF
Véronique CAZALS Directeur de la protection sociale
Nathalie BUET Chef de service Santé au travail

Jeudi 17 janvier 2008

L'Union nationale des professions libérales (UNAPL)

Olivier AYNAUD	Secrétaire général, Docteur en médecine
Julie DEBER	Chargée de mission, Juriste

La Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)

Claude COCHONNEAU	Vice-président de la FNSEA, Président de la Commission nationale emploi de la FNSEA
Muriel CAILLAT	Responsable des questions emploi-formation

Le Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail (SNPST)

Patrick BOUET	Médecin du travail
Christian TORRES	Médecin du travail

Lundi 21 janvier

Philippe ASKENAZY	Economiste, Chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS)
-------------------	--

La Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

Pierre-Yves MONTELEON	Responsable santé au travail de la CFTC
Benoît TASSARD	Conseiller technique

Electricité de France et Gaz de France (EDF-GDF)

Jean François CHOLAT	Docteur en médecine, Chef du service central d'appui en santé au travail (SCAST)
Dominique FOLLIOU	Docteur en médecine, Coordonnateur des médecins du travail à EDF-GDF

Mardi 22 janvier 2008

La Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Jean-Louis MALYS	Secrétaire national
Henri FOREST	Secrétaire confédéral chargé des questions de santé au travail

L'union professionnelle artisanale (UPA)

Pierre BURBAN	Secrétaire général
Dany BOURDEAUX	Présidente de la commission sociale de l'UPA

La Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME)

Georges TISSIE
Pierre THILLAUD

Directeur des affaires sociales de la CGPME
Docteur en médecine, Représentant de la CGPME au
Conseil supérieur des risques professionnels (CSPRP)

Lundi 4 février

Fabienne BARDOT	Médecin du travail/ CIHL (Comité interentreprises d'hygiène du Loiret)
Marie-Claire BARDOUILLET	Médecin du travail au MT71 (SST de Saône et Loire) à Chalon-sur-Saône
Charly CUNGI	Médecin psychiatre/ Professeur à l'AFOMETRA (Association pour la formation dans les services médicaux du travail)
Dominique FOLLIOT	Coordonnateur des médecins du travail à EDF-GDF
Elisabeth FONT-THINEY	Médecin du travail/ AST Grand-Lyon (Association de santé au travail interentreprises)
Catherine LANOISELEE	Médecin du travail/ RENAULT
Bertrand LIBERT	Médecin du travail à l'AMETIF (Association de médecine du travail de l'Ile de France) à Cergy-Pontoise
Michel NIEZBORALA	Médecin du travail à Toulouse/ Epidémiologiste/ Coordonnateur de l'association Médecine et Santé et de l'ASTI (Association de santé au travail interservices)
Catherine RAUX	Médecin du travail/ BNP Paribas
Valérie TASSAIN	Ergonome/ La Poste

Mercredi 6 février 2008

Noël DIRICQ	Conseiller Maître à la Cour des comptes, Président de la commission d'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles
Delphine LECOINTE	Attachée au ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Direction de la sécurité sociale, Sous-Direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

L'Institut de veille sanitaire (InVS)

Christine COHIDON	Médecin épidémiologiste, Responsable du programme santé mentale et travail de l'InVS
Hélène IMBERNON	Responsable du département santé et travail, Médecin épidémiologiste

L'Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail

Gérard LASFARGUES	Chef du Département expertise en santé Environnement-travail (DESET)
-------------------	--

Vendredi 8 février 2008

Jean-Pierre BRUN

Enseignant-Chercheur à l'Université Laval du Québec,
Canada Directeur de la chaire en gestion de la santé et de
la sécurité du travail

Lundi 11 février 2008

Nicole AUBERT

Sociologue, Psychologue

Le cabinet Technologia

Jean-Claude DELGENS

Directeur général

Valéry DUFLOT

Docteur en sociologie

**La Direction de la stratégie, des études et des statistiques de la Caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**

Dominique POLTON

Directrice de la stratégie, des études et des
statistiques

Alain WEILL

Département des études sur les pathologies et les
patients

LISTE DES PERSONNES CONSULTEES

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Stéphane LOLLIVIER

Directeur des statistiques démographiques et sociales

Le Conseil national de l'information statistique (CNIS)

Philippe CUNEO

Secrétaire général du CNIS

ANNEXE 3

Bibliographie

Liste des études statistiques en lien avec les risques psychosociaux

- Enquête santé mentale en population générale (SMPG), 1999-2003, OMS/DREES
- Enquête décennale santé, INSEE/DREES, 2002-2003
- Baromètre Santé, INPES, 2004-2005
- Enquête SUMER (Surveillance médicale des risques professionnels), DARES
- Enquête réponse, Relation professionnelle et négociation d'entreprise, DARES, 2004-2005
- Enquête COI (Changements organisationnels et informatisation), DARES, CEE, DREES et DGAFP
- Enquêtes conditions de travail 1978, 1984, 1991, 1998, DARES
- Enquêtes Santé et itinéraires professionnel (SIP), 2006-2007, DREES et DARES
- Enquête Emploi, INSEE
- Base nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles, Données CRAM et CNAMTS
- Etude SAMOTRACE (Santé Mentale Observatoire Travail), InVS
- Enquête GERICOTS (Groupe d'étude et de références sur l'impact des conditions de travail sur la santé), Institut de médecine du travail du nord de la France (IMTNF) et Gip-Cereste de Lille, 1999 (enquête sur les interrelations entre l'organisation du temps de travail (OTT), le stress au travail et la santé perçue de salariés avant et après l'application de la loi Aubry)
- Enquête ESTEV (Santé, travail et vieillissement), INSERM, Inspection médicale régionale de Nantes et CREAPT (Centre de recherche et d'études sur l'âge et les populations au travail)
- Enquête Bonheur et travail, Travail et mode de vie, ENS (Ecole normale supérieure) et CEE (Centre d'étude de l'emploi), Christian Baudelot, Michel Gollac et Danièle Guillemot, 1997
- COHORTE GASEL 1989, EDF-GDF, INSERM, CNAMTS,
- Observatoire de santé-travail EVREST
- Baromètre du Stress, CFE-CGC

Etudes et publications

- DARES Premières synthèses : n° 15-1 avril 2007, Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales
- DARES Premières synthèses : n° 01-2 janvier 2007, Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail
- DARES Premières synthèses : n° 99-07 n° 27- 1, Travail et charge mentale
- Paul Frimat et DARES : Santé psychique et soutien social après la RTT, octobre 2006
- Etude des facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek dans l'enquête SUMER, DARES (août 2006)
- DREES Etudes et résultats n° 545 décembre 2006 : Facteurs de risques des épisodes dépressifs en population générale
- Conditions de travail, et coût du stress : une évaluation économique, S. Béjean, H. Sultan-Taïeb et C. Trontin, 2004
- Programme de surveillance santé mentale au travail, InVS
- Risques professionnels : quelle veille sanitaire ? Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, 21 novembre 2006, n°46-47
- Etat de santé des salariés de la filière viande du régime agricole en Bretagne, Relations avec leurs contraintes de travail physiques, organisationnelles et psychosociales, InVS, octobre 2007
- Les désordres du travail, enquête sur le nouveau productivisme, Philippe Askenazy, 2000
- Les cahiers des facteurs psychosociaux : n° du 6 mars 2007
- Actes du colloque Santé et travail : de la connaissance à l'action, organisé par la DREES, 16 octobre 2007
- Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violences et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Commission violence, travail, emploi, santé, Professeur Christophe DEJOURS, mars 2005
- Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé au travail, Etudes et recherches, rapport R-514, Jean-Pierre BRUN, Caroline BIRON, Hans IVERS, IRSST (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, août 2007, Québec, CANADA
- Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention, INSERM, Expertise collective, Editions de l'INSERM, Paris, 2005

