

Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? L'approche française du droit de la santé mentale au travail

Céline Czuba et Paul Frimat

Volume 54, numéro 2-3, juin–septembre 2013

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1017619ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1017619ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (imprimé)

1918-8218 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Czuba, C. & Frimat, P. (2013). Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? L'approche française du droit de la santé mentale au travail. *Les Cahiers de droit*, 54(2-3), 413–437. <https://doi.org/10.7202/1017619ar>

Résumé de l'article

Bien que l'année 2012 marque le dixième anniversaire de la « naissance » de la « santé mentale » dans le Code du travail français, ce concept n'est toutefois pas nouveau pour les professionnels de la santé au travail. Ce fut réellement la Loi de 2002, dite de modernisation sociale, qui a propulsé sur le devant de la scène de l'entreprise la problématique de la santé mentale au travail, communément appelée « RPS » (risques psychosociaux). Véritable problème sociétal, les risques psychosociaux impactent directement le bien-être des travailleurs. Pourtant, ces risques sont particulièrement difficiles à appréhender par les acteurs de l'entreprise, tant par leur hétérogénéité (les RPS recouvrent diverses réalités quant à leurs effets sur la santé) que par leurs caractères subjectifs (l'évaluation du risque relève de la perception que tout un chacun peut avoir) et plurifactoriels (les RPS sont à l'interface de l'individu et de l'organisation de travail).

Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ?

L'approche française du droit de la santé mentale au travail

Céline CZUBA* et Paul FRIMAT**

Bien que l'année 2012 marque le dixième anniversaire de la « naissance » de la « santé mentale » dans le Code du travail français, ce concept n'est toutefois pas nouveau pour les professionnels de la santé au travail. Ce fut réellement la Loi de 2002, dite de modernisation sociale, qui a propulsé sur le devant de la scène de l'entreprise la problématique de la santé mentale au travail, communément appelée « RPS » (risques psychosociaux). Véritable problème sociétal, les risques psychosociaux impactent directement le bien-être des travailleurs. Pourtant, ces risques sont particulièrement difficiles à appréhender par les acteurs de l'entreprise, tant par leur hétérogénéité (les RPS recouvrent diverses réalités quant à leurs effets sur la santé) que par leurs caractères subjectifs (l'évaluation du risque relève de la perception que tout un chacun peut avoir) et plurifactoriels (les RPS sont à l'interface de l'individu et de l'organisation de travail).

While the year 2012 heralds the 10th anniversary of the « birth » of « mental health » in France's Labour Code, the concept itself is nothing new to workplace health professionals. It was truly the so-called Year 2000 Social Modernization Bill (free translation) that was said to have catapulted centre stage business's issue of mental health in work places,

* Doctorante en droit social – Centre de Recherche Droits et Perspectives du droit (CRD&P) – Équipe de Recherches en Droit Social (EREDS), Université de Lille 2.

** Professeur des universités, praticien hospitalier – Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU), Centre de Recherche Droits et Perspectives du droit (CRD&P), Université de Lille 2.

commonly referred to as psychosocial risks (PSR, in French: risques psychosociaux ou RPS). Truly a societal issue, the psychosocial risks directly impact workers' well being. Yet these risks are particularly difficult to apprehend by business managers, whether owing to their heterogeneity (PSRs cover various realities with regard to their effects on health) or to their subjective characteristics (since risk evaluation depends upon the varying perceptions from one person to another) and multifactorial processes (PSRs are found in the interfacing of an individual and how work is organized).

| | <i>Pages</i> |
|--|--------------|
| 1 La prise en compte progressive de la santé mentale au travail par le droit français | 416 |
| 1.1 La «santé mentale» vs «RPS»: définitions | 417 |
| 1.1.1 Le stress au travail | 418 |
| 1.1.2 Les cas de harcèlement | 420 |
| 1.1.3 Le suicide au travail | 421 |
| 1.2 La souffrance au travail: quelle réalité? | 422 |
| 1.2.1 Les RPS reconnus en lésions professionnelles | 423 |
| 1.2.1.1 Les troubles psychosociaux et la maladie professionnelle..... | 424 |
| 1.2.2 Les autres indicateurs dans la prise en compte des RPS | 426 |
| 2 La santé mentale intégrée au système de la santé au travail | 427 |
| 2.1 Une approche collective dans un contexte de réforme: évolution des équipes pluridisciplinaires pour une meilleure prévention | 428 |
| 2.2 Une approche individuelle revisitée: évolution d'un suivi individuel plus adapté | 430 |
| 3 Le rôle de la jurisprudence dans le renforcement de la protection de la santé mentale | 433 |

Le bien-être mental est une composante essentielle de la santé et de la qualité de vie et une condition indispensable à la capacité d'apprendre, de travailler et de participer à la vie sociale¹.

Aborder la protection de la santé mentale au travail conduit aujourd'hui à évoquer la problématique très controversée des risques psychosociaux

1. CE, *Conclusions du Conseil sur le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être: résultats et action future*, [2011] J.O. C. 202/1, à la page 1.

(RPS). Les RPS entrent dans le champ de la santé au travail et constituent un risque professionnel à part entière, pouvant mettre en cause l'intégrité physique et la santé mentale des travailleurs et impactant le fonctionnement de l'entreprise. En effet, si le travail peut constituer pour certains une source de satisfaction en termes de construction personnelle, de facteur d'identité, il peut néanmoins être générateur de souffrance et « rendre malade ». Confrontées à de réelles problématiques en termes d'organisation de travail, les entreprises ont commencé à s'intéresser de plus près à ce champ. Si la directive-cadre européenne de 1989² préconisait déjà une approche globale de la prévention de la santé, il aura fallu attendre plus de dix ans pour que le législateur français intervienne sur la question de la santé mentale³. Entrée récemment dans le dispositif juridique, la santé mentale est envisagée désormais par le Code du travail comme une composante majeure de l'obligation générale de prévention. Garant de la santé de ses travailleurs, l'employeur doit prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs⁴ ». L'employeur met en œuvre les mesures de prévention sur le fondement des neuf principes généraux de prévention⁵ de la Loi du 31 décembre 1991⁶, qui est venue transposer dans le droit français la directive-cadre de 1989. Ainsi, pour prévenir les risques, l'employeur doit : les éviter, les évaluer, les combattre à la source⁷, adapter le travail à l'Homme, tenir compte de l'état de l'évolution de la technique, substituer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux, planifier la prévention, prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle et, enfin, donner des instructions appropriées aux travailleurs. Autrement dit, l'employeur doit identifier, évaluer les risques professionnels et mettre en œuvre des actions de prévention, en les accompagnant d'actions d'information et de formation.

2. CE, *Directive 89/391/CE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail*, [1989] J.O. L. 183/1.

3. La réglementation européenne est à l'origine de la majorité de la réglementation française actuelle en matière de sécurité et de santé au travail.

4. C. trav., art. L. 4121-1 et suiv.

5. *Id.*, art. L. 4121-2.

6. *Loi n° 91-1414 du 31 déc. 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*, J.O. 7 janv. 1992, p. 319.

