

L'ADEREST COMMENTE LE RAPPORT
« DETERMINATION, MESURE ET SUIVI DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL »
DE MRS NASSE ET LEGERON

En décembre dernier l'ADEREST¹ avait déjà alerté la presse (AFP du 12 décembre 2007) sur le choix des experts retenus pour une expertise sur un tel sujet. Le 12 mars dernier le rapport est sorti et les réserves de départ se révèlent malheureusement fondées.

Il ne s'agit pas d'un rapport scientifique au sens habituel du terme, examinant l'exhaustivité des données disponibles tant en France que sur le plan international, analysant avec rigueur les résultats des différents travaux et s'appuyant sur ce corpus existant pour élaborer un plan d'action à la hauteur des enjeux. A la décharge des auteurs ils ne disposaient que de trois mois pour atteindre les objectifs fixés ce qui, pour un tel travail, n'était pas réaliste. Le temps de la recherche s'accommode mal de l'urgence.

Contrairement aux pratiques habituelles, la description de la méthodologie de travail y est absente. La seule référence méthodologique est résumée page 41 par la phrase : « *A cette fin nous avons essentiellement lu et écouté* ». Nous ne savons rien des critères de choix des personnes et des institutions auditionnées. Il est mentionné aux pages 8 et 39 du rapport qu'« *il y aurait assez de chercheurs en France dans le domaine des risques psychosociaux* ». Cette affirmation aurait du s'appuyer sur un réel inventaire des forces de recherche dans ce domaine car celles-ci sont dispersées dans de nombreuses institutions (facultés en sciences humaines et sociales, sciences biologiques, sciences économiques, CNRS, Inserm, InVS, INRS, Conservatoire National des Arts et Métiers, etc.) et en ce qui concerne l'épidémiologie psychosociale la carence est notable. En absence de repérage formalisé de qui fait quoi sur le domaine des risques psychosociaux en France, il est difficile d'apprécier ce que les personnes auditionnées représentent réellement dans le paysage de la recherche.

A quels objectifs les auditions devaient répondre ? Les auditeurs ont-ils utilisé une grille d'entretiens, commune à tous les acteurs, avec des thèmes pré-déterminés ou s'agissaient-ils d'entretiens libres ? Comment l'information recueillie au cours de ces entretiens a-t-elle été analysée ? Selon quelle méthode la synthèse des entretiens a-t-elle été réalisée ?

En dépit des usages scientifiques, les différentes assertions sur les connaissances en matière de stress ne sont pas étayées par des données et ne renvoient pas à des références bibliographiques précises : « *Cette observation des pratiques étrangères est pleine d'enseignements* » (page 6). Ou encore, comment les auteurs justifient-ils l'étude des seuls effets sur la santé mentale, etc. (Page 2).

Certaines affirmations ne représentent que des positions subjectives des auteurs, non partagées par la communauté scientifique et qui, faute d'argumentaire, devraient être présentées, au mieux, comme des hypothèses de travail : « *la pratique française privilégie la recherche des causes avant de s'intéresser à l'existence de ces risques eux-mêmes.* » (pages 6 et 21). Ou encore « *En outre, cette information est souvent collectée au soutien de la vérification d'une thèse ou des besoins d'une recherche, et pas toujours selon des standards de mesure proches des usages internationaux.* » sous-entendant que les chercheurs ne se préoccuperaient pas des travaux menés au niveau international sur cette thématique, alors que cela constitue un fondement élémentaire des bonnes pratiques de la recherche (page 22). Encore un exemple, qui illustre les *a priori* des auteurs : « *Mais les théories explicatives sont diverses et les faits sont mesurés à partir de questionnements spécifiques à la recherche entreprise. Le résultat produit une mosaïque susceptible d'interprétations contradictoires.* » (page 25). Ce qui n'est pas la réalité puisqu'au contraire il se dégage, jusqu'à présent, une convergence et une cohérence entre les résultats de tous les travaux déjà menés quant à l'impact des facteurs psychosociaux du travail sur la santé physique et mentale (tendance également observée si on considère la littérature internationale).

Enfin l'ensemble des propositions n'est pas dénué d'intérêt, au contraire. Mais la manière de les présenter laisse à penser que rien n'a été fait jusqu'à présent dans le domaine, ce qui est loin de la réalité. De plus l'évaluation du coût-bénéfice de chacune des différentes propositions n'est pas envisagée, ce qui est contraire aux bonnes pratiques de santé publique.