Etudes européennes et internationales

- Health and safety executive : defining a case of work related stress, Tom Cox, Amanda Griffiths, Jonathan Houdmont
- European Psychiatry, APARAND programme, An intervention to prevent relapses of anxiety and depressive disorders, first results of a medical health promotion intervention in a population of employees
- EUROGIP, février 2004, Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ?
- Santé, société et solidarité n° 2.2006 : Prévention des risques psychosociaux en Belgique et au Québec
- Comment maîtriser les problèmes psychosociaux et réduire le stress d'origine professionnel, Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, 2003
- Recherche sur le stress au travail, Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, Tom COX, Amanda GRIFFITHS, Eusebio RIAL-GONZALES, 2006
- Travailler sans stress, Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, dans le cadre de la semaine européenne de la sécurité et de la santé au travail, 2002
- Coût du stress, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (1999)
- European ways to combat psychosocial risks related to work organisation : towards organisational interventions ?, Partnership for European research (PEROSH), 2004
- Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé au travail, Etudes et recherches, rapport R-514, Jean-Pierre BRUN, Caroline BIRON, Hans IVERS, IRSST (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, août 2007, Québec, CANADA
- Expert forecast on emerging psychological risks related to occupational safety and health, Luxembourg, Office for official publications of the European communities, European agency for safety and health at work (Bilbao) , 2007
- Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin), 4ième enquête européenne, Luxembourg, Office for official publications of the European communities, 2007
- Impact économique de la santé et de la sécurité au travail dans les Etats membres de l'Union Européenne, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 1999
- Impact of changing social structures on stress and quality of life : individual and social perspectives, Rapport non publié réalisé par 6 pays européen sous l'égide de l'Université de Surrey, Stress impact consortium, Surrey University, UK, 2006

- International Labour Organization (ILO), Stress at work, Programme on safety and health at work and the environment (safe work), Genève, 2002

- Stress at work, US Department of health and human services, Public Health Service, Center for Diseases Control and Prevention, National institute for occupational safety and health, Cincinnati, 1999

Volet bonnes pratiques /communication

- Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail, Benjamin Sahler en collaboration avec Michel Berthet, Philippe Douillet et Isabelle Mary-Cheray, ANACT, mai 2007

- Risques psychosociaux : guide pour une démarche de prévention pluridisciplinaire, ARACT Aquitaine

- Souffrance mentale au travail : un repère pour l'action, L'inspection du travail au cœur d'une approche pluridisciplinaire, Cahiers de l'INTEFP, avril 2006

- Le stress au travail une réalité, Colloque INRS à Nancy, 1^{er} et 2 février 2007

- Dépister les risques psycho sociaux : des indicateurs pour vous guider, INRS, décembre 2007

- Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention, Repère pour le préventeur en entreprise, INRS, Dominique Chouanière, Valérie Langevin, Anne Guilbert, juillet 2007

- Dossier internet INRS :

Santé mentale au travail / Travail et agressions, état des lieux et prévention des risques / Harcèlement moral au travail, Généralités et contexte français.

- Accord du secteur de la banque sur le phénomène des incivilités et des violences émanant du contact avec la clientèle du 15 novembre 2006

- Accord du secteur de la banque relatif à la sécurité des agences bancaires du 15 novembre 2006

- EDF, PSA, France Telecom, Renault (retour d'expériences)

- Contrat de prévention de l'entreprise Steelcase avec la CRAM du 67

Volet juridique

- Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail
- Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (document unique)
- Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social (institution des CRRMP/ Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles)
- Loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 (introduction du harcèlement moral dans le Code du travail)
- Accord cadre européen sur le stress au travail du 8 octobre 2004
- Accord cadre européen du 26 avril 2007 sur le harcèlement et la violence sur le lieu de travail
- Circulaire CNAMTS DRP n° 37/99 et ENSM n° 40/99 du 10 décembre 1999, relative à la prise en charge des troubles psychologiques au titre du risque professionnel
- Circulaire CNAMTS DGR n° 1329/82 et ENSM n° 640/82 du 2 août 1982 relative à la prise en charge au titre des accidents du travail des traumatismes psychologiques des personnels des établissements financiers, commerciaux ou industriels à la suite d'une attaque à main armée pour vol

ANNEXE 4

FRAMEWORK AGREEMENT ON WORK-RELATED STRESS

1. Introduction

Work-related stress has been identified at international, European and national levels as a concern for both employers and workers. Having identified the need for specific joint action on this issue and anticipating a Commission consultation on stress, the European social partners included this issue in the work programme of the social dialogue 2003-2005.

Stress can potentially affect any workplace and any worker, irrespective of the size of the company, field of activity, or form of employment contract or relationship. In practice, not all work places and not all workers are necessarily affected.

Tackling stress at work can lead to greater efficiency and improved occupational health and safety, with consequent economic and social benefits for companies, workers and society as a whole. Diversity of the workforce is an important consideration when tackling problems of work-related stress.

2. Aim

The aim of the present agreement is to increase the awareness and understanding of employers, workers and their representatives of work-related stress, draw their attention to signs that could indicate problems of work-related stress.

The objective of this agreement is to provide employers and workers with a framework to identify and prevent or manage problems of work-related stress. It is not about attaching blame to the individual for stress.

Recognising that harassment and violence at the work place are potential work-related stressors but that the EU social partners, in the work programme of the social dialogue 2003-2005, will explore the possibility of negotiating a specific agreement on these issues, this agreement does not deal with violence, harassment and post-traumatic stress.

3. Description of stress and work-related stress

Stress is a state, which is accompanied by physical, psychological or social complaints or dysfunctions and which results from individuals feeling unable to bridge a gap with the requirements or expectations placed on them.

The individual is well adapted to cope with short-term exposure to pressure, which can be considered as positive, but has greater difficulty in coping with prolonged exposure to intensive pressure. Moreover, different individuals can react differently to similar situations and the same individual can react differently to similar situations at different times of his/her life.

Stress is not a disease but prolonged exposure to it may reduce effectiveness at work and may cause ill health.

Stress originating outside the working environment can lead to changes in behaviour and reduced effectiveness at work. All manifestations of stress at work cannot be considered as work-related stress. Work-related stress can be caused by different factors such as work content, work organisation, work environment, poor communication, etc.

4. Identifying problems of work-related stress

Given the complexity of the stress phenomenon, this agreement does not intend to provide an exhaustive list of potential stress indicators. However, high absenteeism or staff turnover, frequent interpersonal conflicts or complaints by workers are some of the signs that may indicate a problem of work-related stress.

Identifying whether there is a problem of work-related stress can involve an analysis of factors such as work organisation and processes (working time arrangements, degree of autonomy, match between workers skills and job requirements, workload, etc.), working conditions and environment (exposure to abusive behaviour, noise, heat, dangerous substances, etc.), communication (uncertainty about what is expected at work, employment prospects, or forthcoming change, etc.) and subjective factors (emotional and social pressures, feeling unable to cope, perceived lack of support, etc.).

If a problem of work-related stress is identified, action must be taken to prevent, eliminate or reduce it. The responsibility for determining the appropriate measures rests with the employer. These measures will be carried out with the participation and collaboration of workers and/or their representatives.

5. Responsibilities of employers and workers

Under framework directive 89/391, all employers have a legal obligation to protect the occupational safety and health of workers. This duty also applies to problems of work-related stress in so far as they entail a risk to health and safety. All workers have a general duty to comply with protective measures determined by the employer.

Addressing problems of work-related stress may be carried out within an overall process of risk assessment, through a separate stress policy and/or by specific measures targeted at identified stress factors.

6. Preventing, eliminating or reducing problems of work-related stress

Preventing, eliminating or reducing problems of work-related stress can include various measures. These measures can be collective, individual or both. They can be introduced in the form of specific measures targeted at identified stress factors or as part of an integrated stress policy encompassing both preventive and responsive measures.

Where the required expertise inside the work place is insufficient, competent external expertise can be called upon, in accordance with European and national legislation, collective agreements and practices.

Once in place, anti-stress measures should be regularly reviewed to assess their effectiveness, if they are making optimum use of resources, and are still appropriate or necessary.

Such measures could include, for example:

_ management and communication measures such as clarifying the company's objectives and the role of individual workers, ensuring adequate management support for individuals and teams, matching responsibility and control over work, improving work organisation and processes, working conditions and environment,

_ training managers and workers to raise awareness and understanding of stress, its possible causes and how to deal with it, and/or to adapt to change,

_ provision of information to and consultation with workers and/or their representatives in accordance with EU and national legislation, collective agreements and practices.