7. Il s'agit de la prévention primaire, la plus en amont possible en santé publique.

En matière de RPS, cela signifie que l'organisation et les moyens ne doivent pas venir altérer la santé mentale des travailleurs. D'autant plus que l'employeur est, depuis 2002⁸, débiteur d'une obligation de sécurité de résultat. Ce qui signifie qu'il doit prendre les mesures nécessaires pour que le risque ne se réalise pas. Ainsi, si un accident ou une maladie survient aux temps et lieu du travail, la responsabilité civile de l'employeur envers son salarié est automatiquement reconnue. Cela, même s'il a mis en œuvre « les⁹ » mesures pour éviter tout dommage. D'une logique réparatrice à l'origine, nous sommes donc passés à une logique de prévention « si bien que désormais, c'est le résultat qui compte, indépendamment de la nature du risque et de l'existence ou non d'un texte [réglementaire] particulier¹⁰ ». Par ailleurs, la Cour de cassation ajoute que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

Aujourd'hui, plus que jamais, la prévention des RPS constitue une priorité des pouvoirs publics et de tout employeur. Pour autant, faute de cadre réglementaire spécifique en la matière, l'employeur a pu être déconcerté dans son action. Pour autant des textes plus généraux existent permettant d'agir en faveur de la protection de la santé mentale des travailleurs (1). Par ailleurs, l'action de l'employeur doit être « facilitée » par le dispositif de la médecine du travail (devenue aujourd'hui la santé au travail), qui n'a pas attendu l'adoption des lois pour se préoccuper de la santé mentale des travailleurs (2). Enfin, au regard de l'évolution de la jurisprudence, l'approche française devrait permettre de mieux prendre en considération ce risque « organisationnel » (3).

1 La prise en compte progressive de la santé mentale au travail par le droit français

L'année 2012 marque le dixième anniversaire de la *Loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale*¹¹. C'est par l'adoption de cette loi que l'expression « santé mentale » fait son apparition dans le droit du travail¹². Contrairement au processus législatif français classique, la

8. Soc. 28 févr. 2002, *Bull. civ.* V, n° 81, relatif à la responsabilité de l'employeur à l'origine d'une maladie professionnelle contractée par un salarié.

9. C. trav., art. L. 4121-2.

10. Hervé LANOUZIÈRE, « La prévention des risques psychosociaux du point de vue du Code du travail », *Semaine sociale Lamy*, 2011.6, n° 1480.

11. *Loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale*, J.O. 18 janv. 2002, p. 1008.

12. C. trav., art. L. 4121-1 : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. »

Loi de 2002 n'a pas fait l'objet de travail réglementaire. Il n'y a pas eu, par exemple, de parution de décret spécifique à la «santé mentale», ni au «bien-être¹³» au travail, qui aurait pu décliner cette loi en obligation particulière et concrète pour l'entreprise. Toutefois, la référence au «bien-être» n'est pas nouvelle. Elle figurait déjà dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, laquelle définissait la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹⁴». Mais c'est la Loi de 2002¹⁵ qui a véritablement introduit le concept de ce qui deviendra plus tard les «risques psychosociaux¹⁶». Dix ans après l'adoption de la Loi de modernisation sociale, l'approche du risque psychosocial en entreprise a complètement changé. Pourtant, il existe toujours cette difficulté d'appréhender juridiquement ce que l'on dénomme «RPS». Loin d'être homogène, la notion de RPS ne correspond à aucune catégorie juridique particulière. Ils ne sont définis ni médicalement, ni juridiquement, ni même véritablement de manière quantitative. Donner une définition précise et concrète des «RPS» est un exercice périlleux¹⁷ (1.1). Néanmoins, certains indicateurs permettent aujourd'hui de mieux appréhender la réalité de ces risques dits «émergents» (1.2).

1.1 La «santé mentale» vs «RPS»: définitions

Le droit français ne définit pas le terme «risques psychosociaux». En pratique, sous le même vocable, les RPS recouvrent diverses déclinaisons, principalement médicales, qui correspondent à des risques professionnels portant atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés: stress, harcèlement, violence¹⁸, mal-être au travail, *burn-out* voire suicide

-
13. Pierre-Yves VERKINDT, «Les responsabilités en matière de santé mentale au travail: bien-faire, bien-vivre, bien-être au travail», *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 73, n° 3, 2012, p. 217.
 14. Préambule de la *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, 22 juillet 1946, 14 R.T.N.U. 185 (entrée en vigueur le 7 avril 1948). La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.
 15. *Loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale*, préc., note 11.
 16. Loïc LEROUGE, *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, Paris, L.G.D.J., 2005.
 17. Patrice ADAM, «La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français», *Droit ouvrier*, 2008.313, 315.
 18. Les enquêtes surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER): l'enquête SUMER est le seul outil statistique disponible en France qui fournit une mesure de l'exposition au stress professionnel basée sur un modèle de référence (le *Job Content Questionnaire* de Karasek en 2003). Les résultats de l'enquête ont permis de produire une mesure du *job strain* (mesure du stress selon le modèle de Karasek) pour une population représentative de la population salariée française. La

au travail. Nombreuses sont les études qui déclinent ces notions. Il ne sera développé ci-dessous que les aspects repris de manière massive dans la jurisprudence.

1.1.1 Le stress au travail

D'après une grande étude menée en 1999, en Europe, les hommes (23 p. 100 contre 20 p. 100 des femmes) et les travailleurs entre 40 et 54 ans sont les plus touchés par le stress¹⁹. Une enquête française menée en 2009 par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail montrait que 41 p. 100 des salariés déclaraient subir du stress au travail²⁰.

Suite à l'accord-cadre européen du 8 octobre 2004²¹, et aux nombreux rapports émis au ministère du Travail²², les partenaires sociaux français ont signé un accord national interprofessionnel relatif au stress au travail²³. Cet accord présente un double intérêt : d'une part, celui de faire émerger une définition du stress en entreprise ; d'autre part, celui de fixer les grands principes autour desquels peut se construire une véritable politique de prévention de lutte contre le stress au travail. La définition du stress découle d'un consensus social et scientifique²⁴. Il s'agit d'un

nouvelle enquête SUMER 2009 présente une mesure plus complète des facteurs de RPS en intégrant la reconnaissance au travail (partie du questionnaire de Siegrist) : MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, *L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER*, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, mars 2012, n° 23, [En ligne], [travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023.pdf] (20 décembre 2012).

19. EUROGIP, *Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne. Note thématique*, janvier 2010, EUROGIP-47/F, [En ligne], [travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/EUROGIP_RPS_au_travail.pdf] (20 décembre 2012).
20. Du 25 mars au 1^{er} avril 2009, un échantillon représentatif de 1 000 salariés actifs français occupés, âgés de 18 ans et plus, ont été interrogés par téléphone. L'étude comportait un volet barométrique et un volet propre à la thématique retenue en 2009 pour la Semaine pour la qualité de vie au travail : AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, *Le stress au travail. Rapport d'analyse*, mars 2010, [En ligne], [www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ANACT_CSA_2009.pdf] (20 décembre 2012).
21. *Framework Agreement on Work-related Stress*, 2008, [En ligne], [www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/StressAccordCadresEuropeen.pdf] (18 avril 2013).
22. Philippe NASSE et Patrick LÉGERON, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 12 mars 2008, [En ligne], [www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=6751404] (20 décembre 2012).
23. *Accord national interprofessionnel du 2 juill. 2008 relatif au stress au travail*, B.O.C.C. n° 2009/2, 7 février 2009, p. 117.
24. AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL, *Le stress*, [En ligne], [osha.europa.eu/fr/topics/stress/index_html] (18 avril 2012).

état de stress [qui] 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 [...] 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 santé²⁵.

Suite à des situations difficiles en entreprises (on pense notamment aux cas de suicide sur le lieu de travail), le 9 octobre 2009, le gouvernement français a décidé, dans l'urgence, un « plan d'urgence pour la prévention du stress au travail²⁶ », qui consistait, pour les entreprises de plus de 1 000 salariés à engager un plan d'action ou à négocier un accord sur le stress au travail, sous peine d'être stigmatisées. Si les accords au niveau des grandes entreprises se sont multipliés, la Direction générale du travail a dressé un premier bilan mitigé sur l'efficacité réelle des accords négociés à la suite de l'Accord national interprofessionnel²⁷.

