

**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

Prés. de

13 NOV. 2007

Secrétariat Général
Cabinet Adjoint

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 LEGERON, 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.

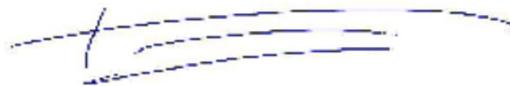
Monsieur Philippe NASSE
Vice-Président du Conseil de la Concurrence
11, rue de l'Échelle
75001 PARIS

427, rue de Sèvres - 75700 Paris - Téléphone : 01 44 38 32 33 - Télécopie : 01 44 38 29 15

A cette fin, vous auditionerez 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 Nassco, 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

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 blue 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

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 FOLLIOU	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 CONSULTÉES

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 psycho sociaux 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-Ardennes.

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, accidents, 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