7. Implementation and follow-up

In the context of article 139 of the Treaty, this voluntary European framework agreement commits the members of UNICE/UEAPME, CEEP and ETUC (and the liaison committee EUROCADRES/CEC) to implement it in accordance with the procedures and practices specific to management and labour in the Member States and in the countries of the European Economic Area.

The signatory parties also invite their member organisations in candidate countries to implement this agreement.

The implementation of this agreement will be carried out within three years after the date of signature of this agreement.

Member organisations will report on the implementation of this agreement to the Social Dialogue Committee. During the first three years after the date of signature of this agreement, the Social Dialogue Committee will prepare a yearly table summarising the on-going implementation of the agreement. A full report on the implementation actions taken will be prepared by the Social Dialogue Committee during the fourth year.

The signatory parties shall evaluate and review the agreement any time after the five years following the date of signature, if requested by one of them.

In case of questions on the content of this agreement, member organisations involved can jointly or separately refer to the signatory parties, who will jointly or separately reply.

When implementing this agreement, the members of the signatory parties avoid unnecessary burdens on SME.

Implementation of this agreement does not constitute valid grounds to reduce the general level of protection afforded to workers in the field of this agreement.

This agreement does not prejudice the right of social partners to conclude, at the appropriate level, including European level, agreements adapting and/or complementing this agreement in a manner which will take note of the specific needs of the social partners concerned.

John Monks

General Secretary of the ETUC
(on behalf of the trade union delegation)

Dr. Jürgen Strube Paul Reckinger
President of UNICE President of UEAPME

Rainer Plassmann
General Secretary of CEEP

8 october 2004

EUROPEAN TRADE UNION CONFEDERATION
(ETUC)
Boulevard du Roi Albert II, 5
B-1210 Brussels
Tel. +32 2 224 04 11
<http://www.etuc.org>

UNION OF INDUSTRIAL AND EMPLOYERS'
CONFEDERATIONS OF EUROPE
Av. de Cortenbergh 168
B-1000 Brussels
Tel. +32 2 237.65.11
<http://www.unice.org>

EUROPEAN ASSOCIATION OF CRAFT
SMALL AND MEDIUM-SIZED ENTERPRISES
Rue Jacques Lalaing, 4
B-1040 Bruxelles
Tel. +32 2 230 75 99
<http://www.ueapme.com>

EUROPEAN CENTRE OF ENTERPRISES
WITH PUBLIC PARTICIPATION AND OF
ENTERPRISES OF GENERAL ECONOMIC INTEREST
Rue de la Charité, 15 B-1210 Brussels
Tel. +32 2 219 27 98
<http://www.ceep.org>

ANNEXE 5

Framework agreement on harassment and violence at work

INTRODUCTION

Mutual respect for the dignity of others at all levels within the workplace is one of the key characteristics of successful organizations. That is why harassment and violence are unacceptable. BUSINESSEUROPE, UEAPME, CEEP and ETUC (and the liaison committee EUROCADRES/CEC) condemn them in all their forms. They consider it is a mutual concern of employers and workers to deal with this issue, which can have serious social and economic consequences.

EU¹ and national law define the employers' duty to protect workers against harassment and violence in the workplace.

Different forms of harassment and violence can affect workplaces. They can be physical, psychological and/or sexual, be one off incidents or more systematic patterns of behaviour, be amongst colleagues, between superiors and subordinates or by third parties such as clients, customers, patients, pupils, etc. range from minor cases of disrespect to more serious acts, including criminal offences, which require the intervention of public authorities.

The European social partners recognize that harassment and violence can potentially affect any workplace and any worker, irrespective of the size of the company, field of activity or form of the employment contract or relationship. However, certain groups and sectors can be more at risk. In practice not all workplaces and not all workers are affected.

This agreement deals with those forms of harassment and violence which are within the competence of social partners and correspond to the description made in section 3 below.

AIM

The aim of the present agreement is to : increase the awareness and understanding of employers, workers and their representatives of workplace harassment and violence, provide employers, workers and their representatives at all levels with an action-oriented framework to identify, prevent and manage problems of harassment and violence at work.

¹ This includes amongst others the following Directives:

- Directive 2000/43/EC of 29 June 2000 implementing the principle of equal treatment between persons irrespective of racial or ethnic origin
- Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation
- Directive 2002/73/EC of 23 September 2002 amending Council Directive 76/207/EEC on the implementation of the principle of equal treatment for men and women as regards access to employment, vocational training and promotion, and working conditions
- Directive 89/391/EEC on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work

DESCRIPTION

Harassment and violence are due to unacceptable behaviour by one or more individuals and can take many different forms, some of which may be more easily identified than others. The work environment can influence people's exposure to harassment and violence.

Harassment occurs when one or more worker or manager are repeatedly and deliberately abused, threatened and/or humiliated in circumstances relating to work.

Violence occurs when one or more worker or manager are assaulted in circumstances relating to work.

Harassment and violence may be carried out by one or more managers or workers, with the purpose or effect of violating a manager's or worker's dignity, affecting his/her health and/or creating a hostile work environment.

PREVENTING, IDENTIFYING AND MANAGING PROBLEMS OF HARASSMENT AND VIOLENCE

Raising awareness and appropriate training of managers and workers can reduce the likelihood of harassment and violence at work.

Enterprises need to have a clear statement outlining that harassment and violence will not be tolerated. This statement will specify procedures to be followed where cases arise. Procedures can include an informal stage in which a person trusted by management and workers is available to give advice and assistance. Pre-existing procedures may be suitable for dealing with harassment and violence.

A suitable procedure will be underpinned by but not confined to the following : It is in the interest of all parties to proceed with the necessary discretion to protect the dignity and privacy of all :

- No information should be disclosed to parties not involved in the case
- Complaints should be investigated and dealt with without undue delay
- All parties involved should get an impartial hearing and fair treatment
- Complaints should be backed up by detailed information
- False accusations should not be tolerated and may result in disciplinary action
- External assistance may help

If it is established that harassment and violence has occurred, appropriate measures will be taken in relation to the perpetrator(s). This may include disciplinary action up to and including dismissal.

The victim(s) will receive support and, if necessary, help with reintegration.

Employers, in consultation with workers and/or their representatives, will establish, review and monitor these procedures to ensure that they are effective both in preventing problems and dealing with issues as they arise.

Where appropriate, the provisions of this chapter can be applied to deal with cases of external violence.

IMPLEMENTATION AND FOLLOW-UP

In the context of article 139 of the Treaty, this autonomous European framework agreement commits the members of BUSINESSEUROPE, UEAPME, CEEP and ETUC (and the liaison committee EUROCADRES/CEC) to implement it in accordance with the procedures and practices specific to management and labour in the Member States and in the countries of the European Economic Area.

The signatory parties also invite their member organisations in candidate countries to implement this agreement.

The implementation of this agreement will be carried out within three years after the date of signature of this agreement.

Member organisations will report on the implementation of this agreement to the Social Dialogue Committee. During the first three years after the date of signature of this agreement, the Social Dialogue Committee will prepare and adopt a yearly table summarising the on-going implementation of the agreement. A full report on the implementation actions taken will be prepared by the Social Dialogue Committee and adopted by the European social partners during the fourth year.

The signatory parties shall evaluate and review the agreement any time after the five years following the date of signature, if requested by one of them.

In case of questions on the content of this agreement, member organisations involved can jointly or separately refer to the signatory parties, who will jointly or separately reply.

When implementing this agreement, the members of the signatory parties avoid unnecessary burdens on SMEs.

Implementation of this agreement does not constitute valid grounds to reduce the general level of protection afforded to workers in the field of this agreement.

This agreement does not prejudice the right of social partners to conclude, at the appropriate level, including European level, agreements adapting and/or complementing this agreement in a manner which will take note of the specific needs of the social partners concerned.