La portée de l'Accord national interprofessionnel de 2008²⁸ a sans doute été plus pédagogique que normative. Mais il a eu le mérite d'accroître la prise de conscience sur le stress au travail, d'attirer l'attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail en amont, et de fournir un cadre permettant de détecter, de prévenir, d'éviter les problèmes de stress au travail et d'y faire face au besoin. Même s'il fait l'objet d'accords et donc de consensus, le stress lui-même ne constitue pas un concept juridique en droit du travail français, contrairement aux cas de harcèlement.

-
25. *Accord national interprofessionnel du 2 juill. 2008 relatif au stress au travail*, préc., note 23, p. 18. Les partenaires sociaux au niveau européen ont défini le stress au travail dans l'accord-cadre européen du 8 octobre 2004 ; les organisations syndicales de salariés et d'employeurs français ont transposé cet accord européen en signant l'*Accord national interprofessionnel du 2 juill. 2008 relatif au stress au travail*, préc., note 23 (étendu par *Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail*, J.O. 6 mai 2009, p. 7632).
 26. Le Ministre du Travail, au cours du Conseil d'orientation sur les conditions de travail du 9 octobre 2009, a présenté le nouveau plan d'urgence pour la prévention du stress au travail.
 27. Rapport présenté le 19 avril 2011 au Conseil d'orientation sur les conditions de travail. DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL, « Conditions de travail. Bilan 2010 », Paris, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011, [En ligne], [travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_des_conditions_de_travail_2010-2.pdf] (18 avril 2013).
 28. *Accord national interprofessionnel du 2 juill. 2008 relatif au stress au travail*, préc., note 23.

1.1.2 Les cas de harcèlement

Le harcèlement moral attire aujourd'hui l'attention des acteurs du monde du travail, du fait, d'une part, d'une jurisprudence foisonnante et, d'autre part, de la conclusion le 26 mars 2010 de l'Accord national interprofessionnel²⁹, après de laborieuses négociations des partenaires sociaux³⁰. Par cet accord, ils reconnaissent que certaines méthodes de gestion et l'organisation du travail peuvent constituer du « harcèlement managérial » et, à ce titre, être délétères pour la santé et entraîner des risques psychosociaux.

Mais c'est véritablement la *Loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janv. 2002*³¹ qui est venue introduire dans le Code du travail l'article L. 1152-1. Eu égard à cet article, « aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses 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 ». Les effets du harcèlement moral sur la santé mentale des travailleurs sont bien réels. Toutefois, comme le soulignait le rapport Nasse-Légeron, le harcèlement [moral] ne constitue pas un risque psychosocial à proprement parler, mais il se trouve plutôt à l'origine d'autres troubles psychologiques³². C'est pourquoi le médecin du travail ne devrait jamais utiliser cette notion, dans la mesure où il s'agit d'une notion exclusivement juridique, laissée à l'appréciation des juges, en cas de contentieux.

Récemment, le Conseil constitutionnel français, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité³³, a prononcé, le 4 mai 2012, l'abrogation immédiate de l'article 222-33 du Code pénal qui punissait d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende « le fait de harceler autrui

29. *Accord national interprofessionnel du 26 mars 2010 relatif au harcèlement et à la violence au travail*, B.O.C.C. n° 2010/21, 19 juin 2010, p. 59.

30. À la suite de l'*Accord-cadre européen sur le harcèlement moral et la violence au travail*, 26 avril 2007, [En ligne], [eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0686:FIN:FR:PDF] (18 avril 2013).

31. *Loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale*, préc., note 11.

32. P. NASSE et P. LÉGERON, préc., note 22, p. 9 et 10.

33. Abrogation de l'article du Code pénal sur le harcèlement sexuel : *Décision n° 2012-240 QCP du 4 mai 2012*, J.O. 5 mai 2012, p. 8015, [En ligne], [www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-240-qpc/decision-n-2012-240-qpc-du-04-mai-2012.105618.html] (20 décembre 2012).

dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle³⁴». Les juges constitutionnels ont, en effet, considéré que les éléments constitutifs de l'infraction de harceler sexuellement étaient insuffisamment définis, contrevenant ainsi au principe de fixer légalement le champ d'application de la loi pénale et de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis³⁵. Peu de temps après l'abrogation, le Parlement français a adopté la loi sur le harcèlement sexuel en août 2012³⁶. Une nouvelle définition, plus précise qu'auparavant, a ainsi été codifiée dans le Code pénal³⁷ et le Code du travail³⁸. Constitue désormais le harcèlement sexuel «le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante³⁹». Par ailleurs, «[e]st assimilé au harcèlement sexuel, le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers⁴⁰».

L'ampleur de la situation a été mise en exergue ces dernières années par l'émergence «des suicides pour cause professionnelle⁴¹».

1.1.3 Le suicide au travail

Une étude⁴² a montré que 107 décès par suicide ont fait l'objet d'une demande de reconnaissance au titre des accidents du travail au cours de la période de janvier 2008 à décembre 2009, dont 56 en 2009. Ces cas sont

34. Le harcèlement sexuel a été initialement défini par la *Loi n° 92-684 du 22 juill. 1992 portant réforme des dispositions du Code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes*, J.O. 23 juill. 1992, p. 9875, art. 222-33, comme «[l]e fait de harceler autrui en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions». Simplification de la définition du harcèlement sexuel par la *Loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale*, préc., note 11.

35. L'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958 pose les principes de la légalité des délits et des peines, de clarté et de précision de la loi, de la prévisibilité juridique et de la sécurité juridique.

36. *Loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel*, J.O. 7 août 2012, p. 12921.

37. C. pén., art. 222-33 et 222-33-2.

38. C. trav., art. L. 1153-2, L. 1153-3 et L. 1155-2.

39. C. pén., art. 222-33 (1).

40. *Id.*, art. 222-33 (2).

41. Dominique ASQUINAZI-BAILLEUX, «“Maltraitance” managériale conduisant au suicide du salarié», J.C.P. éd. S., 2011.24.1289.

42. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, «Les risques psychosociaux. Études et chiffres-clés», [En ligne], [www.travailler-mieux.gouv.fr/Etudes-et-Chiffres-Cles.html] (20 décembre 2012).

survenus pour moitié sur le lieu de travail habituel et pour un quart au domicile du salarié. Parmi les 107 suicides déclarés, 94 concernent des hommes (soit 88 p. 100) et 50 suicides déclarés (47 p. 100) concernent les professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires.

Problème sociétal contemporain, la problématique de la santé mentale perd cependant de sa lisibilité avec ce concept «fourre-tout» que constituent les RPS. À l'heure actuelle, seule la notion de harcèlement moral a été mise en exergue par le législateur. Pour autant, il ne faudrait pas réduire la santé mentale à cette seule notion. Sans doute la santé mentale a-t-elle «souffert» d'une naissance normative concomitante à celle du harcèlement moral⁴³. Si le législateur a légiféré sur la seule situation de harcèlement, il reste aujourd'hui hésitant à se positionner clairement sur les autres volets des risques psychosociaux. Pour autant, la société a pris conscience de la réalité que certains troubles d'organisation du travail pouvaient mettre en péril la santé des travailleurs.

