



Paris, le 10 avril 2026

**MISSION D'INFORMATION
SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL**

**MME ANNICK GIRARDIN,
RAPPORTEURE DE LA MISSION D'INFORMATION**

MISSION
D'INFORMATION
SUR LA SOUFFRANCE
PSYCHIQUE AU TRAVAIL

***QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DU SYNDICAT NATIONAL DES
PROFESSIONNELS DE LA SANTE AU TRAVAIL***

Missions générales des professionnels de la santé au travail

1. Quels sont les effectifs, au niveau national, des médecins du travail et des autres professionnels de la santé au travail (infirmiers de santé au travail, intervenants en prévention des risques professionnels, psychologues du travail...) ? Quelles sont les évolutions démographiques attendues en la matière ?

Vous trouverez en p.j. le rapport du Ministère du travail sur les services de santé au travail et celui de Présanse (organisme professionnel des dirigeants des service interentreprises avec les chiffres demandés. Les effectifs des médecins du travail, malgré une stabilisation ces deux dernières années sont à la baisse et la pyramide des âges n'est pas en faveur d'une amélioration des ressources en médecins du travail.

En 2025, le nombre de médecins du travail en SPSTI (interentreprises) est environ de 3950 en personnes physiques et 3400 ETP ; de 1180 en SPSTA (autonomes)

2. Rappelez les missions des différentes professions intervenant en médecine du travail, ainsi que le cadre d'intervention des médecins inspecteurs régionaux du travail.

Je me permets de vous renvoyer au Code du Travail. La mission générale des intervenants est une mission de prévention qui consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail ».

Les médecins inspecteurs contribuent aux politiques publiques de santé au travail, à l'animation des services de prévention et de santé au travail et à la gestion des crises sanitaires. Ils vérifient le bon fonctionnement des services de santé au travail.

3. Quelles sont les différences de conditions d'exercice entre les services de prévention et de santé au travail (SPST) autonomes et interentreprises ? Entre le secteur privé et le secteur public ?

En interentreprises le médecin du travail est salarié d'une association et suit en moyenne 6 000 salariés (avec de fortes disparités régionales) appartenant à 200 n 400 entreprises.

En autonome le médecin du travail est salarié de l'entreprise (sous la



dépendance hiérarchique du DRH). Il ne s'agit que cette seule entreprise et en moyenne suit un effectif de 1 800 à 1 900 salariés. On peut s'interroger dans ces conditions sur l'indépendance du médecin du travail (qui dans les grandes structures participent au CODIR)

Les différences d'exercice entre le privé et le public reposent sur une réglementation différente avec par exemple dans le public, l'intervention d'un médecin agréé pour l'aptitude.

En ces temps de pénurie de temps médical, la différence d'effectifs suivis entre SPSTA et SPSTI nous semble être une anomalie et notre syndicat plaide pour une unification du système avec des agences régionales de santé au travail.

4. Dans leur exercice, les professionnels de la santé au travail constatent-ils une augmentation des troubles psychiques directement liés au travail ? Si oui, quels sont les troubles concernés et à quels facteurs imputent-ils cette hausse ?

Le constat de l'augmentation de la souffrance au travail et des troubles psychiques liés au travail est incontestable. Les preuves en sont bien l'importance que cette question prend dans le débat public, la très forte augmentation des inaptitudes médicales liés à cette problématique, les constats de l'Assurance maladie sur les arrêts de travail. Nous constatons des syndromes anxieux, dépressifs et anxiodépressifs et des situations d'épuisement professionnel.

Les facteurs sont évidemment plurifactoriels et mériteraient de longs développements. On peut évoquer au plan économique général, la financiarisation de l'économie, (et ses conséquences) l'exacerbation de la concurrence (dans un contexte d'économie mondialisée), avec une certaine déshumanisation des rapports au travail, la gestion par des indicateurs, la précarisation du travail avec également l'individualisation des contrats de travail, la rupture des collectifs de travail, le manque de dialogue social dans les entreprises (la France est lanterne rouge en Europe sur cette question), la formation des managers. Du fait de toutes ces considérations économiques, bien des départs ne sont pas remplacés avec une augmentation de la charge de travail. La liste est longue. Il faut bien évidemment y rajouter le déni des entreprises et l'absence de réflexion sur la question.

5. Comment la formation des professionnels de la santé au travail les sensibilise-t-elle aux questions relatives à la santé psychique des salariés ? La formation de base comprend un enseignement sur ce sujet. La question des risques pour la santé psychique fait partie des orientations prioritaires définies par le Conseil national professionnel de médecine du travail pour le développement professionnel continu et la certification périodique.