John Monks Philippe de Buck Hans-Werner Müller Rainer Plassmann

General Secretary Secretary General Secretary General Secretary General
of ETUC of BUSINESSEUROPE of UEAPME of CEEP

(on behalf of the
trade union delegation)

THE CONFEDERATION OF EUROPEAN
BUSINESS

Av. de Cortenbergh 168
1000 Brussels

www.busesseurope.eu

EUROPEAN ASSOCIATION OF CRAFT
SMALL AND MEDIUM-SIZED
ENTERPRISES

Rue Jacques de Lalaing, 4
1040 Brussels

www.ueapme.com

EUROPEAN CENTRE OF ENTERPRISES WITH
PUBLIC PARTICIPATION AND OF ENTERPRISES
OF GENERAL ECONOMIC INTEREST

Rue de la Charité, 15
1210 Brussels
www.ceep.eu
EUROPEAN TRADE UNION
CONFEDERATION
Bd. du Roi Albert II, 5
1210 Brussels
www.etuc.org

ANNEXE 6

Fiches synthétiques des principales études menées dans le champ du travail et de la santé mentale

Baromètre santé

Baromètre santé population générale

Organisme responsable

INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé,
Direction des affaires scientifiques,
42 Boulevard de la Libération
92203 Saint denis Cedex

Résultats disponibles sur www.sante.gouv.fr/htm/publication

Objectifs

Le baromètre évalue les attitudes, les comportements et les connaissances des français en matière de santé.

Dans un contexte caractérisé par le besoin d'aide pour le pilotage de programmes de prévention, le baromètre entend prendre en compte la pluricausalité des maladies et des nombreux facteurs de risque ou de protection, qu'ils soient environnementaux, génétiques ou comportementaux.

Champs

France Métropolitaine
Population source : population générale âgée de 12 à 75 ans et parlant le français.

Caractéristique de la collecte

Les données sont recueillies par un institut de sondage choisi après appel d'offre. Une lettre d'annonce est envoyée avant tout appel. Le recueil se fait par téléphone, assisté par un ordinateur et dure 34 minutes en moyenne.

Echantillonnage

Pour sélectionner les personnes, un premier tirage aléatoire des ménages est réalisé dans l'annuaire France Télécom. Puis un deuxième tirage au sort est fait dans le ménage, par la sélection d'un individu selon la méthode « anniversaire ». Depuis 1999, les personnes inscrites sur liste rouge participent à l'enquête.

Une pondération de la base par le nombre de personnes éligible dans chaque ménage est ensuite réalisée ainsi qu'un redressement selon le recensement de l'INSEE.

En 1999 et en 2004, une représentativité régionale a été obtenue par le biais de sur-échantillons pour cinq régions : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Picardie (*pour les 12-25 ans*) et Poitou-Charentes (*12-75 ans*).

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

L'enquête existe depuis 1992 et a été renouvelée plusieurs fois : en 1993 (1 950 adultes), en 1995 (1 993 adultes), en 1996 sur la nutrition (1 984 adultes), en 1999 (13 685 jeunes et adultes) et en 2004.

Une enquête auprès de 4 115 jeunes a été réalisée en 1997.

Une enquête auprès de médecins généralistes a été réalisée en 1992 (252) et renouvelée en 1993 (494), 1994 (1 013), 1998(2 073).

Une parution intitulée Baromètre santé en population générale est publiée tous les 4 ans.

Variables et nomenclatures

- Pour les personnes interrogées :

- sexe,
- date de naissance,
- diplôme le plus élevé et autre diplôme,
- activité professionnelle,
- profession du conjoint, du père/beau-père, de la mère/belle-mère.

- Perception de la santé :

- craintes sanitaires,
- sentiment d'être informé.

- Vaccination ;

- Santé mentale :

- échelle de qualité de vie de Duke,
- suicide
- échelle de dépression MINI.

- Habitudes alimentaires, activité sportive ;

- Tabac, alcool, drogues illicites, accidents de la vie courante, pensées et tentatives de suicide, violences physiques et prises de risques ;

- Comportements sexuels, contraception, MST et prévention du VIH ;

- Consommation de soins et prise en charge de la douleur, dépistage des cancers.

Base nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles

Accidents du travail et maladies professionnelles
Base CRAM AT/MP / CNAMTS

Organisme responsable

CNAMTS Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Direction des risques professionnels/ Mission Statistique
26-50, avenue du Professeur André Lemierre 75986 PARIS Cedex 20

Résultats disponibles sur www.ameli.fr

Objectifs

Cette base correspond à la compilation, pour les trois dernières années connues et au niveau national, des bases gérées au niveau régional par chacune des caisses régionales d'assurance-maladie.

Elle permet d'établir la tarification collective annuelle de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » pour le régime général et de fournir de l'information sur les causes, circonstances et conséquences des accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles.

Champs

France entière

Les résultats sont obtenus au niveau régional (les données sont issues des CRAM) et compilés en une base nationale.

Caractéristique de la collecte

La population source correspond aux nouveaux cas de sinistres - accidents du travail et maladies professionnelles - pour lesquels un premier versement d'indemnités journalières, la fixation d'un taux d'incapacité permanente ou un décès est enregistré.

Les données présentées proviennent des déclarations d'accidents ou de maladie dont le caractère professionnel du sinistre a été reconnu. Elles sont transmises aux CRAM par les CPAM pour rattachement à un employeur (pour la tarification) et codification d'éléments d'information sur le sinistre (pour la prévention).

Echantillonnage

Les données sont présentées de façon exhaustive et couvrent 100% des cas correspondants aux caractéristiques décrites ci-dessus.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

Le mode de recueil de données a été rénové en 1992, mais des données existent depuis 1950.

Les données élémentaires sont conservées trois ans au niveau national, huit ans au niveau régional.

Variables et nomenclatures

Sur la victime et pour les accidents du travail et de trajet (avec arrêt, avec incapacité permanente ou mortels) :

- tranche d'âge ;
- sexe ;
- qualification professionnelle ;
- profession ; secteur d'activité ;
- région ;
- nature des lésions ;
- siège des lésions ;
- élément matériel (cause de l'accident) ;
- lieu de l'accident.

Pour les maladies professionnelles (avec arrêt, avec incapacité permanente, ou mortelles) :

- tableau de maladie professionnelle ;
- syndrome ; agent causal ;
- profession ;
- secteur d'activité ;
- région.

Enquête Conditions de travail

Enquête nationale sur les conditions de travail, 2005

Organisme responsable

DARES Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,
39-43 Quai André Citroën 75015 Paris

Résultats disponibles sur www.travail-solidarite.gouv.fr (rubrique Etudes/recherches/statistiques de la DARES)

Objectifs

L'enquête « Conditions de travail » vise à quantifier les conditions de travail et à cerner au plus près le travail réel tel qu'il est perçu par le travailleur, et non pas le travail prescrit tel qu'il peut être décrit par l'entreprise ou l'employeur.

Elle évalue l'évolution de ces conditions depuis les précédentes enquêtes réalisées avec la même méthodologie, et compare ou confronte les résultats avec d'autres sources.

Cette enquête est réalisée en complément de l'enquête Emploi de l'INSEE.

Champs

Le champ de l'enquête est celui de l'enquête Emploi.

Il inclut l'ensemble de ménages ordinaires de la France métropolitaine et une partie de la population des communautés, dans la mesure où leurs membres ont des liens familiaux avec des ménages ordinaires. En restent toutefois exclus certains ouvriers des chantiers temporaires, des jeunes et des étrangers hébergés en foyers, les personnes en établissements hospitaliers, scolaires et hôteliers vivant en collectivité.

Depuis 1991, l'enquête concerne tous les actifs occupés, salariés ou non.

Caractéristique de la collecte

Jusqu'en 2002, l'enquête Emploi était réalisée annuellement, en mars de chaque année. Les personnes étaient alors interrogées sur leurs conditions de travail après la passation du questionnaire de l'enquête Emploi.

Depuis 2002, l'enquête Emploi se déroule « en continu » sur six trimestres. Les enquêtés sont interrogés deux fois en face à face (la première et la dernière) et quatre fois par téléphone. L'enquête Conditions de Travail, qui est la première enquête complémentaire à la nouvelle enquête Emploi en continu, se déroule au cours du sixième et dernier entretien.

Pour toutes les questions ayant trait aux pénibilités physiques ou psychiques du travail, la référence à des seuils

chiffrés a été volontairement évitée. C'est l'appréciation de la personne enquêtée que l'on recueille, qu'il s'agisse d'efforts physiques, d'exposition aux températures extrêmes, de risques d'erreurs ou d'intensité du travail et non une mesure objective. Pour autant, il ne s'agit pas d'enquêtes d'opinion.