1.2 La souffrance au travail⁴⁴ : quelle réalité ?

Il est difficile de quantifier l'exactitude des RPS, puisque l'atteinte à la santé mentale, au sens pathologique du terme (dépression sévère, maladie bipolaire...) est prise en charge au titre de l'assurance maladie, comme toute autre pathologie. Toutefois, l'approche «santé-travail» permet aujourd'hui de mieux prendre en considération ce risque particulier, par le biais de la législation professionnelle (1.2.1) des accidents du travail et maladies professionnelles. En outre, la prise de conscience de ce risque s'est faite aussi par l'accumulation d'enquêtes et d'études, lesquelles ont abouti à des rapports (1.2.2), mettant en évidence certains paradoxes : le travail peut être source de satisfaction, mais peut être aussi source de souffrance⁴⁵.

43. *Loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale*, préc., note 11.

44. L'enquête SAMOTRACE (Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes, Centre Elle) révèle que, en 2007, 24 p. 100 des hommes se disent être en sentiment de «mal-être» et/ou de «souffrance au travail» contre 37 p. 100 pour les femmes. Bernard ARNAUDO et Christine COHIDON, *Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace*, [En ligne], [www.invs.sante.fr/publications/2006/js_dst_2006/samotrace_cohidon-arnaudodST20112006.pdf] (20 décembre 2012).

45. Enquête SUMER 2003, [En ligne], [travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de,76/statistiques,78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-surveillance-medicale,1999/l-enquete-sumer-2003,15982.html] (18 avril 2013); Enquête SAMOTRACE 2009, [En ligne], [www.invs.sante.fr/pmb/invs/%28id%29/PMB_4385] (18 avril 2013) (première grande étude sur la santé mentale au travail en France); Sondage ANACT-CSA, «Le stress au travail», 2009, [En ligne], [www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=6029334] (18 avril 2013); RADIO France, «Quel travail voulons-nous?», 2012, [En ligne], [espacepublic.

1.2.1 Les RPS reconnus en lésions professionnelles

Les RPS recouvrent des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés. Dans le dispositif « santé-travail », les risques professionnels reconnus sont pris en charge dans le cadre du régime juridique des « accidents du travail » (AT) et des « maladies professionnelles » (MP). Pour établir un risque professionnel — AT/MP, le Code de la sécurité sociale s'appuie sur des présomptions d'imputabilité simples. Toutefois, en matière de santé mentale au travail, établir un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et la prestation du travail n'est pas une tâche aisée. Cette complexité est liée aux facteurs en cause. Les pathologies liées à la souffrance psychique sont en effet généralement plurifactorielles. Leurs causes peuvent mêler vie personnelle du travailleur et vie professionnelle. Il n'en reste pas moins qu'il est possible de faire reconnaître un trouble psychosocial en AT ou MP : « 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'entreprise⁴⁶. »

L'accident du travail se traduit donc dans les faits par un « événement soudain » entraînant une lésion. Facilement identifiable, l'accident du travail aux temps et lieu du travail déclenche une présomption (simple) d'imputabilité d'origine. La Caisse de la sécurité sociale devra établir l'existence d'un fait accidentel et recherchera un fait objectif soudain, sortant des relations normales de travail (agressions verbales, insultes, humiliation ...). La notion même d'accident du travail pose aujourd'hui question sur son caractère soudain ou encore sur ses conséquences : *quid* de la lésion en cas d'agression verbale ... Les premiers troubles psychiques pris en charge au titre de l'accident du travail étaient à l'occasion d'affaires relatives aux braquages de banque où les travailleurs, à l'issue de ce braquage, présentaient des troubles psychologiques. Par la suite, ce sont les agressions intervenues sur le lieu de travail⁴⁷ et les dépressions nerveuses⁴⁸ qui ont été jugées comme consécutives à un accident du travail. Puis, depuis quelques années, on voit apparaître dans l'actualité les affaires relatives aux suicides ou aux tentatives de suicides liés au travail, reconnus récemment par la Cour de cassation comme accidents du travail. Dans certains cas, c'est

radiofrance.fr/temoignage-quel-travail-voulons-nous] (18 avril 2013) ; EVREST, observatoire en Santé au Travail pluriannuel par questionnaire, [En ligne], [evrest.istnf.fr/_front/Pages/page.php?page=21] (18 avril 2013).

46. Code de la sécurité sociale, art. L. 411-1 (l'italique est de nous).

47. Civ. 2^e, 15 juin 2004, *Bull. civ.* II, n^o 298.

48. Soc. 29 nov. 2006, *Bull. civ.* V, n^o 361.

même la tentative d'un salarié de mettre fin à ses jours à son domicile, c'est-à-dire à un moment où il ne se trouvait plus sous la subordination de son employeur, qui a été reconnue en accident du travail⁴⁹. Il y a une évolution certaine de la prise en charge accidentelle qui s'éloigne de la définition originelle du dispositif.

1.2.1.1 Les troubles psychosociaux et la maladie professionnelle

En France, il n'existe aucun tableau spécifique de maladies professionnelles indemnisables reprenant les divers aspects médicaux du stress, de la dépression... Un travailleur dont la santé mentale serait atteinte ne bénéficierait donc pas de la présomption d'origine liée aux tableaux de maladies professionnelles⁵⁰. Il devrait passer alors par les rouages de la preuve des affections hors tableau⁵¹. L'Accord national interprofessionnel relatif au stress au travail⁵² exclut, en l'état actuel, que le stress au travail puisse être considéré comme une maladie professionnelle indemnisable. Même si l'Accord admet qu'une exposition prolongée au stress est susceptible de causer des problèmes de santé (dépression, maladies psychosomatiques, problèmes de sommeil, syndrome d'épuisement professionnel, ou *burn-out...*), qui, eux-mêmes, peuvent entrer dans le cadre d'un tableau de maladie professionnelle. Ces dernières années, des études ont pu démontrer des liens entre le stress au travail et certaines pathologies, tels que les troubles musculosquelettiques, les maladies cardiovasculaires.

Pour pallier le caractère restrictif du système des tableaux des maladies professionnelles, une nouvelle procédure de reconnaissance a vu le jour en 1993, par la création d'un système complémentaire du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Il est désormais possible de faire reconnaître en maladie professionnelle un risque psychosocial dans le cadre du CRRMP. Il s'agit d'une commission, dans laquelle trois médecins se réunissent pour statuer si la maladie présentée par le salarié est liée aux conditions de travail. Devant le CRRMP, il n'y a pas de présomption d'origine. Le CRRMP devra alors retrouver un lien direct

49. Civ. 2^e, 22 févr. 2007, *Bull. civ.* II, n° 54.

50. Code de la sécurité sociale, art. L. 461-1 : « Une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle est désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées au tableau ».

51. Cf. Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

52. *Accord national interprofessionnel du 2 juill. 2008 relatif au stress au travail*, préc., note 23.

et essentiel pour reconnaître le trouble mental dont souffre le travailleur comme lié à une exposition professionnelle délétère⁵³.

En France, le système complémentaire du CRRMP a permis une recrudescence des dossiers liés aux risques psychosociaux⁵⁴. Il est recensé, en 2011, 669 000 accidents du travail, 55 000 maladies professionnelles et un peu moins de 1 120 décès dus au travail⁵⁵. Les procédures contentieuses prouvent que le cœur des débats réside dans le lien de causalité avec le travail. Une enquête publiée en 2010 démontrait que, sur les 60 p. 100 de salariés imputant leurs troubles chroniques au travail, 30 p. 100 évoquaient le stress et l'anxiété⁵⁶. Cette demande de reconnaissance en maladie professionnelle devrait, à terme, contribuer à une meilleure lisibilité de ce que l'on entend juridiquement par «risques psychosociaux liés au travail» pour déterminer les droits à réparation.