Prévention de l'épuisement professionnel (ou burn-out)

6. Au cours de ses travaux, la mission a constaté qu'une très faible proportion d'employeurs respectait l'obligation de faire figurer les risques psycho-sociaux (RPS) dans les documents uniques d'évaluation des



risques professionnelles (DUERP). Quels constats dressent les médecins du travail sur la connaissance des RPS par les employeurs et les salariés ?

Nous partageons ce constat. Comme nous l'avons fait remarquer lors de l'audition, le sujet des RPS reste encore tabou et beaucoup d'employeurs sont dans le déni, renvoyant cette problématique à des situations individuelles.

Le fait est qu'un véritable travail sur cette question met en questionnement les organisations du travail. D'ailleurs, certains médecins du travail s'autocensurent sur cette problématique pour ne pas entrer en conflit avec les employeurs. Vous trouverez en pièce jointe quelques-unes de nos réflexions sur le sujet.

Le contraste est grand avec la fréquence des consultations demandées par les salariés pour des situations allant du malaise à la souffrance au travail.

7. De quels moyens disposent les médecins du travail pour identifier des travailleurs en souffrance psychique ? La situation de ces travailleurs fait-elle l'objet d'alertes de la part de l'employeur, des représentants du personnel, des collègues ou bien des victimes elles-mêmes ?

Les premiers moyens dont disposent les médecins du travail et aussi les infirmiers en santé au travail sont les visites médicales avec l'écoute de la personne et les constatations cliniques. Dans la plupart des cas, la demande vient du salarié en souffrance lui-même, parfois c'est un constat fait à l'issue d'une visite périodique dans certaines situations, il peut exister une alerte collective avec alerte et discussion lors de réunions du CSE ou du CSSCT. Certaines alertes sont le fait de l'employeur ou de son représentant ; dans ce cas la situation relève pour l'employeur d'une pathologie individuelle liée à la personne (ce qui peut effectivement être le cas, par exemple un salarié délirant ou ayant un comportement anormal).

Nous disposons également d'indicateurs pour identifier les entreprises « où ça ne va pas » (turn-over, durée moyenne des contrats, nombre d'inaptitudes ou de licenciements)

8. Les évolutions législatives intervenues dans la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (élargissement des missions des SPST, appui de la médecine de ville pour les visites d'information et de prévention, renforcement de la prévention des risques de désinsertion professionnelle...) ont-elles permis des avancées sur le terrain ?

En toute honnêteté, je pense qu'il est trop tôt pour faire un bilan. Pour autant, il nous faut rappeler que c'est l'employeur qui est décisionnaire. On remarquera d'ailleurs que le nombre d'inaptitudes pour souffrance psychique ne fait qu'augmenter chaque année depuis 202, ce qui montre bien que les avancées sur le terrain ne sont guère visibles. Les intervenants en santé au travail ne sont que des conseillers. Les préconisations des SPSTI ne peuvent être efficaces que si les pouvoirs publics obligent les entreprises à agir. C'est la cour des comptes qui dans un rapport de 2022 pointait l'inertie des pouvoirs publics et préconisait une politique d'aides aux entreprises assortie de contrôle et de sanctions. Cette recommandation, pourtant évidente et pertinente est restée lettre morte. Vous noterez d'ailleurs que, au contraire, plutôt que d'aller voir ce qui ne va pas dans les entreprises, le gouvernement et l'Assurance maladie



préfèrent frapper culpabiliser, sanctionner les médecins et les malades.

L'appui de la médecine de ville pour les visites est un mythe. Cela n'existe nulle part et pour cause. Les médecins généralistes sont déjà débordés et l'on ne comprendrait pas qu'ils délaissent leurs missions propres. Par ailleurs, les conditions de mise en place sont très compliquées.

Enfin, sans vouloir faire de polémique, malgré l'affichage, la prévention est absente dans la loi du 2 août 2021 et son application est encore plus problématique, au point que certains syndicats qui avaient approuvé l'ANI et la loi du 2 août en reviennent (CGC, CFDT).

9. Quelles sont, le cas échéant, vos suggestions pour renforcer la prévention des risques psycho-sociaux ?

Un vrai chantier sur cette question devrait être lancé avec une politique volontariste du gouvernement et des ministères concernés. Les entreprises devraient être incitées à mener une vraie réflexion sur le sujet (cf. aussi p.j. sur le DUERP). Les entreprises à fort taux d'inaptitudes devraient être identifiées et accompagnées. Les CARSAT ont un rôle important à jouer en lien avec les SPST. Des mesures doivent être prises pour renforcer le dialogue social, rééquilibrer les relations patronat/salariat, rétablir les CHSCT. La formation des managers devraient être revues avec l'obligation de règles déontologiques.