Echantillonnage

Ces enquêtes sont effectuées à domicile sur un échantillon représentatif de la population de 15 ans ou plus exerçant un emploi. Elles complètent les enquêtes Emploi de l'Insee. Le questionnaire est soumis à tous les actifs ayant un emploi parmi les personnes interrogées pour cette sixième fois dans le cadre de l'Enquête Emploi, soit 22 000 personnes en 1998 et 19 000 personnes en 2005.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

Les enquêtes Conditions de travail, sont organisées et exploitées par la DARES depuis 1978. Elles sont renouvelées tous les sept ans : 1984, 1991, 1998, 2005.

Variables et nomenclatures

Très focalisée en 1978 sur l'univers industriel, l'enquête s'est étoffée depuis 1991 d'une description des facteurs de charge mentale et des marges de manœuvre dans l'exécution des consignes (« devoir abandonner une tâche pour une autre », « ne pas pouvoir faire varier les délais fixés », « quelle conduite en cas d'incident » etc...).

En 1998, l'enquête s'est enrichie d'un questionnement sur le morcellement ou le caractère imprévisible des horaires de travail ainsi que sur les accidents du travail.

En 2005, de nouvelles questions ont été introduites sur la charge mentale au travail et sur les politiques de prévention des risques menées par les entreprises.

En outre, le questionnement sur la durée du travail a été modifié. Jusqu'en 1998, les horaires quotidiens étaient appréhendés par rapport à une « journée de référence », dernière journée travaillée qui ne corresponde pas à une situation exceptionnelle. En 2005, la durée quotidienne est évaluée par rapport à des « horaires habituels », en référence à la situation moyenne vécue par le travailleur.

Enquête décennale santé

Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, 2002-2003
E.S 2002-2003

Organisme responsable

INSEE Institut national de la statistique et des études économiques,
Division Conditions de vie des ménages
18, Boulevard Adolphe Pinard
75675 Paris cedex 14
et
DREES Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
14 Avenue Duquesne,
75350 Paris cedex 07

Résultats disponibles sur www.sante.gouv.fr/htm/publication

Objectifs

L'enquête évalue les états de santé et la pratique des soins médicaux et de la prévention dans la population générale.

Elle mesure la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention. Elle mesure également la morbidité déclarée incidente et prévalente ainsi que la santé perçue et les états de santé.

Elle met en relation les mesures de consommation avec les mesures d'état de santé et les caractéristiques socio-démographiques des individus et des ménages.

Champs

Population résidant à son domicile, personnes âgées de 18 ans et plus, France entière.

Représentativité géographique : représentativité nationale uniquement.

Caractéristique de la collecte

La collecte des données repose sur un auto-questionnaire (auto-questionnaire SF 36 pour la santé mentale).

L'enquête dans chaque ménage dure soixante semaines avec trois visites de l'enquêteur, soit deux périodes d'observation de trente jours.

Dans les cinq régions, l'enquête nationale est prolongée par une proposition aux adultes enquêtés de faire réaliser un examen de santé, afin d'objectiver certaines mesures de morbidité, et de répondre à des questionnements spécifiques relatifs à la prévention.

Les données de consommations déclarées sont comparées, de façon agrégée, avec les données administratives de remboursement de l'assurance-maladie. L'appariement sur la survenue d'accident de travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) n'est pas prévu. Un décompte serait possible sur l'ensemble. L'enquête évoque l'une et l'autre sans distinguer les AT des MP, en questionnant sur la prise en charge d'une incapacité permanente.

Echantillonnage

L'enquête repose sur deux tirages au sort de logements, l'un pour l'échantillon de niveau national, l'autre pour les extensions régionales, soit un échantillon total de 25 000 logements, à partir de :

- « l'échantillon maître » INSEE, afin de disposer d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires et d'individus au niveau national, environ 18 000 logements ;
- « l'échantillon maître extension » INSEE, pour disposer d'échantillons représentatifs là où sont réalisées les extensions régionales : en Ile-de-France, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne.

Au niveau national, le nombre d'enquêtés est de l'ordre de 48 000 et le nombre d'actifs de l'ordre de 12 000.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

L'enquête existe depuis 1960. Elle a été réalisée en 1970-1971, 1980-1981, 1991-1992. Sa conception initiale répondait à un besoin d'explorer la nature et la valeur des consommations relatives à la santé du fait de leur très forte croissance et des inégalités les caractérisant. Depuis, son contenu « santé » s'est sensiblement étoffé, à la fois dans la dimension « santé perçue » et la dimension morbidité « objectivable ».

L'enquête 2002-2003 :

- questionne chaque individu du ménage sur la consommation de soins, et les seuls adultes sur leur morbidité ;
- couvre l'année entière, y compris les mois d'été, soit cinq vagues ;
- mesure la santé perçue, avec des auto-questionnaires relatifs à des pathologies particulières.

Variables et nomenclatures

- Caractéristiques socio-démographiques des individus, y compris diplômes et profession.
- Profession actuelle et celle le plus longtemps exercée ; âge au premier emploi.
- Durée du chômage au cours de la vie professionnelle.
- Durée de cessation d'activité de plus de six mois pour raison de santé.
- Changement d'activité pour raison de santé.
- Caractéristiques de la couverture du risque « maladie » pour chaque individu.
- Caractéristique du logement et composition du ménage ; revenus.
- Morbidité et handicaps des individus.
- Consommations de soins et de prévention en volume et en valeur par catégories.
- Activité professionnelle actuelle ou passée si retrait d'activité.

- Nomenclatures Insee pour les aspects socio-démographiques.
- Classification internationale des maladies pour la morbidité.
- Nomenclatures « Comptes de la Santé » pour les consommations de soins.

Enquête EMPLOI

Enquête « emploi », trimestrielle depuis 2003

Organisme responsable

INSEE Institut national de la statistique
Département de l'emploi et des revenus d'activité, division « emploi »
18 bd Adolphe Pinard 75014 Paris.

Résultats disponibles sur www.insee.fr

Objectifs

L'enquête Emploi permet de mesurer le chômage au sens du Bureau international du travail (BIT). Elle fournit aussi des données sur les professions, l'activité des femmes ou des jeunes, la durée du travail, les emplois précaires. Elle permet de mieux cerner la situation des chômeurs et les changements de situations vis à vis du travail. Elle sert de support à de nombreux travaux de recherche dans le domaine économique et social.

L'enquête s'inscrit dans le cadre des enquêtes « forces de travail » défini par l'Union européenne et fournit une mesure des concepts d'activité retenus par le (BIT).

Champs

France métropolitaine. Les DOM effectuent une enquête emploi indépendante.

Le champ de l'enquête est constitué de personnes âgées de plus de 15 ans en résidence principale de ménages ordinaires ou en collectivité.

Caractéristique de la collecte

La collecte se déroule tout au long de l'année. Les logements sont interrogés six trimestres consécutifs. L'interrogation se déroule par entrevue dans le logement à enquêter lors de la première et de la sixième vague d'enquête. Les deuxièmes, troisièmes, quatrième et cinquième vague se déroulent par téléphone.

Echantillonnage

L'enquête est réalisée auprès d'un échantillon de logements. Un logement de l'échantillon représente environ 600 logements du territoire français.

1/6^{ième} de l'échantillon est renouvelé chaque trimestre.
214 000 logements sont interrogés chaque année, soit 300 000 personnes.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

Depuis 2003, l'enquête Emploi est trimestrielle. La dernière enquête Emploi annuelle a été réalisée en mars 2002. L'enquête existe depuis 1950.