¹ L'ADEREST (Association de Développement d'Etudes et de Recherches Epidémiologiques en Santé au Travail), qui est constituée de chercheurs et de praticiens en santé au travail (médecins du travail, médecins inspecteurs) assure la promotion des études épidémiologiques dans le domaine des risques professionnels.

LA PREMIERE PARTIE CONSACREE AU CONSTAT EST CONFUSE ET INCOMPLETE

Du flou et des mélanges dans la compréhension des disciplines et des modèles

Malgré un souci annoncé et plusieurs fois répété de clarification des concepts et des disciplines, le flou et l'imprécision dominent le rapport, tout particulièrement les § Ic et Id.

La présentation de l'ergonomie et de l'épidémiologie appliquée aux risques psychosociaux n'est pas académique et n'est pas partagée par les professionnels.

Les champs de l'ergonomie sont l'ergonomie du poste de travail, de conception, de l'organisation, cognitive, etc., et les méthodes de choix des ergonomes sont surtout qualitatives (observation, entretien, auto-confrontation, etc.). Page 15 les auteurs avancent que l'approche « ergonomique » du stress se référerait aux questionnaires de Karasek et de Siegrist ce qui n'est pas la réalité, ces questionnaires étant majoritairement utilisés par les épidémiologistes.

Les trois champs de l'épidémiologie (descriptive, analytique et interventionnelle) ne sont pas plus mentionnés. Appliquée au champ des risques psychosociaux, l'épidémiologie descriptive permet de décrire les données de perception de contraintes ou de santé sous la forme d'indicateurs, tandis que l'épidémiologie analytique étudie la relation statistique entre la perception de contraintes et des marqueurs de santé. La création d'un « *indicateur global d'observation sur les caractéristiques du salarié, l'état de santé mentale et son degré d'exposition à certaines situations reconnues comme facteur de risque psychosocial* » (page 28) n'est pas possible d'un point de vue théorique ; on ne peut agréger des données dont on suppose qu'elles ont une relation de causalité. Par contre, les auteurs auraient pu proposer un indicateur intégratif de tous des effets de santé du stress par exemple, ou encore de l'ensemble des contraintes perçues. D'après ce qui est détaillé dans le texte, on peut supposer que la proposition de cet indicateur global recouvre en fait une démarche d'épidémiologie analytique réalisée par questionnaire.

Les modèles théoriques de "stress" sont « affectés » à des disciplines : l'ergonomie utiliserait les modèles de Karasek et de Siegrist ce qui est pour le moins inhabituel. En effet le but d'un modèle est de proposer une hypothèse de la réalité que des études recourant à des disciplines différentes vont tenter de vérifier.

Enfin, les auteurs proposent une analogie entre les approches individuelle/collective et les démarches disciplinaires de l'ergonomie et de la médecine, ce qui est tout à fait inexplicable.

Un recensement incomplet

Bien qu'essayant de recenser les données existantes l'inventaire est incomplet pour :

- le champ exploré : le rapport est focalisé sur la santé mentale comme conséquence de l'exposition aux facteurs psychosociaux. Or bien que la relation statistique entre ces facteurs et les troubles anxio-dépressifs aient fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques, l'impact de ces facteurs sur les maladies cardio-vasculaires et les troubles musculo-squelettiques, pour ne citer qu'eux, est aussi largement documenté dans la littérature scientifique (cf. des revues de la littérature telles celles de Belkic, Hoogendoorn, etc.). Ces affections, vrais problèmes de santé publique aux coûts sociaux et financiers considérables, devraient à ce titre être inclus dans le champ du rapport ; en effet le stress représente l'un de facteurs de risques identifiés et les parts attribuables au stress pour ces maladies sont quantifiées.

- les disciplines œuvrant dans le domaine des facteurs psychosociaux au travail : ne sont pas mentionnées, entre autres, la psychologie du travail, la psychodynamique du travail, les sciences économiques et du management, le droit, etc.

- les théories et des concepts : le stress au travail a des mécanismes et des effets tant psychologiques que physiologiques et le corpus de connaissance sur cette thématique est issu des disciplines bio-médicales et des sciences humaines. Les théories et concepts mentionnés dans le rapport sont très limités eu égard à ce corpus.