Repérage et suivi de l'épuisement professionnel

10. Quelle part des consultations menées par les médecins du travail concerne des motifs liés à la souffrance psychique et plus précisément, à l'épuisement professionnel ?

Il est vraiment difficile de répondre à cette question notamment du fait de biais (priorités de convocation, importance de l'effectif suivi, nature des entreprises suivies, problèmes de diagnostic). À la louche, sur mon activité propre lors du mois écoulé, j'ai eu 15% de consultations où une souffrance au travail a émergé avec dans la moitié des cas, des affirmations d'épuisement professionnel, mais je n'affirmerai pas que ces chiffres sont représentatifs. Il faudrait faire une étude prospective spécifique. En tout cas, la part incontestablement a beaucoup augmenté ces dernières années.

11. Quels sont les éléments qui permettent au médecin du travail d'établir un lien de causalité entre les conditions de travail et la souffrance psychique ?

L'écoute empathique du salarié et l'analyse de son ressenti sont des éléments cliniques importants ; également les échanges (indispensables) avec l'employeur, la connaissance de l'entreprise acquise avec le temps, la participation à des réunions d'entreprise (notamment CSSCT quand il existe), les remontées du personnel, des élus, évidemment les consultations médicales avec l'ensemble des salariés et les indicateurs de l'entreprise (turn-over, durée moyenne des contrats...).



12. Quelles mesures le médecin du travail peut-il prendre pour accompagner un salarié en souffrance psychique (renvoi vers le médecin généraliste, déclaration d'inaptitude, arrêt de travail...)?

Oui, tout ce que vous décrivez. En premier lieu, l'écoute empathique du salarié est un moment important et nous pouvons l'orienter vers les psychologues du travail du SPST. Bien sûr, l'orientation vers le médecin traitant ou vers une structure spécialisée. L'inaptitude n'est délivrée qu'en dernier recours, quand aucune autre solution n'est possible et qu'il s'agit de sortir le salarié d'une situation délétère pour sa santé. Dans cette situation, il est important d'accompagner le salarié dans son nouveau projet professionnel.

13. Dans quelle mesure les médecins du travail sont-ils amenés à coopérer avec les médecins généralistes, psychiatres et psychologues de ville? Cette coopération vous paraît-elle suffisante?

La coopération est régulière dans un sens ou l'autre pour le diagnostic, le traitement et la solution envisagée qui se fait de façon consensuelle. Le problème rencontré est souvent que le signalement est tardif et la situation trop enkystée.

14. Quelles sont, le cas échéant, vos suggestions pour améliorer le repérage et le suivi médical des victimes d'épuisement professionnel?

Il faudrait sans doute une action plus volontariste des médecins dans les orientations vers le confrère dès les premiers signes, ce qui repose sur la formation et la sensibilisation, dès les études.

Le travail de réflexion et d'action dans les entreprises est également essentiel (on en revient au point 6.)

Procédure de reconnaissance des affections psychiques au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles

15. En cas de lien de causalité avéré avec les conditions de travail, quelles sont les informations renseignées par le médecin du travail dans le certificat médical adressé au salarié?

Nous ne voyons pas à quel certificat vous faites allusion. En général, c'est le médecin traitant qui rédige le certificat médical initial de maladie professionnelle avec l'arrêt de travail. Dans une telle situation, par la suite, l'Assurance Maladie demande l'avis du travail du travail dans le cadre de son enquête. Le médecin du travail répond alors en fonction de ses constats et de la connaissance qu'il a de l'entreprise (cf. question 12.). Le médecin du travail peut, le cas échéant, faire un écrit pour le salarié, dans le respect des règles définies par le CNOM.



16. Les médecins du travail sont-ils limités, dans la caractérisation de l'épuisement professionnel dont souffrent les travailleurs, par le risque de poursuites disciplinaires devant le Conseil de l'ordre des médecins ?

Cette question est pertinente et légitime. Je crains que certains médecins pratiquent l'autocensure de crainte de conflits avec l'employeur et de poursuites devant le Conseil de l'Ordre. La limite n'est pas la caractérisation diagnostique et clinique mais le lien avec les conditions de travail.