Variables et nomenclatures

L'enquête comporte plus de 400 variables regroupées selon différents thèmes :

- Position sur le marché du travail
- Activités professionnelles
- Recherche d'emploi
- Inscription à l'ANPE
- Activité professionnelle antérieure
- Formation
- Inactivité
- Allocations
- Situation un an auparavant
- Origine géographique et sociale
- Calendrier mensuel rétrospectif d'activité

Programme SAMOTRACE

Programme SAMOTRA-CE, Santé Mentale Observatoire Travail

Organisme responsable

InVS Institut de veille sanitaire
Département santé-travail
12 rue de Val d'Osne 94457 Saint-Maurice cedex

Résultats intermédiaires à 1 an disponibles sur www.invs.sante.fr

Objectifs

Le projet Samotrace est un projet pilote ayant pour but de tester la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique de la santé mentale en relation avec l'activité professionnelle. Ce projet, mené dans plusieurs régions françaises, servira d'étude de faisabilité pour une pérennisation et une extension nationale.

Trois principaux objectifs sont visés :

- estimer la fréquence des troubles de santé mentale et des expositions associées selon l'emploi ;
(profession et secteur d'activité/ secteurs privé et agricole) et leur évolution dans le temps ;
- produire des données destinées à mieux identifier les facteurs professionnels à risque pour la santé mentale ;
- explorer l'utilisation des données médico-administratives relatives aux troubles psychiatriques à des fins de surveillance épidémiologique.

Méthode

Ce programme comporte 3 volets indépendants :

- Le premier volet "*épidémiologie en entreprise*" est consacré au recueil d'informations sur la santé et les conditions de travail des personnes en activité des secteurs privés et agricoles le secteur public étant très faiblement représenté. Ce volet a pour objectif de décrire l'état de santé mentale au travail, à travers différents indicateurs. Il est basé sur la participation volontaire de médecins du travail engagés pour un recueil de données de deux ans.
- Le deuxième volet « *médico administratif* » a pour objet de tester l'exploitation épidémiologique des données d'attribution de pensions d'invalidité pour troubles psychiatriques.
- Le troisième volet consiste en une analyse qualitative de situations de souffrance mentale ou de décompensation psychopathologique à travers des monographies réalisées par des médecins du travail experts dans le domaine de la santé mentale.

Champs

Le programme Samotrace repose sur trois projets distincts mis en œuvre dans deux zones géographiques pilotes : la région Centre et la zone environnante Poitou-Charentes et pays de Loire (1) et la région Rhône-Alpes (2).

Caractéristique de la collecte

Pour le volet « épidémiologie en entreprise », la collecte est réalisée par un réseau de médecins du travail volontaires. Les données sont recueillies par un auto questionnaire lors de la visite périodique de médecine du travail et complété par un questionnaire administré par le médecin.

Il est à noter que le contenu des questionnaires et leur mode d'administration diffèrent selon la zone géographique concernée.

Pour le volet « médico-administratif », les données sont recueillies lors de la visite concluant à l'attribution de pension d'invalidité pour troubles psychiatriques par les médecins-conseils du régime général et de la mutualité sociale agricole.

Echantillonnage

Le volet "*épidémiologie en entreprise*" concerne des salariés des secteurs privé et agricole tirés au sort. Si la participation est bonne, elle devrait permettre de disposer de 10 000 questionnaires pour les 2 années de recueil.

Le deuxième volet « *médico administratif* » concerne des salariés auxquels est attribuée une pension d'invalidité pour troubles psychiatriques. Environ 1000 enregistrements d'attribution de pension d'invalidité sont attendus dans les régions pilotes.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

Le programme Samotrace est mis en œuvre pour une période de 2 ans.
La collecte de données a débuté en 2006 en région Centre et en 2007 en Rhône-Alpes.

Les résultats intermédiaires à 1 an de la région Centre sont disponibles pour le premier et le deuxième volet (site internet de l'InVS).

Variables et nomenclatures

Pour le premier volet, les informations recueillies comprennent des variables socio démographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, type d'habitation, revenu...) et personnelles (événements de vie récents et dans l'enfance, soutien social). Ces variables sont plus ou moins détaillées selon la zone pilote.

Pour le deuxième volet, les données recueillies comprennent quelques informations socio démographiques, le motif de mise en invalidité et des informations sur le dernier emploi ainsi que sur celui qui a été le plus longtemps exercé.

Le troisième volet est facultatif et qualitatif.

Enquête sur la santé et l'itinéraire professionnel

Enquête SIP

Organisme responsable

Maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre partagée entre la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

Documents disponibles sur www.travail.gouv.fr/ rubrique études, recherches et statistiques de la DARES

Objectifs

Il s'agit d'explorer en population générale les dynamiques de santé liées aux caractéristiques des parcours professionnels et des conditions de travail.

La première vague de l'enquête consiste en un questionnement rétrospectif qui vise à repérer les principaux changements de l'état de santé au regard des situations de travail décrites dans leurs durées et leurs discontinuités ; et en retour à saisir l'incidence de l'état de santé au sens le plus large sur le parcours professionnel des personnes, les aléas de carrière ou les discriminations éventuelles qu'elles ont pu rencontrer.

Champs

L'enquête est effectuée auprès d'individus vivant en ménage ordinaire, en France métropolitaine

Les individus, sont âgés de 20 à 74 ans à la date de l'enquête et sont retenus quel que soit leur situation vis-à-vis du marché du travail (actifs occupés, chômeurs ou inactifs).

Caractéristique de la collecte

La mise en œuvre de l'enquête est réalisée par l'INSEE

Le matériel de collecte : l'enquête s'appuie sur un questionnaire informatisé (CAPI), une grille biographique et un auto questionnaire. La grille biographique permet de reconstituer l'itinéraire professionnel de l'individu et de replacer certains événements marquants de sa vie familiale et privée (déménagements, naissance d'enfants,...). L'entretien se poursuit ensuite par la description et la saisie dans le questionnaire informatisé de chaque phase : emplois longs, courts, chômage ou inactivité. A chaque étape décrite, un lien est fait avec l'état de santé. Si l'enquêté déclare une maladie, un handicap ou un accident, un ensemble de questions relatives à ces problèmes de santé seront posées à l'enquêté à la suite de l'itinéraire professionnel. Au terme de l'entretien mené par l'enquêteur, l'enquêté se voit proposer un auto questionnaire qui porte notamment sur ses pratiques en matière de consommation d'alcool et de tabac qu'il devra remplir et renvoyer ultérieurement.

Echantillonnage

L'échantillon de l'enquête a été tiré dans le recensement de la population de 1999 et comportait 22 632 fiches-adresses.

A la date du 31 décembre 2006, date de clôture de la collecte, 14 000 entretiens ont été comptabilisés.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

La première phase de collecte de l'enquête SIP s'est déroulée de novembre 2006 à janvier 2007 ; la deuxième est prévue pour 2010.

Variables et nomenclatures

Les thèmes abordés sont les suivants :

- Les grandes caractéristiques et les événements marquants de la vie familiale au cours de l'enfance et dans la vie d'adulte
- Les déménagements liés à la vie professionnelle
- Les épisodes successifs de l'itinéraire professionnel
- Une description du travail actuel, ses contraintes temporelles, nuisances, la dimension collective du travail, l'autonomie, les moyens de travail, le type de reconnaissance ou son absence
- Une appréciation globale sur la conduite de l'itinéraire , les activités sociales, actuelles et dans le passé, le sentiment d'isolement et les revenus du ménage les événements de santé, passés ou actuels (maladies, handicaps), leur interaction avec l'itinéraire professionnel et leur reconnaissance administrative (affections de longue durée , mise en inaptitude, en invalidité)
- Des questions d'appréciation de la santé physique et mentale actuelle
- Un relevé de gênes fonctionnelles, de douleurs et de restrictions d'activités au moment de l'enquête

Enquête santé mentale en population générale

La Santé mentale en population générale (SMPG)

Organisme responsable

CCOMS Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
et
DREES Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques,
Bureau de l'état de santé de la population
14 Avenue Duquesne,
75350 Paris cedex 07.

www.sante.gouv.fr/htm/publication

Objectifs

Cette enquête s'attache à l'évaluation de la prévalence des principaux troubles mentaux.

Elle a pour objectif :

- d'éclairer les significations que revêtent pour l'opinion les principaux termes couramment utilisés pour désigner les personnes atteintes de troubles mentaux ;
- de décrire les représentations liées aux maladies mentales, aux malades mentaux et aux différents modes d'aides et de soins dans la population générale ;
- d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale.