Les RPS ont des impacts sur la santé des salariés, mais ils ont également des conséquences pour l'entreprise. Même si leur coût reste difficile à chiffrer, il n'en reste pas moins que certains indicateurs (l'absentéisme, la fréquence des accidents du travail, le *turnover*, le nombre de cas de mobilité, les droits de retrait ...) sont en général de bons révélateurs d'alerte pour prévenir des situations de souffrance au travail. Alors que la question des indicateurs pour évaluer la présence des RPS est controversée, ils ont le mérite de permettre d'objectiver des situations de souffrance des travailleurs, par essence individuelle. Ils peuvent être un moyen pour l'employeur de prendre conscience que derrière les difficultés individuelles liées à des pathologies psychosociales peut se «cacher» un problème plus collectif, lié à l'environnement de travail.

53. Mais pour ce faire, le travailleur devra, en amont du passage devant le CRRMP, avoir un taux d'incapacité permanente partielle d'au moins 25 p. 100.

54. Une étude menée en 2009 montre les limites du système actuel: seules 17 p. 100 des demandes atteignent le CRRMP; les avis rendus par le CRRMP sont favorables dans 50 p. 100 des cas (contre 20 à 25 p. 100 toutes pathologies confondues). CONSEIL D'ORIENTATION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL et COMMISSION DES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES, *Groupe de travail sur les pathologies d'origine psychique d'origine professionnelles. 1^{re} partie: pathologies psychiques. Rapport final*, 2012, [En ligne], [www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Rapportfinal_Pathopsy_Travailler-Mieux.pdf] (18 avril 2013).

55. DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, *Rapport de gestion 2011*, [En ligne], [www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document/PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20gestion%202011.pdf] (18 avril 2013).

56. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, *Les risques psychosociaux au travail: les indicateurs disponibles*, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2010, n° 81.

Mais au-delà des chiffres AT/MP, il existe d'autres sources d'indicateurs des RPS que sont les rapports et les enquêtes menés sur l'ensemble du territoire.

1.2.2 Les autres indicateurs dans la prise en compte des RPS

Parmi les nombreux rapports, il faut citer le rapport Nasse-Légeron⁵⁷, rapport demandé par le ministère du Travail, qui a su définir, de manière objective et acceptée par les partenaires sociaux représentant salariés et employeurs, les différentes représentations des risques psychosociaux. Cette représentation commune permet (ou permettra) aux employeurs et représentants des salariés de travailler en synergie sur les moyens pour combattre les RPS présents en entreprise. Plusieurs actions sont proposées pour disposer d'une vision globale en vue de prévenir les risques de stress et les troubles psychosociaux dans le cadre du travail. Les rapports mettent ainsi en exergue, notamment, qu'il n'existe en France « aucun indicateur global », qui permettrait d'observer simultanément l'état de santé mentale des personnes concernées et celui de leurs conditions sociales de travail⁵⁸. Le rapport conserve une certaine prudence concernant la reconnaissance possible du stress au travail comme maladie professionnelle (MP). Selon les auteurs du rapport, « il n'est pas possible d'anticiper l'ampleur des enjeux financiers résultant du classement en MP des troubles psychosociaux, sans avoir, au préalable, mené des investigations à leur terme⁵⁹ ».

Ces différents rapports ont ainsi permis d'analyser les RPS en six dimensions, devenues autant d'indicateurs⁶⁰ : 1) les exigences du travail ;

57. P. NASSE et P. LÉGERON, préc., note 22.

58. Le rapport Nasse-Légeron recommande la mise en œuvre de neuf mesures précises, dont : la mise en place d'un indicateur global, tiré d'une enquête psychosociale évaluant de manière simultanée les conditions sociales de travail et l'état psychologique du sujet (telles que les enquêtes SUMER, ou la nouvelle enquête SIP – Santé itinéraire professionnel) ; recensement des « suicides de salariés au travail » ; lancement d'expériences pilotes dans les services publics, lesquelles doivent conduire : « autopsie psychologique » des suicides au travail ; lancement d'une campagne publique d'information sur le stress au travail, d'envergure nationale ; l'accroissement de l'expertise et du rôle respectif de chaque « acteur » dans l'entreprise. P. NASSE et P. LÉGERON, préc., note 22, p. 27-40.

59. *Id.*, p. 32.

60. COLLÈGE D'EXPERTISE SUR LE SUIVI STATISTIQUE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL, *Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail*, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2009, p. 6 : le Collège souligne que, « pour pouvoir construire des indicateurs synthétiques pertinents, il faudrait disposer d'un modèle théorique de référence embrassant les différentes dimensions évoquées, et d'une source statistique permettant de valider empiriquement les regroupements d'indicateurs au sein d'une (sous-)dimension ou issus de plusieurs (sous-)dimensions ».

- 2) les exigences émotionnelles ; 3) l'autonomie et les marges de manœuvre ;
- 4) les rapports sociaux et relations de travail ; 5) les conflits de valeurs ;
- 6) l'insécurité socio-économique.

Ainsi, à la suite de nombreuses études et enquêtes et de rapports, un premier bilan a été dressé. Les professions les plus qualifiées ont : des exigences psychosociales au travail élevées ; des conflits de valeurs plus fréquents. Toutefois, ces professions les plus qualifiées sont moins exposées au manque de marge de manœuvre, de soutien social ou de sécurité économique que les professions peu qualifiées. Par ailleurs, les salariés qui travaillent en contact avec le public subissent plus souvent que les autres des contraintes émotionnelles importantes. Et les femmes sont plus exposées que les hommes au manque de marge de manœuvre, de soutien social et de reconnaissance au travail.

Devant l'ampleur de leur impact, tant sur le plan de la santé des salariés (effets délétères) que sur le plan de l'entreprise (absentéisme, AT, problèmes de discipline, dégradation du climat social, réduction de la productivité et de la performance⁶¹...), la problématique des *risques psychosociaux* a été reprise dans le Plan de Santé au Travail 2011-2014, lequel préconise une prise en charge par les entreprises afin de prévenir les atteintes à la santé psychique des travailleurs⁶². Même si les responsabilités pèsent sur l'employeur, la prise en compte des RPS passe aussi par une approche médicale et constitue désormais une priorité en termes de prévention.

2 La santé mentale intégrée au système de la santé au travail

Méconnue du droit en général et du droit du travail en particulier jusqu'en 2002, la question de la santé mentale n'était pourtant pas étrangère au monde de la santé au travail. En effet, conseillers de l'entreprise, des salariés et de leurs représentants, les services de santé au travail⁶³ et, aujourd'hui, l'équipe pluridisciplinaire en santé travail, en particulier le médecin du travail⁶⁴, sont des acteurs incontournables dans l'évaluation, la prévention et la prise en charge des risques psychosociaux. Ce rôle pivot

61. Christian TRONTIN et autres, *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, Paris, Institut national de recherche et de sécurité, 2010, p. 4 : les auteurs évaluent le coût social du stress en France à 2 à 3 milliards d'euros, «il s'agit, vraisemblablement, d'une évaluation a minima».

62. DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL, *Plan de Santé au Travail 2010-2014*, Paris, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, [En ligne], [travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf] (18 avril 2013).