- les instruments et les questionnaires. Le questionnaire est le seul mode d'exploration envisagé pour mesurer tant les contraintes de travail que les effets sur la santé. Or tant en épidémiologie qu'en ergonomie ou que pour les autres disciplines non citées, d'autres méthodes quantitatives et/ou qualitatives sont utilisables. Par ailleurs, il y a aussi une focalisation sur certains questionnaires qui explorent certains des domaines : facteurs psychosociaux et santé mentale. Mais pour d'autres champs du domaine comme les symptômes physiques de stress, aucune référence n'est citée.

- les enquêtes menées en France ; les enquêtes menées en France et qui évaluent soit les contraintes, soit les caractéristiques du travail, soit les effets sur la santé mentale et physique en rapport avec le travail sont bien plus nombreuses que celles rapportées. Ne sont pas mentionnés en particulier les travaux menés en pluridisciplinarité. A noter la quasi absence de référence aux travaux de l'INSERM et des erreurs dans la dénomination des enquêtes : mélange de l'« Enquête décennale santé » et de l'enquête « Santé et itinéraire professionnel ». Les travaux de référence internationaux ne sont pas plus cités.

Une absence d'analyse des travaux

Après le repérage des travaux, il est habituel d'en analyser les résultats de façon approfondie. Quels sont les apports et les limites de chacune des études ? Quelle est la convergence de ces différents travaux ? Comment en tirer profit ?

Les quelques travaux inventoriés en France font l'objet de scepticisme ou de critiques générales, mais sans réelle argumentation scientifique. Or, cette analyse scientifique est capitale. En effet, l'épidémiologie étant une discipline qui collecte des observations de terrain, aucune des études réalisées n'est exempte de faiblesses qu'elle que soit la qualité du protocole de départ. Ce qui est essentiel pour la compréhension d'une relation entre exposition et santé, c'est dans un premier temps de bien cerner la qualité méthodologique de chaque étude et d'en déterminer les limites (biais, faiblesse d'effectif, cohérence interne des résultats, etc.) mais aussi les forces. Dans un deuxième temps il s'agit d'analyser la cohérence des résultats issus des différentes études disponibles et méthodologiquement correctes. Pour tester cette cohérence des résultats, différentes méthodes sont possibles. Il aurait été intéressant dans le cadre de ce rapport de réaliser ou *a minima* de proposer une approche de type benchmarking qui est d'ores et déjà envisageable (cf. travaux de la Fondation de Dublin² et de l'Agence de Bilbao³). Finalement, la lecture approfondie de la littérature aurait *a minima* permis d'identifier les revues de la littérature (bilans et/ou états de lieu de la connaissance) et les méta-analyses déjà réalisées au plan international, ce qui aurait permis de situer ces résultats dans une perspective française.

S'appuyant peu sur les résultats déjà disponibles et ne tirant pas profit de l'existant, le rapport donne l'impression que tout est à créer. Il conclut que la France en est encore à l'étape du constat, alors que l'une des recommandations prioritaires aurait été d'insister sur la nécessité, pour les entreprises, d'agir, d'ores et déjà, en prévention.

En effet, depuis plusieurs années il y a un consensus international sur ce plan. En 2002, l'Agence de Bilbao le reprenait d'ailleurs déjà à son compte en concluant dans son rapport sur la thématique des risques psychosociaux que l'on en savait suffisamment sur le stress et les risques psychosociaux pour s'attaquer à la prévention dans les entreprises.

LA DEUXIEME PARTIE CONSACREE AUX PROPOSITIONS NOUS INTERROGE

Nous allons considérer maintenant plus en détail les différentes propositions de ce rapport, mais nous nous centrerons plus particulièrement sur les propositions qui touchent à l'épidémiologie psychosociale.

- « **Le recensement des suicides** » survenant sur le lieu de travail est évidemment une priorité. L'impossibilité actuelle d'un tel dénombrement paraît invraisemblable dans un pays comme la France, mais est pourtant bien réelle. Ceci n'est pas propre aux données sur le suicide au travail, mais tient à l'organisation de la collecte des données de santé qui sont recueillies dans une perspective administrative. Avant toutes choses, il faudrait optimiser le recueil de ce type d'information qui a l'avantage théorique d'être exhaustif, de façon à permettre une exploitation statistique nationale. Cette activité représente un chantier à part entière.