Champs

Les données sont recueillies sur la France entière et concernent 36 000 personnes âgées de 18 à 75 ans, plus 2500 personnes en Outre-mer. Elles ne prennent pas en compte certains groupes comme les personnes vivant en institutions, en maison de retraite, hospitalisées, incarcérées ou sans domicile fixe, dont une proportion significative a des pathologies avérées.

Caractéristique de la collecte

Enquête par questionnaire auprès d'un échantillon d'environ mille personnes volontaires mobilisées dans les rues de chaque site pendant vingt-cinq minutes au plus. Les enquêteurs appartiennent à des équipes de secteurs de psychiatrie volontaires, selon le principe d'une recherche-action.

Echantillonnage

L'échantillonnage a été défini par la méthode des quotas dans chaque zone géographique par le sexe, l'âge et la CSP ou le niveau de formation pour les dernières enquêtes.

Le nombre d'enquêtés a été établi en tenant compte d'une fourchette de taux de prévalence de troubles psychiatriques ainsi que d'un minimum souhaité pour l'analyse des données, soit 900 individus ou plus par site.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

Les données ont été recueillies de 1999 à 2003.

Variables et nomenclatures

Le recueil des données s'est appuyé :

- sur un outil de repérage et d'identification des troubles, le questionnaire MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) ;
- sur la classification internationale des maladies (CIM 10) ;
- sur les variables sociodémographiques ;
- les représentations liées aux maladies mentales ;
- la connaissance des lieux de soins autres qu'hospitaliers ;
- la prévalence de certaines pathologies mentales dans la population enquêtée.

Enquête SUMER

Enquête sur la Surveillance Médicale des Risques professionnels.

Organisme responsable

DARES Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, en lien avec l'Inspection médicale du travail.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 39-43 Quai André Citroën 75015 Paris

Résultats disponibles sur www.travail-solidarite.gouv.fr

(rubrique Etudes/recherches/statistiques de la DARES)

Objectifs

L'enquête décrit les contraintes organisationnelles, les expositions professionnelles de type physique, biologique et chimique auxquelles sont soumis les salariés.

Elle vise à fournir à la DGT (Direction générale du travail) et à la DGS (Direction générale de la santé) des indicateurs de suivi prévus en application dans loi de santé publique d'août 2004, dans le plan Cancer et dans le plan Santé au travail. Elle permet une confrontation de la réglementation consacrée à la prévention des risques au travail à la réalité des expositions professionnelles. Elle offre aux préventeurs un état des lieux national et aide les entreprises et les médecins du travail à évaluer les risques dans leur secteur. Enfin, elle propose aux chercheurs une référence pour définir des priorités d'études.

Champs

Le champ géographique est la France métropolitaine.

Les unités enquêtées sont les salariés d'entreprises privées surveillés par la médecine du travail.

La population de référence est celle des salariés vus en visite annuelle et couverts par le régime Général, le régime agricole (MSA), ainsi que les salariés d'Air-France, de la SNCF, d'EDF GDF, de La Poste et des Hôpitaux publics.

Une partie au moins des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales seront intégrés en 2008.

Caractéristique de la collecte

Les données sont recueillies auprès des salariés par des médecins du travail volontaires.

Le recueil est réalisé au moyen d'un questionnaire anonyme standardisé rempli par le médecin du travail au cours de la visite médicale. Le médecin peut compléter le questionnaire en procédant à une visite du poste de travail pendant son tiers-temps.

Un auto-questionnaire est également proposé à 1 salarié sur 2 ; ce dernier le remplit seul dans la salle d'attente.

Echantillonnage

Les salariés sont tirés au sort parmi ceux qui sont convoqués pour la visite médicale périodique.

En 2008-2009, la méthodologie de tirage sera changée pour tenir compte de la réforme de la médecine du travail.

L'enquête est représentative de 17,5 millions de salariés soit 80% de l'ensemble des salariés.

Mode de recueil, calendrier, ancienneté

Il s'agit d'une enquête périodique. La première enquête SUMER date de 1987. Une deuxième enquête a été lancée en 1994 et réalisée par 1200 médecins du travail enquêteurs pour 48 000 salariés enquêtés.

Puis une troisième a été menée en 2003 avec 1792 médecins du travail enquêteurs pour 50 000 salariés enquêtés.

La prochaine enquête SUMER est prévue pour 2008-2009.

Variables et nomenclatures

Principales catégories de variables observées :

- caractéristiques de l'établissement employeur ;
- caractéristiques du salarié ;
- contraintes organisationnelles et relationnelles : temps de travail ; rythmes ; autonomie et marges d'initiative ; collectif de travail ; contacts avec le public ;
- ambiances et contraintes physiques : nuisances sonores, thermiques, radiations, rayonnement, air et espace contrôlés, contraintes visuelles, charges, postures, répétitivité, travail avec machine ;
- expositions à des agents biologiques ;
- expositions à des agents chimiques ;
- jugement synthétique du médecin sur la qualité du poste, suivant une échelle en quatre niveaux et pour chacun des quatre groupes de contraintes ;
- auto-questionnaire type Karasek ;
- auto-évaluation de l'état de la santé, appréciations des relations entre le travail et la santé.

ANNEXE 7

Répartition des effectifs salariés par taille d'établissements, par secteur public ou privé

1. Répartition des établissements selon la tranche d'effectif salarié en pourcentage

	0 salariés	1 à 9 salariés	10 à 19 salariés	20 à 49 salariés	50 à 99 salariés	100 salariés ou plus
France entière	52%	38,6%	4,6%	3%	1,1%	0,8%

Source : INSEE, Connaissance locale de l'appareil productif (CLAP), 2004

Établissements actifs, hors secteurs de l'agriculture, de la défense et de l'intérim

Nombre total d'établissements¹ : 3 039 603

2. Répartition des postes salariés selon la taille de l'établissement en pourcentage et en nombre

	1 à 9 salariés	10 à 19 salariés	20 à 49 salariés	50 à 99 salariés	100 salariés ou plus	Ensemble
France entière	19,8%	10,4%	15,6%	12,3%	41,9%	21 587 668

Source : INSEE, (CLAP), 2004

Établissements actifs, hors secteurs de l'agriculture, de la défense et de l'intérim

3. Effectifs des salariés du secteur privé et des agents de la fonction publique en 2004

Effectifs salariés dans le secteur privé	Total effectifs Etat au sens large	Effectifs Fonction publique territoriale et établissements publics locaux	Effectifs Fonction publique hospitalière
22 531 700 salariés	3 077 900 dont 2 570 000 agents titulaires	1 780 000 agents	1 000 000 d'agents

Source INSEE, DREES et DHOS

¹ L'établissement est une unité de production géographiquement individualisée, mais juridiquement dépendante de l'entreprise. L'établissement, unité de production, constitue le niveau le mieux adapté à une approche géographique de l'économie.

ANNEXE 8

Taux de couverture des salariés en matière de santé et de sécurité au travail

Taille de l'établissement	Présence d'un CHSCT	Présence d'un DP ou DUP
20 à 49 salariés	17 %	63 %
50 à 99 salariés	59 %	83 %
100 à 199 salariés	84 %	92 %
200 à 499 salariés	93 %	93 %
+ de 500 salariés	96 %	96 %
Total	37 %	72 %
Couverture dans les + de 50 salariés	72 %	87 %

Etablissements d'au moins 20 salariés dotés d'un comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), de délégué du personnel (DP) ou d'une délégation unique du personnel

Source : enquête DARES N°05.1, Les institutions représentatives du personnels, février 2007

Actuellement environ 26 000 établissements et 5 millions de salariés sont couverts par un (CHSCT). Au regard des 22,5 millions de salariés français, ceci induit que plus de 3 salariés sur 4 ne bénéficient pas d'un CHSCT au sein de leur établissement. Pour mémoire, l'obligation légale de mettre en place un CHSCT ne concerne pas les établissements de moins de 50 salariés qui représentent 98 % des établissements.