Cela dit, les poursuites disciplinaires même si elles ont connu (comme dans toutes les spécialités) une augmentation ces dernières années ne sont pas si fréquentes rapportées au nombre d'actes. Il est très difficile de savoir ce qui se passe au niveau local ou régional mais de 2005 à 2024, il n'y a eu qu'une vingtaine de plaintes d'employeurs contre leur médecin du travail devant les instances disciplinaires nationales avec dans la moitié des cas une relaxe du médecin du travail.

17. Le médecin du travail prend-il part, et si oui de quelle manière, à la procédure de reconnaissance « hors tableaux » des souffrances psychiques liées au travail en maladies professionnelles, qui s'effectue devant les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ?

Nous avons répondu à cette question à la question 15. Le médecin du travail est systématiquement sollicité par le CRRMP pour donner son avis sur l'origine de la maladie.

18. Quelle est votre opinion sur la création d'un tableau de maladies professionnelles pour les souffrances psychiques, afin de faciliter la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel ?

Il serait intéressant effectivement que la souffrance psychique soit reconnue en MP mais attention, toutefois, au fourre-tout. Il importe de bien caractériser les différentes pathologies. Par exemple, les mots « burn out » ou « harcèlement » sont utilisés à tout bout de champ. Le cadre nosologique doit être très précis. Les maladies suffisamment caractérisées. Attention, souffrance psychique et épuisement professionnel ne se recouvrent pas.

Réinsertion professionnelle post-épuisement professionnel

19. Comment se déroule l'examen de reprise du travail après une absence causée par un épuisement professionnel ? Cet examen débouche-t-il régulièrement sur un avis d'inaptitude ?

Il s'agit d'une consultation médicale construite comme telle avec l'analyse médicale de la situation, de l'état de santé, du traitement et du pronostic médical et social.

Nous pensons qu'il faut distinguer souffrance au travail et épuisement professionnel qui relèvent de deux réalités différentes, même s'il y a des recouvrements. La souffrance au travail peut être liée, par exemple, à un management malveillant et/ou une organisation de travail délétère. Dans cette situation, malheureusement, l'inaptitude est la règle comme le montre



l'explosion de la délivrance des inaptitudes médicales pour souffrance au travail.

La situation me semble différente pour les situations d'épuisement professionnel stricto sensu (encore une fois, on parle d'un diagnostic médical précis) où le « pronostic » nous paraît bien plus favorable, d'autant que dans ce cas, les facteurs individuels semblent beaucoup plus importants (liés donc à la personnalité de la personne). En absence de maltraitance avérée par l'organisation du travail, de conflit avec l'employeur et avec un bon appui psychologique par des professionnels, le retour au poste est possible sans inaptitude (notamment en adaptant la charge de travail).

20. De manière générale, quels sont les dispositifs mobilisables pour favoriser le retour et le maintien en emploi ? Quels sont, le cas échéant, les aménagements de poste envisagés ?

Il est difficile de répondre à cette question tant les outils et les dispositifs sont nombreux et les situations variées. Il y a la prise en charge par la cellule PDP, du service, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, les formations, les « négociations directes du médecin du travail avec l'employeur. Les possibilités d'aménagements de poste sont nombreuses : temps partiel thérapeutique, télétravail, aménagement horaire, aménagement de la charge de travail, mutation, voire parfois l'invalidité sécurité sociale. Il faut rappeler que l'employeur est tenu de prendre en compte les avis du médecin du travail (obligation même pour la Cour de cassation).

21. Un suivi individuel renforcé existe pour les postes exposés à des risques particuliers (amiante, plomb, agents cancérogènes...). Un tel suivi renforcé devrait-il être proposé aux travailleurs soumis à de fortes exigences émotionnelles ?

Ouh là là ! Vaste chantier et chantier impossible. Comment définir les fortes exigences émotionnelles.

La question est en fait très mal posée. Le suivi individuel renforcé répond à une norme réglementaire, par exemple visite tous les deux ans. Quand le médecin du travail constate un état de souffrance au travail, un épuisement professionnel ou un risque de décompensation, il va demander sans qu'il soit besoin de texte réglementaire à revoir assez rapidement le salarié. Nul besoin de légiférer. Et si on laissait la médecine aux médecins et non aux juristes ?

Par ailleurs, notre syndicat est plutôt opposé à cette notion de suivi individuel renforcé car les risques et les expositions concernés sont collectifs et relèvent avant tout avant tout de la prévention. Le scandale de l'amiante montre bien les limites de cette conception très française. En quoi, la multiplication des visites médicales empêche les maladies. Il faut bien évidemment supprimer les expositions (ou les ramener au niveau le plus bas possible).

Comment ne pas voir (et c'est encore très français) que cette notion de suivi médical renforcé est le contraire de la prévention ?