Il faudrait aussi développer des études épidémiologiques analytiques permettant d'identifier des facteurs de risque particuliers liés au travail et non liés au travail, ce qui permettrait de proposer de réelles démarches de prévention.

Enfin le décryptage *a posteriori* de la relation entre le travail et un suicide particulier est toujours très complexe, et l'autopsie psychologique proposée dans le rapport pourrait en effet apporter la richesse d'information nécessaire. Cependant, il s'agit d'une démarche lourde qui nécessite la formation d'intervenants, et l'expérience française dans ce domaine est encore limitée. Pour mettre en œuvre une telle mesure il faudrait identifier les personnels habilités pour ce type d'activité (en terme de formation initiale et d'institution), élaborer un programme cadre de formation et assurer et promouvoir la diffusion de cette formation.

- « **Des indicateurs pour le secteur public** » : les données sur ce secteur sont en effet quasi inexistantes de fait de l'absence dans des pans entiers de l'administration de médecin de prévention. Notons cependant que les auteurs du rapport ont passé sous silence la prochaine enquête SUMER qui sera menée par la DARES (Ministère du Travail) en 2009 et étendra son champ à la fonction publique, et les enquêtes spécifiques qui ont déjà lieu dans certaines administrations (Education Nationale par exemple).

² Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

³ Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail de Bilbao

- « **Un indicateur global tiré d'une enquête psychosociale** »

Hormis l'impossibilité méthodologique, évoquée plus haut, à construire un seul indicateur tel qu'envisagé dans le rapport, la proposition d'une nouvelle enquête au niveau national pose questions.

Celle-ci est présentée comme pouvant résoudre tous les problèmes et répondre à toutes les questions. Or une enquête n'est toujours qu'une pierre apportée à l'édifice de la connaissance commune.

Les objectifs de l'étude ne sont pas clairs : s'agit-il d'une surveillance (avec l'idée d'une périodicité ?) ou d'une recherche : identifier des facteurs de risque ? S'il s'agit d'une surveillance, la question de l'utilisation des outils de mesure propres à la recherche mérite d'être posée.

Par ailleurs la qualité d'une étude est d'autant meilleure qu'elle s'appuie sur les apports et les limites des précédentes, mais comme on l'a déjà dit ce bilan est absent du rapport.

Or, les travaux déjà disponibles en France apportent d'ores et déjà des réponses à certains des objectifs proposés pour la nouvelle enquête. Pourquoi ne pas les utiliser ?

. lors de la conférence de presse de présentation du rapport il a été annoncé que « *cette enquête permettra d'identifier les secteurs et les branches où le stress est supérieur à la moyenne nationale* ». Or, les prévalences des facteurs psychosociaux (tels que définis par Karasek) sont déjà disponibles pour les salariés suivis par les services de santé au travail par catégorie professionnelle et secteur d'activités. Les données ont été recueillies, lors de la dernière édition de l'enquête SUMER 2003, par les services statistiques du ministère du travail (DARES) et exploitées dans le cadre d'une collaboration DARES-INSERM. Ces résultats ont fait l'objet de plusieurs publications dans des revues internationales à comité de lecture.

. Par ailleurs, les auteurs du rapport avancent la nécessité « *d'ajouter à l'ensemble des enquêtes existantes, sans supprimer aucune d'elles, une enquête visant principalement à observer, pour un même individu, ses caractéristiques de salarié, l'état de sa santé mentale et son degré d'exposition à certaines situations reconnues a priori comme facteur de risque psychosocial.* » Or le programme SAMOTRACE⁴ a justement cet objectif. Actuellement en phase pilote dans deux départements et trois régions françaises, les premiers résultats seront disponibles en 2008. Par ailleurs une extension nationale et la pérennisation sont envisagées.