ANNEXE 9

Circulaire de la CNAMTS du 2 août 1982 sur la prise en charge au titre des "accidents du travail", des traumatismes psychologiques des personnels des établissements financiers, commerciaux ou industriels, à la suite d'une attaque à main armée pour vol

N/Réf. : DGR n° 1329/82 - ENSM n° 640/82

Objet : Prise en charge, au titre des "accidents du travail", des traumatismes psychologiques des personnels des établissements financiers, commerciaux ou industriels, à la suite d'une attaque à main armée pour vol.

Mon attention a été appelée sur les problèmes des attaques à main armée pour vol dans les établissements financiers, commerciaux ou industriels, provoquant des traumatismes psychologiques chez certains personnels qui les ont subies.

L'application de la législation sur les accidents du travail est subordonnée à un ensemble de conditions dont la réalisation effective ne peut être appréciée qu'en fonction de chaque cas d'espèce et, notamment des circonstances de fait entourant l'apparition de l'état pathologique dont il est demandé réparation.

Le Code de la Sécurité Sociale ne pouvant donner une définition complète de l'accident du travail, il appartient à la jurisprudence de préciser les limites pratiques de cette définition.

Ainsi la Cour de Cassation a admis que toute lésion survenue en temps et lieu de travail doit être considérée comme résultant d'un accident du travail sauf si la preuve est apportée que le traumatisme ou l'affection a une origine totalement étrangère au travail.

En l'occurrence, les personnels victimes d'une attaque à main armée sont bien sous la subordination de leur employeur dans le temps et au lieu du travail. Donc, si ce fait accidentel entraîne chez certains d'entre eux, à la suite du traumatisme psychologique, des états pathologiques dûment constatés par un médecin, le bénéfice de la présomption d'imputabilité peut leur être accordé.

J'insiste cependant sur le fait que la prise en charge, au titre du Livre IV du Code de la Sécurité Sociale, des troubles en cause ne doit être envisagée qu'en faveur des seules personnes qui ont été directement menacées. Les Caisses ne devront donc pas hésiter à déclencher une enquête administrative pour vérifier les circonstances précises.

Par ailleurs, la présomption ne peut jouer que si la maladie apparaît immédiatement ou quelques jours après le fait accidentel. Dans le cas contraire, il appartiendra alors à la victime d'apporter la preuve que ses troubles sont bien dus aux conséquences de l'attaque à main armée.

Si le médecin-Conseil de la Caisse a été amené à rechercher le lien de cause à effet entre le fait particulier et l'apparition des troubles psychologiques ou autres affections, et qu'il ait pu

démontrer que l'état pathologique n'est pas lié au traumatisme résultant de l'attaque à main armée, la législation des accidents du travail ne pourra s'appliquer.

Il s'agirait alors d'un rejet médical, avec recours éventuel à l'expertise médicale, un motif administratif ne pouvant alors être invoqué.

Chaque Caisse devra établir, pour la période se terminant au 31 décembre 1983, un bilan précisant le nombre de déclarations reçues, le nombre d'accords, le nombre de rejets (en distinguant rejets administratifs et rejets médicaux), les difficultés rencontrées.

Pour le Directeur et par Délégation
Le Directeur-Adjoint chargé
de la Gestion du Risque
J. GOURAULT

ANNEXE 10

Circulaire de la CNAMTS du 10 décembre 1999 sur la prise en charge des traumatismes psychologiques au titre du risque professionnel

N/Réf. :DRP n° 37/199 – ENSM 40/1999

Notre attention a été à nouveau appelée sur la prise en charge des traumatismes psychologiques et plus généralement du stress post traumatique subi par les salariés victimes d'agressions au temps et au lieu du travail.

Par circulaire DGR n°1329/82 et ENSM n°640/82 du 2 août 1982 relative à la prise en charge, au titre des accidents du travail, des traumatismes psychologiques des personnels des établissements financiers, commerciaux ou industriels à la suite d'une attaque à main armée pour vol, il avait été indiqué que les intéressés pouvaient bénéficier de la présomption d'imputabilité lorsque la maladie apparaissait immédiatement ou quelques jours après les faits et ce lorsqu'ils avaient été directement menacés.

Depuis lors, il a été constaté que de tels faits se sont multipliés, mais qu'ils donnent toutefois lieu à des prises de position divergentes par les organismes et, qu'en tout état de cause, ces dispositions peuvent paraître restrictives compte tenu des informations recueillies tant auprès des victimes que des professionnels de santé.

Si selon l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale "est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise", la notion de risque professionnel a connu certaines évolutions.

Ainsi qu'il est rappelé dans le rapport sur "la modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles" de juillet 1991 (ou "Rapport Dorion"), "la notion d'accidents du travail a d'abord été définie selon la jurisprudence comme l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail, une lésion de l'organisme humain". Elle a connu une extension importante avec l'abandon du caractère violent de l'accident, du caractère externe de sa cause et du caractère traumatique de ses conséquences.

L'accident reste défini, d'une part, par sa soudaineté donc sa date certaine, ce qui l'oppose à la maladie dont la réalisation est lente, d'autre part par son lien avec le travail, qui suppose qu'il se soit produit au temps et au lieu du travail".

1 - Victimes de traumatismes psychologiques à la suite d'agression

Il convient tout d'abord de noter que peuvent bénéficier des dispositions du livre IV du Code de la sécurité sociale toutes les personnes victimes d'agression au temps et au lieu du travail et qui développent, à la suite des faits, des pathologies dues au stress post traumatique.

Certaines conditions doivent être remplies, lesquelles devront être vérifiées lors de l'enquête administrative qui sera réalisée dans les conditions prévues à l'article R.441-11 du Code de la sécurité sociale.

1.1. Survenance des faits au temps et au lieu du travail :

En la matière, dans les cas extrêmes de vol à main armée, il est certain que les salariés, dans leur ensemble, témoins des faits peuvent être choqués, même s'ils ne sont pas directement menacés, sachant que le danger dans de tels cas est patent pour la totalité du personnel présent.

De même seront concernés "les clients" qui se trouvaient en mission dans l'établissement au moment des faits.

1.2. Apparition des troubles dans un temps voisin des faits :

En l'espèce, les victimes bénéficient de la présomption d'imputabilité de la "lésion" ou "fait accidentel".

Toutefois, dans de nombreux cas, les troubles apparaissent tardivement. Il appartient alors, à la victime d'apporter la preuve que ses troubles sont bien dûs au fait accidentel et qu'il ne s'agit pas d'état pathologique préexistant : la rédaction de la déclaration et du certificat médical initial devrait faciliter la reconnaissance du caractère professionnel de la lésion et permettre au médecin conseil de se prononcer en la matière.

1.3. Par ailleurs, il est recommandé aux caisses primaires d'assurance maladie de coordonner leurs actions lorsque plusieurs victimes relèvent d'organismes différents, ainsi que cela a été dit, dès 1981, par circulaire DGR n°1103/81 – DGA n°05/81 du 15 avril 1981(cf. titré III- 2 §21) et également, notamment, lors de l'attentat du 25 juillet 1995 perpétré à la station de métro St Michel à Paris.

2 - Victimes de traumatismes psychologiques à la suite d'agressivités, incivilités répétées etc...

S'il est certain que des agressions sont généralement identifiables, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit, non d'agressions proprement dites, mais d'agressivités répétées, d'incivilités qui ne constituent pas, prises séparément, un fait accidentel mais dont l'accumulation peut entraîner chez les victimes, le même type de réactions pathologiques.

Il en est ainsi, par exemple, dans certains secteurs d'activités particulièrement exposés, pour les personnes quotidiennement menacées, insultées : salariés des transports en commun, travailleurs sociaux, personnels des organismes sociaux (CAF, CPAM), agents de l'ANPE etc...

Dans ce cas, la notion d'accident du travail disparaît, car il n'est pas possible de déterminer quel est le fait générateur de l'état pathologique, pour laisser place à celle de maladie professionnelle.

Ainsi que vous le savez, il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle concernant le stress post traumatique.

Les demandes de reconnaissance du caractère professionnel de ces pathologies peuvent être examinées, cependant, dans le cadre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, si la victime présente une incapacité au moins égale à 66,66 %, la demande devra être soumise au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Vous voudrez bien nous faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application des présentes instructions.

Le Directeur des Risques Professionnels Le Médecin Conseil National Adjoint
Gilles EVRARD Dr Alain ROUSSEAU