



Santé et travail

Les origines, les acteurs et les indicateurs

Parler du rapport santé-travail, c'est bien sûr présenter les institutions chargées de la prévention des risques et de la surveillance de l'état de santé des travailleurs : médecine du travail, CHSCT, organismes de sécurité sociale... C'est montrer aussi dans quel contexte historique, économique et social, elles ont été créés. Enfin, les indicateurs fournis à la fois par les enquêtes du ministère du Travail et des services de médecine du travail, et par les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie permettent de mieux appréhender le lien entre santé et travail.

Une approche historique

La question du rapport entre santé et travail plonge ses racines dans la plus haute antiquité, un papyrus de 2 500 ans avant Jésus-Christ contient la description dans l'ancienne Égypte du lumbago aigu survenu accidentellement chez un ouvrier ayant participé à la construction d'une pyramide. C'est au cours de la révolution industrielle du XIX^e siècle que cette question fut posée de façon la plus aiguë, conséquence du libéralisme effréné qui sévit à cette époque, la constituante ayant proclamé après la révolution de 1789 la liberté du travail, liberté sans limite.

Les rapports au travail reposent alors sur une base exclusivement contractuelle, l'État étant tenu de ne pas intervenir. Le contrat de travail fait naître à la charge de l'ouvrier une obligation d'exécuter le travail qui lui est confié, et à la charge de l'employeur, une obligation de payer le prix convenu. Il n'y a, ni dans le Code civil,

ni dans les textes de la première moitié du XIX^e siècle, d'obligation patronale d'assurer à l'ouvrier l'exécution de son travail dans certaines conditions légales de durée, d'hygiène, de moralité, ou d'indemniser l'ouvrier du préjudice résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Très vite, la misère totale autant physique que morale de la population ouvrière et les relations évidentes entre cet état et les conditions de travail vont être dénoncées aussi bien par les philanthropes, les statisticiens des populations que par les médecins.

Création de l'inspection du travail

Ces constats, associés aux révoltes ouvrières (révolte des canuts en 1830 et 1834 à Lyon, mouvement insurrectionnel de 1848) et aux enquêtes sur le recrutement militaire (en 1830, sur trois conscrits, le conseil de révision en réforme deux pour santé vraiment déficiente), vont amener l'État à légiférer en matière de durée du travail, d'hygiène et de sécurité, en créant un corps d'inspecteurs du travail, et à

mettre en place une obligation de réparation des dommages causés par le travail et enfin à mettre en place des services de médecine du travail.

La création de ce corps législatif va se faire à partir de l'année 1841, alimentée par la publication de nombreux ouvrages et travaux concernant le développement industriel et ses conséquences sur la santé des ouvriers tel le fameux rapport de Louis Villerme en 1840, fruit d'observations précises prises sur le vif.

Une série de textes législatifs concernant le travail des enfants fut promulguée, aboutissant à la création d'un corps de contrôle : l'inspection du travail. Ces mesures eurent beaucoup de difficulté à être appliquées, les moyens de contrôle étant très faibles.

Dans le même temps un courant de pensée dit « philanthropique » se développait du côté du patronat le plus avancé, des expériences de création de services de médecins d'usine orientés vers les soins d'urgence eurent lieu. Souvent y étaient associés des services en matière de logement, d'œuvre sociale, de santé, de scolarité.

Des médecins de plus en plus présents

La loi du 9 avril 1898 organise la réparation des accidents du travail sur une base qui est identique aujourd'hui. Elle détache l'accident de la notion de faute de la part de l'employeur ou du salarié, elle facilite l'indemnisation du salarié grâce à la réparation automatique et forfaitaire, mais elle n'astreint pas l'employeur à la mise en œuvre de mesures préventives.

Afin de pallier la responsabilité encourue par les employeurs, des sociétés d'assurances privées encouragent et aident financièrement les employeurs à créer des dispensaires, centres d'urgences et de petits soins médicaux et chirurgicaux.

Le meilleur moyen d'éviter les accidents, les maladies et intoxications est d'assurer à l'usine l'application de mesures hygiéniques et sanitaires appropriées, et d'entourer l'ouvrier d'une surveillance médicale méthodique.

Dans certaines entreprises le médecin va au-delà du rôle purement curatif puisqu'il procède à des visites d'embauche, à un contrôle de l'absentéisme et de l'aptitude. Avec ces examens s'ouvre la voie d'une médecine préventive, l'hygiène dans les ateliers ne relevant pas encore du service médical.