Dans les enquêtes SUMER, seuls les salariés consultant un médecin du travail sont inclus. Ainsi cette population ne représente pas l'ensemble des actifs français puisque ne sont pas concernés les salariés en arrêt maladie, les personnels du secteur public, les non-salariés, mais aussi les « exclus » du travail qui peuvent l'avoir été pour des raisons liées aux facteurs psychosociaux au travail, etc. Pour y remédier, il faudrait réaliser des études spécifiques, ce qui est d'ailleurs annoncé comme troisième proposition dans le rapport. Le programme Samotrace a tenu compte, pour partie, de cette difficulté puisqu'il associe une étude en milieu de travail et une étude auprès des médecins conseils des régimes de sécurité sociale chargés des mises en invalidité pour raison de santé. L'étude nationale envisagée dans le rapport prévoit, contre toute attente, d'enregistrer les données par l'intermédiaire des médecins du travail, contrairement aux pratiques de l'INSEE qui constitue habituellement des échantillons représentatifs de la population nationale. En l'occurrence, un tel échantillon ou plus modestement un échantillon représentatif des populations non suivies par les services de santé au travail apporterait des données réellement nouvelles. En fait, dans l'enquête nationale envisagée, le rôle des médecins du travail n'est pas clair. Les auteurs insistent sur la nécessité de recueillir les données par auto-questionnaire pour « *éviter tout détour d'informations individuelles vers l'employeur* ». Pourquoi alors recourir aux médecins du travail ? Elle aurait en charge « *l'enquête sur le terrain* » et « *le codage des questionnaires* ». Qu'est ce que cela signifie ? Il semble que l'échantillonnage serait fait par l'INSEE ; le rôle des services de santé au travail serait alors de distribuer et collecter les questionnaires ? Où est la plus-value ? Et que signifie le « codage » des questionnaires ?

Par ailleurs, certaines des options méthodologiques retenues méritent aussi d'être discutées. Les auteurs proposent comme outil de recueil des données sur les contraintes de travail et la santé un auto-questionnaire, considérant que c'est une garantie sur la fiabilité des données. Or, cette option est discutée par les épidémiologistes du domaine psychosocial, car elle peut introduire un biais de déclaration : les salariés en souffrance déclarent plus spontanément à la fois de mauvaises conditions de travail et une mauvaise santé mentale, ceci conduisant à une surestimation des risques. Il existe pourtant des techniques pour pallier cette difficulté : marqueurs de santé mesurés (et non déclarés) par des professionnels de santé ou des enquêteurs formés ou observations des conditions de travail, etc. En outre, un protocole transversal (enquête à un moment donné) a l'inconvénient majeur de sous-estimer l'impact sur la santé des facteurs psychosociaux au travail du fait d'effets de sélection à l'embauche ou en cours d'emploi ; les salariés en meilleure santé sont plus fréquemment recrutés aux postes les plus difficiles ; de même, des problèmes de santé survenus du fait de ces facteurs peuvent

⁴ SAMOTRACE est développé depuis 2004 au Département Santé Travail de l'Institut de Veille Sanitaire

induire des changements de poste et/ou des sorties d'emploi. Depuis des années, des comités scientifiques pluri-partenariaux et pluridisciplinaires ont réfléchi et mis au point de tels protocoles et, profitant des expériences passées, contribuent à les améliorer.

Il est envisagé dans le rapport que l'enquête soit obligatoire. Cette option est difficilement compréhensible. En effet, dans cette configuration, quel sera le degré de sincérité des réponses à un auto-questionnaire obligatoire qui porte sur des perceptions du travail ou des symptômes psychologiques. Dans le domaine de la santé mentale et de la perception du travail les enjeux sont tels qu'on s'attend à des biais de déclaration importants. Et qu'en est-il des obligations réglementaires et fort légitimes exigées par la CNIL : consentement éclairé des participants, droit de retrait de l'étude, etc. ?

De plus, est-il réaliste d'imaginer d'emblée une enquête de périodicité annuelle et portant sur un échantillon important. Les moyens et ressources d'un tel programme ont-ils été bien mesurés, particulièrement dans un contexte de pénurie de médecins spécialistes en santé au travail ?

Enfin la précipitation annoncée du démarrage de cette enquête déroute. Le domaine de l'épidémiologie psychosociale est suffisamment complexe et les enquêtes sont suffisamment coûteuses pour que l'on prenne le temps de mesurer le bénéfice d'une nouvelle étude, de définir des objectifs pertinents (en tenant compte des données françaises existantes et d'une identification rigoureuse des « gaps of knowledge » à combler) et enfin de s'assurer, grâce à une étroite collaboration de tous les chercheurs français expérimentés dans le domaine de l'épidémiologie psychosociale, d'un consensus sur le protocole, sur les modes et les outils de recueil des données. Alors et alors seulement il sera possible de prétendre vouloir répondre aux défis que la santé mentale au travail et plus globalement les risques psychosociaux au travail nous posent.