22. Quelles sont, le cas échéant, vos suggestions pour améliorer le retour et le maintien en emploi des victimes d'épuisement professionnel ?

Encore une fois nous ne saurions trop insister sur la prévention (qui peut être primaire, secondaire ou tertiaire) Une situation d'épuisement professionnel doit inciter les entreprises à revoir leur organisation du travail.

Il faudrait aussi une politique plus incisive de l'Assurance Maladie et de l'Inspection du travail vis-à-vis des entreprises à problèmes (facilement repérables en fait). Une réflexion est en cours, semble-t-il à ce sujet, dans le cadre de la lutte contre l'absentéisme. Ira-t-elle à son terme ?

Sur le fonctionnement des services de prévention et de santé au travail

23. Quelle est la place des professionnels de la santé au travail dans la gouvernance des SPSTI ? Leur indépendance est-elle toujours garantie ?

Les SPSTI sont administrés par un CA dont ne font pas partie les professionnels de la santé au travail. De fait, la gouvernance est patronale avec un poids grandissant du MEDEF. Nous rappellerons que pour les Ministres du travail et les Directeurs Généraux du Travail, la « Santé au travail » et même la médecine du travail appartiennent aux « partenaires sociaux » et donc que les professionnels n'ont pas voix au chapitre dans la gouvernance. Quand Madame LECOCQ a été missionnée pour réformer la Santé au travail, il n'était pas prévu qu'elle auditionne les professionnels de la santé au travail. Il a fallu l'intervention de Monsieur PHILIPPE (à la suite d'une alerte de DGT de l'époque, Monsieur STRUILLOU, avec qui j'avais sympathisé) pour que le SNPST et PRÉSANSE soient auditionnés.

Les professionnels ont via la CMT des SPST, un rôle dans les choix médicotecniques du service mais souvent cela reste très formel.

Dans les SPST, seuls les médecins se voient reconnaître une indépendance. Ce n'est pas le cas des infirmiers ni des IPRP et c'est une de nos revendications.

Pour les médecins, l'indépendance, heureusement garantie par le Code du Travail, est à (re)construire en permanence. Nos employeurs aimeraient bien la remettre en cause. Nous comptons sur vous, sénatrices et sénateurs, pour l'étendre et la renforcer.

24. Quel regard portez-vous sur la mise en place de l'offre socle des SPSTI ? La protection de la santé psychique des salariés y est-elle suffisamment prise en compte ?

Notre syndicat est très critique sur la certification et l'offre socle. La Santé au travail relève de la santé publique et non d'une relation prestataire/client. De plus en plus les Directions des SPST parlent de clients et non plus d'adhérents. Dans l'offre socle, il n'existe aucune place spécifique pour la santé psychique des salariés ni, en général, pour la santé des travailleurs. Aucune analyse des risques professionnels et es besoins ne se fait jour.

Il nous faut rappeler deux choses :

- Ce sont les employeurs qui sont décisionnaires en matière de prévention en entreprise. Rien ne peut se faire sans leurs actions et rien ne peut se



faire sans une action volontariste des pouvoirs publics

- Il faut donner aux professionnels de santé au travail les moyens humains, financiers et réglementaires pour remplir leurs missions (qui doivent rester des missions d'ordre public).

25. Dans un SPST autonome, quelle est la marge de manœuvre du médecin du travail par rapport à son employeur lorsqu'il identifie des difficultés liées aux effets néfastes de l'organisation du travail sur la santé des salariés ?

Les médecins concernés vous diront qu'ils disposent d'une totale marge de manœuvre. L'expérience nous fait craindre que ce n'est pas exact. Dans certains cas, les médecins s'autocensurent ou font l'objet de pressions. Il faut dire que l'indépendance est altérée par le niveau des salaires et la participation aux CODIR.

Dans l'emblématique affaire France Télécom, les médecins du travail ayant relevé les effets néfastes de l'organisation du travail ont tous dû quitter l'entreprise.

C'est pourquoi notre syndicat milite pour un grand service unifié de santé au travail.

Autres

26. Avez-vous d'autres points à porter à l'attention de la rapporteure ?

Nous pensons en avoir dit assez et nous restons à votre disposition pour tout complément

Ce questionnaire vise à préciser les principales interrogations de la mission d'information et pourra servir de conducteur indicatif à l'audition.

Il vous sera demandé en introduction un propos liminaire de dix minutes maximum.

Nous vous remercions de nous faire parvenir vos réponses par écrit avant le 23 avril 2026 à l'adresse suivante :

mi_spt@senat.fr