63. C. trav., art. L. 4622-2, al. 1 (2).

64. *Id.*, art. R. 4623-1.

en la matière s'est accentué récemment avec la réforme de la médecine du travail de juillet 2011⁶⁵. Cette réforme ne s'est pas faite sans mal. En effet, l'une des difficultés dans la gestion de la santé au travail a été de se libérer de certains stéréotypes qui l'ont fortement caractérisée au cours de son existence. De 1946 à 2002, le dispositif autrefois appelé de la « médecine du travail » était centré essentiellement et exclusivement autour de la notion d'« aptitude » délivrée (ou non) par le médecin du travail. Au gré des réformes successives, il y a eu une diminution de l'exigence périodique « d'aptitude », pour finalement se (re)concentrer sur les actions de prévention en santé en milieu de travail⁶⁶. Ce n'est qu'en 2002 que sont réellement apparus les concepts de « santé au travail », de « pluridisciplinarité », sans pour autant en donner une définition concrète. Il a fallu attendre la réforme de juillet 2011 pour que le législateur se décide à franchir le cap. Même si elle ne dispose d'aucune disposition propre aux RPS, la réforme devrait néanmoins améliorer leur prévention. En effet, parmi les enjeux fondamentaux liés à l'évolution de la santé au travail, se trouvent la question de la prévention, tant collective qu'individuelle, et la question de la coopération des différents acteurs, membres de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail (2.1) pour un meilleur suivi des travailleurs à cet égard (2.2).

2.1 Une approche collective dans un contexte de réforme : évolution des équipes pluridisciplinaires pour une meilleure prévention

La collectivité de travail (employeurs, salariés, représentants du personnel, médecin du travail) prend conscience que l'organisation peut être un facteur majeur dans l'apparition et/ou le développement des risques psychosociaux. Cette approche organisationnelle est une approche essentiellement collective.

Suite à son inscription dans le processus législatif, la pluridisciplinarité a connu un développement qui est loin d'être anodin sur le plan de la pratique de la santé au travail. Le Code du travail précise que les missions du service de santé au travail sont désormais assurées par « une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers.

65. *Loi n° 2011-867 du 20 juill. 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail*, J.O. 24 juill. 2011, p. 12677; *Décret n° 2012-137 du 30 janv. 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail*, J.O. 31 janv. 2012, p. 1787; *Décret n° 2012-135 du 30 janv. 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail*, J.O. 31 janv. 2012, p. 1779.

66. Hervé GOSSELIN, *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, ministère de l'Emploi, du Travail et de l'Insertion professionnelle des jeunes, 2007, p. 54-58.

Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire⁶⁷. » Dans la pratique, cette pluridisciplinarité reste à construire, car le Code du travail ne détermine pas quelle doit être la composition exacte de cette équipe en santé au travail. Ces équipes pourront toutefois être constituées de spécialistes en santé mentale et en conditions de travail. On pense à cet effet aux ergonomes, aux psychologues du travail, lesquels permettraient de mieux identifier les situations susceptibles d'entraîner des troubles psychosociaux.

En outre, la réforme de 2011 a le mérite de définir, pour la première fois, les missions des services de santé au travail, et sans surprise la prévention de la santé mentale et psychique des travailleurs devient une mission principale des services :

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils :

1. Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
2. Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, [...] de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire [...] la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs⁶⁸.

Dorénavant, au sein de chaque service de santé au travail devront être définies les priorités du service qui seront désormais contractualisées (avec la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ainsi que la Caisse régionale d'assurance maladie) au moyen d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens⁶⁹. Parmi les priorités phares, se trouve ainsi la protection de la santé mentale pour « combattre à la source » les risques psychosociaux au sein des organisations de travail, grâce à la coordination des acteurs pluridisciplinaires.

L'approche collective de la prévention des RPS doit désormais se construire de manière pluridisciplinaire. Le médecin du travail ne peut plus agir seul, il doit utiliser les compétences et l'expertise des membres de l'équipe pluridisciplinaire pour avoir une perception de l'environnement et des organisations de travail. Parfois, l'apport d'une approche collective ne suffira pas à répondre à un problème particulier de souffrance psychique

67. C. trav., art. L. 4622-8.

68. *Id.*, art. L. 4622-2.

69. *Id.*, art. L. 4622-14.

au travail. C'est pourquoi la relation individuelle médecin du travail/salarié ne doit pas être occultée.

2.2 Une approche individuelle revisitée : évolution d'un suivi individuel plus adapté

La réforme de la médecine du travail a, de manière timorée, revisité la régularité du suivi individuel des travailleurs, passant de la « visite d'aptitude » à un « suivi pluridisciplinaire » plus adapté et orienté à la réalité du terrain. De nouvelles règles de suivi individuel sont ainsi mises en place, en modifiant la fréquence des examens médicaux obligatoires. Il s'agit essentiellement d'espacer les visites médicales, en intercalant des entretiens infirmiers en santé au travail plus ciblés et des actions pluridisciplinaires annuelles. Le tout doit permettre d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié. Au cours de ces prochaines années, l'enjeu sera donc de définir et d'organiser concrètement les modalités de ce suivi individuel des travailleurs qui devront être déclinées au sein de l'équipe de santé au travail par l'ensemble des acteurs qui la compose.

La réforme n'est pas venue par ailleurs modifier en substance le régime de l'aptitude/inaptitude, lequel vise l'adéquation de l'état de santé du travailleur avec le poste de travail qu'il occupe. En matière de RPS, l'inaptitude peut constituer un outil pratique permettant de retirer « à la source » l'individu de son environnement pathogène. Certains qualifieront même l'inaptitude pour souffrance au travail comme une « véritable mesure thérapeutique », dans la mesure où « cette situation, si elle se prolonge, pourrait avoir des conséquences dramatiques⁷⁰ ». Toutefois, avec l'inaptitude, on ne se place plus du côté de la prévention des RPS, mais bien dans une optique réparatrice⁷¹.

Même s'il est vrai qu'au sein de la réforme il n'existe pas de dispositif particulier pour contribuer de manière efficace à la prévention des RPS, l'ensemble de ces questions (équipes pluridisciplinaires, gestion de suivi médical...) participe directement à la prévention des risques psychosociaux en entreprise et à la lutte contre les RPS. En effet, grâce à cette approche pluridisciplinaire, il est possible d'identifier et d'évaluer les situations de souffrance au travail et d'y remédier et également de tenter d'en comprendre les facteurs. Face aux conséquences néfastes des RPS, il est nécessaire aujourd'hui de concilier à la fois l'approche collective et

70. Hervé GOSSELIN, « Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme », *Semaine sociale Lamy*, 2007.1299.4, 7.

71. Mathilde CARON et Pierre-Yves VERKINDT, « La réforme de la médecine du travail n'est plus (tout à fait) un serpent de mer... », J.C.P. éd. S., 2011.39.1421.

l'approche individuelle de la prévention⁷². La première démarche serait de faire de la prévention primaire⁷³ des RPS. À savoir lutter contre le risque à la source : il s'agit d'ailleurs de la seule prévention durable. Il est d'ailleurs important de rappeler que les facteurs liés à l'organisation du travail à l'origine des RPS sont connus et mis en évidence par la littérature scientifique. Ils peuvent être regroupés en quatre grandes familles de facteurs⁷⁴ :

- les exigences du travail et son organisation (autonomie dans le travail, degré d'exigences au travail en matière de qualité et de délais, vigilance et concentration requises, injonctions contradictoires) ;
- le management et les relations de travail (nature et qualité des relations avec les collègues, les supérieurs, reconnaissance, rémunération, justice organisationnelle) ;
- la prise en compte des valeurs et des attentes des salariés (développement des compétences, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, conflits d'éthique) ;
- les changements du travail (conception des changements de tout ordre, nouvelles technologies, insécurité de l'emploi, restructurations...).

Mais trop souvent, l'action de prévention intervient *a posteriori* de la survenance du risque⁷⁵. L'objectif sera alors de prendre en charge (parfois

72. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la prévention comme étant « un ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents ». Définition citée dans André FLAJOLET, *Peut-on réduire les disparités de santé ? Rapport à la Ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative*, Paris, La Documentation française, 2008, annexe 1, à la page 1, [En ligne], [www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000257/0000.pdf] (18 avril 2013). L'OMS a proposé la distinction classique de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

73. Définition donnée par l'OMS reproduite dans A. FLAJOLET, préc., note 72, annexe 1, à la page 2 : la prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccination...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccination, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

74. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, « Travailler mieux. La santé et la sécurité au travail », [En ligne], [www.travailler-mieux.gouv.fr] (20 décembre 2012).

75. Selon l'OMS, la prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes. Selon l'OMS, la prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à

dans l'urgence) le travailleur qui souffre et d'envisager les solutions pour le maintenir dans son emploi, le cas échéant. À ce titre, le médecin du travail peut, dans le respect du secret médical, mettre en œuvre un suivi pour l'accompagnement des salariés en difficulté et solliciter une concertation avec l'entreprise pour examiner les moyens à mettre en œuvre. Le médecin du travail est, en effet, depuis longtemps, habilité à proposer des mesures individuelles, telles que mutations ou transformations de poste, justifiées par des considérations relatives, notamment, à l'état de santé physique et mentale des travailleurs⁷⁶. En outre, la réforme de 2011 a conféré au médecin du travail « un nouveau pouvoir d'actions », en signalant à l'employeur et en traçant (par un écrit motivé et circonstancié) les situations à risques pour la santé des travailleurs et en y joignant ses préconisations visant à la préserver⁷⁷, et en faisant des propositions pour l'amélioration des conditions de travail en entreprise. Devrait dès lors s'instaurer un dialogue entre médecin du travail et employeur, conférant un poids certain aux recommandations du médecin : l'employeur ne peut dorénavant en faire l'impasse. N'oublions pas que l'employeur a la responsabilité de prendre soin de la santé (et donc de la santé mentale) de ses travailleurs.

L'application concrète de cette réforme « santé au travail » est posée : sera-t-elle suffisante pour permettre une meilleure adéquation de la protection de la santé mentale au travail ?

Si l'intention du législateur n'est pas discutée, on peut tout de même s'interroger sur l'écho pragmatique de ces dispositions, et plus particulièrement pour les petites et moyennes entreprises. « La portée de cette réforme s'évaluera alors par la pratique, notamment à l'épreuve de la prévention des risques psychosociaux⁷⁸. » L'enjeu de ces prochaines années sera de mettre en œuvre cette pluridisciplinarité dans les services de santé afin d'apprendre à « travailler ensemble », dans un même objectif, celui de la prévention de la santé au travail, tout en coordonnant les tâches des différents acteurs.

L'approche individuelle ou collective des RPS peut donc être médicale (via le système de la santé au travail), mais elle peut être aussi juridique.

diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récides dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale. À ce sujet, voir : A. FLAJOLET, préc., note 72, annexe 1, à la page 2.

76. C. trav., art. L. 4624-1.

77. *Id.*, art. L. 4624-3.

78. Maxime ALVES CONDÉ et autres, « Les nouveaux visages de la médecine du travail », *Revue de droit du travail*, 2012.200.

La preuve en est le contentieux frénétique, essentiellement tourné, dans un premier temps sur le harcèlement.

3 Le rôle de la jurisprudence dans le renforcement de la protection de la santé mentale

Progressivement, le législateur est venu protéger la santé mentale des travailleurs, afin d'assurer leur bien-être au travail⁷⁹. Toutefois, le droit n'a pas pu réguler toutes les situations de souffrance au travail. Le législateur s'est contenté de légiférer sur la seule problématique du harcèlement moral⁸⁰, au point d'occulter le champ plus large des risques psychosociaux. En l'absence de disposition législative ou réglementaire précise, c'est la jurisprudence qui s'est saisie de la question au regard de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur qui impose à celui-ci de « prend[re] les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs⁸¹ ».

(Re)découverte⁸² en 2002⁸³, l'obligation de sécurité de résultat poursuivait à l'origine l'objectif d'une meilleure réparation en matière d'accident du travail/maladie professionnelle. Puis progressivement, d'une logique réparatrice, l'obligation de sécurité s'est déplacée vers le terrain d'une meilleure prévention. En matière de risques psychosociaux, il a fallu, cependant, attendre 2006⁸⁴ pour que cette obligation de sécurité de résultat de l'employeur en matière de protection de la santé et de la sécurité soit enfin étendue au cas de harcèlement moral. En l'espèce, l'employeur avait été averti d'agissements de harcèlement au sein de son entreprise, mais n'avait entrepris aucune action pour y remédier, notamment en utilisant son pouvoir disciplinaire. Les juges soulignent la forte incitation faite à

79. *Supra*, section 1.

80. *Loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale*, préc., note 11 ; C. trav., art. L. 1152-1 et suiv.

81. C. trav., art. L. 4121-1 :

Ces mesures comprennent :

1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;

2° Des actions d'information et de formation ;

3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

82. La notion d'« obligation de sécurité » existait déjà en droit civil.

83. Soc. 28 févr. 2002, dits arrêts *Amiante*.

84. Soc. 21 juin 2006, *Bull. civ. V*, n° 223 : « l'employeur est tenu envers ses salariés d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, notamment en matière de harcèlement moral, et que l'absence de faute de sa part ne peut l'exonérer de sa responsabilité ».

l'employeur d'agir en matière de lutte contre les RPS. Cet arrêt a ainsi permis d'intégrer effectivement la santé mentale au sein de l'obligation de sécurité de l'employeur, à l'instar de la santé physique.

Mais la mutation la plus symptomatique de l'obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé psychique s'est concrétisée avec l'arrêt SNECMA⁸⁵ en 2008. La Cour de cassation est venue en effet contrecarrer le pouvoir de direction et d'organisation de l'employeur, en lui interdisant « de prendre [de nouvelles] mesures [d'ordre organisationnel] qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés⁸⁶ », eu égard à son obligation de sécurité... La nouvelle position de la jurisprudence est claire : toute nouvelle organisation peut être suspendue, dès lors qu'elle est susceptible d'altérer la santé mentale des salariés. Et cela, même si aucune infraction relative aux règles d'hygiène et de sécurité n'est commise dans le cadre de cette nouvelle organisation. Par cet arrêt, la Haute Cour s'octroie le droit d'immixtion, et donc de contrôle, dans le pouvoir de direction et dans les choix organisationnels et de management de l'employeur, au motif de la primauté de la santé au travail.

Les juges n'exigent plus, depuis 2009, de lien entre l'état de santé du salarié et la dégradation de ses conditions de travail, pour statuer sur l'existence d'un harcèlement moral⁸⁷. Un salarié n'est donc tenu que d'apporter des éléments permettant de présumer l'existence d'un harcèlement moral, peu importe « l'absence de relation entre l'état de santé et la dégradation des conditions de travail [...] Il serait en effet, anormal de ne pas

85. Soc. 5 mars 2008, *Bull. civ. V*, n° 46. En l'espèce,

la nouvelle organisation mise en place par l'employeur [...] réduisait le nombre des salariés assurant le service de jour et entraînait l'isolement du technicien chargé d'assurer seul la surveillance et la maintenance de jour [...] cet isolement augmentant les risques liés au travail dans la centrale [...] [c'est pourquoi] cette organisation était de nature à compromettre la santé et la sécurité des travailleurs concernés et que sa mise en œuvre devait en conséquence être suspendue.

86. *Id.*

87. Soc. 30 avr. 2009, *Bull. civ. V*, n° 120 : la dégradation des conditions de travail n'est pas prise en compte par le juge ; jurisprudence confirmée dans Soc. 6 juill. 2010, n° 09-42.557, inédit : constatation d'un harcèlement moral en dehors de tout impact sur l'état de santé du travailleur ; Soc. 6 oct. 2012, n° 08-45.609, inédit : en l'espèce, malgré plusieurs alertes liées aux problèmes de sécurité à la gare routière, les mesures prises par l'employeur pour assurer la sécurité des salariés sur les lieux de travail n'étaient pas suffisantes... L'employeur est donc tenu comme responsable de ce « sentiment d'insécurité » à l'origine du trouble psychique, présenté comme lié au travail, de la salariée en question.

sanctionner l'employeur, pour raison que le salarié se révèle particulièrement "résistant"⁸⁸. »

Ainsi, sous l'égide de l'obligation de sécurité de résultat, la Cour de cassation n'a eu de cesse d'élargir le concept de harcèlement moral pour tenter de cerner la notion plus large de la protection de la santé mentale au travail. À cet égard, deux décisions doivent attirer particulièrement l'attention. La première (2009) consacre les méthodes managériales comme pouvant caractériser un harcèlement moral, dès lors qu'elles se manifestent pour un salarié déterminé par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet d'entraîner 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 professionnel⁸⁹. La seconde (2010), très sévère à l'égard de l'entreprise, mais légitime sur le terrain de l'obligation de sécurité de résultat, conduit à la mise en jeu de la responsabilité de l'employeur, dès lors qu'un salarié est victime, sur le lieu de travail, de violences physiques ou morales exercées par l'un ou l'autre de ses collègues, quand bien même l'employeur aurait pris les mesures en vue de faire cesser ces agissements⁹⁰.

Récemment, la faute inexcusable de l'employeur a été reconnue pour un infarctus du myocarde survenant chez un salarié licencié pour inaptitude en conséquence⁹¹. Le caractère professionnel de l'accident a été irrévocablement reconnu, puisque le salarié invoquait un contexte de surcharge de travail, des objectifs inatteignables qui lui avaient été imposés et le stress et les pressions générés par la politique managériale de réduction drastique des coûts dans l'entreprise. Considérant que l'employeur n'avait pas pris la mesure des conséquences de l'objectif de réduction des coûts, en termes de facteurs de risque pour la santé des employés en général et de ce salarié en particulier, les juges du fond, suivis par la Haute Cour, ont retenu la faute inexcusable à son encontre. L'argument selon lequel le salarié ne s'était jamais plaint des difficultés professionnelles rencontrées et avait toujours été reconnu apte lors des visites médicales n'a pas tenu face aux juges qui ont estimé qu'« un employeur ne peut ignorer ou s'affranchir des données médicales afférentes au stress au travail et ses conséquences pour les salariés qui en sont victimes⁹² ». Parallèlement, les constats selon

88. Sophie FANTONI-QUINTON, « L'évolution jurisprudentielle et le concept de bien-être au travail », Guise, 17 avril 2012, [En ligne], [www.istnf.fr/_admin/Repertoire/Fichier/2012/12-120418054746.pdf] (19 décembre 2012).

89. Soc. 10 nov. 2009, *Bull. civ.* V, n° 247.

90. Soc. 3 févr. 2010, *Bull. civ.* V, n° 30.

91. Soc. 8 nov. 2012, n° 11-23.855, inédit.

92. *Id.*

lesquels « l'accroissement du travail était patent sur les années précédant l'infarctus » et « la politique de surcharge, de pressions et d'objectifs inatteignables [était] confirmée par des attestations⁹³ » ont confirmé la conscience du danger que l'employeur ne pouvait ignorer.

L'actualité jurisprudentielle foisonnante de ces dernières années souligne l'intérêt porté par les juges à la question de la protection de la santé mentale au travail. Trop longtemps centré autour du harcèlement moral, le contrôle *a posteriori* des juges permet dorénavant d'aller sur le terrain des risques collectifs en prenant en compte des méthodes de management à caractère pathogène. Par ailleurs, ces décisions devraient avoir un effet pédagogique en donnant des outils aux employeurs en soutien à leur obligation de sécurité de résultat en matière de santé mentale au travail.

Prise de conscience par la société des risques liés au travail, protéger la santé mentale au travail est devenu une obligation incontournable. L'employeur ne peut plus sous-estimer sa responsabilité en matière de risques psychosociaux. Ce sont des risques professionnels à part entière contre lesquels il doit lutter, eu égard à son obligation de sécurité de résultat qui a connu ces dernières années une véritable mutation. Celle-ci « est désormais évoquée par la juridiction en matière de gestion collective, et non plus exclusivement en matière de gestion individuelle, et devrait conduire les employeurs à redoubler de vigilance quant à la mise en œuvre de nouvelles organisations du travail⁹⁴ ». Il importe pour l'employeur d'évaluer et de prévenir les RPS présents au sein de son entreprise, pour préserver la santé mentale de ses salariés. Toutefois, en pratique, la tâche est loin d'être facile. On peut s'interroger sur l'efficacité de l'encadrement juridique pour préserver la santé mentale des travailleurs. Si aujourd'hui des indicateurs sont présents, il n'existe pour autant de méthode qui encadre l'évaluation des RPS. Quant à la prévention des RPS, l'obligation générale existe bien, mais son contrôle est surtout *a posteriori*. L'une des difficultés majeures réside sans doute dans la notion même de « risques psychosociaux » qui ne connaît pas de réel consensus social : « Les risques psychosociaux restent un objet à construire, qu'il s'agisse d'en définir les contours ou d'en cerner les possibles approches disciplinaires⁹⁵. »

Même si la responsabilité repose sur l'employeur, ce dernier ne peut plus agir seul. Doit se mettre en place une véritable politique de préven-

93. *Id.*

94. S. FANTONI-QUINTON, préc., note 88.

95. Francis MEYER et Corine SACHS-DURAND, « Compte rendu d'une table ronde sur les risques psychosociaux. Premier volet : Les risques psychosociaux, état des lieux », *Revue de droit du travail*, 2012.11.633, 633.

tion concertée en entreprise, avec la participation des représentants du personnel (notamment le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail⁹⁶), des syndicats pour la conclusion d'accords et du médecin du travail avec son équipe pluridisciplinaire. L'employeur ne peut plus dire qu'il ne sait pas. La mise en place d'un « plan santé au travail » d'entreprise devient « un investissement véritable » pour le bien-être du salarié et donc de l'entreprise. C'est d'ailleurs un des objectifs de la Loi du 20 juillet 2011⁹⁷ qui tend à développer cette demande dynamique de projet à la fois au sein de l'entreprise, mais aussi au niveau territorial. Une évaluation du dispositif est prévue fin 2014.

96. Soc. 28 nov. 2007, *Bull. civ.* V, n° 201 (l'italique est de nous) :

Mais attendu qu'ayant relevé que les évaluations annuelles devaient permettre une meilleure cohérence entre les décisions salariales et l'accomplissement des objectifs, qu'elles pouvaient avoir une incidence sur le comportement des salariés, leur évolution de carrière et leur rémunération, et que les modalités et les enjeux de l'entretien étaient manifestement *de nature à générer une pression psychologique entraînant des répercussions sur les conditions de travail*, [...] le projet de l'employeur devait être soumis à la consultation du CHSCT [...] de contribuer à la protection de la santé des salariés.

97. *Loi n° 2011-867 du 20 juill. 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail*, préc., note 65.