Cette organisation des services médicaux dans les entreprises est assez mal accueillie par le milieu ouvrier qui se méfie des initiatives

► Louis Villerme. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine, de soie*. 1840.

prises par le patronat, craignant la sélection de la main-d'œuvre par le médecin.

Ce n'est qu'au cours de la guerre 1914/1918 qu'apparaît la première instruction officielle sur le médecin dans l'entreprise, il s'agit de l'inspection médicale des usines d'armement. Un médecin est installé temporairement dans chaque établissement, travaillant en liaison étroite avec les techniciens, il entreprend des études parallèles du personnel, du matériel et de l'hygiène des ateliers.

Généralisation de la législation du travail

En 1906, le ministère du Travail est créé. Le Code du travail créé par la loi du 26 novembre 1912 fixe pour la première fois les principes généraux de salubrité des locaux et de protection des travailleurs. Il prévoit la déclaration de tout accident de travail et de toute maladie professionnelle ainsi que les mesures d'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité.

Des décrets généraux concernant tous les locaux de travail sont pris en 1913 (nettoyage des locaux, cubage d'air, éclairage, chauffage, etc.) ainsi que des décrets sur des dispositions relatives à des travaux « à risques » (l'intoxication saturnine, l'infection charbonneuse, etc.). C'est le 1^{er} octobre 1913 qu'un décret rend obligatoire la réparation des maladies professionnelles.

En 1934 est rendu obligatoire le contrôle médical de certaines catégories de travailleurs en situation de risque particulier, à l'embauche et périodiquement, protection spéciale qui va s'étendre progressivement à un grand nombre de salariés.

En 1937 a été créée l'inspection médicale du travail, alors que depuis 1936 l'inspection du travail jusque-là chargée de l'application des textes commence à intervenir comme médiateur dans les conflits.

Une nouvelle conception de la médecine du travail

Après la guerre de 1914/1918, l'importance du rôle du médecin dans l'industrie est soulignée. La préoccupation première est la main-d'œuvre. Diminuée dans sa quantité, il faut l'utiliser de la meilleure façon possible, c'est l'utilisation « physiologique » de l'ouvrier qui est préconisée. Les machines ne sont plus

◀ « Il faut placer le moteur humain dans les meilleures conditions de rendement possible » Docteurs Leclercq et Mazel *La main-d'œuvre nationale après la guerre* (Paris : Larousse, 1916, p. 70).

L'unique préoccupation des employeurs, le facteur humain est plus important, parce que plus fragile. Il devient indispensable de créer une science de la pathologie professionnelle et de la physiologie du travail. Peu à peu, les écrits médicaux insistent sur une médecine du travail préventive, associant visite d'embauche, visite d'aptitude, visite de détection de maladie professionnelle, mais pour mener à bien cette tâche, le médecin doit connaître le travail effectué dans l'entreprise, les conditions spéciales de ce travail et ses exigences, c'est pourquoi le médecin doit aller dans l'usine.

Une floraison d'écrits et de revues paraissent sur ce thème, ils constituent la doctrine de la médecine du travail dans les années 40. L'essentiel de celle-ci sera repris en 1946.

Des instituts français de médecine du travail sont créés. Ils vont avoir en charge la formation de ces médecins d'usines, la recherche scientifique, mais aussi un but social puisque la documentation, l'enseignement et la recherche seront à la disposition des travailleurs et des industriels. Un diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail est créé en 1933.

Les 21 et 23 juin 1930 se tient à Lille le premier congrès de langue française de médecine du travail et en 1937 les premières journées internationales de pathologie et d'organisation du travail organisées par Guy Hauser et sous le patronage de la Confédération générale du travail (CGT) et de la Confédération générale du patronat français (CGPF).

À la fin des années 30, la médecine du travail est née, une doctrine est élaborée, son enseignement est rendu possible et enfin, syndicats patronaux et ouvriers s'efforcent de démontrer aux employeurs et aux ouvriers les avantages d'un service médical à l'usine. Mais la médecine du travail n'est pas encore obligatoire, elle le deviendra sous le gouvernement de Vichy par la loi du 28 juillet 1942 reprenant une recommandation ministérielle du 1^{er} juin 1940 qui prévoyait l'organisation des services médicaux et sociaux du travail.

Une ordonnance du 22 février 1945 sur les comités d'entreprise stipule que le service médical est contrôlé par le comité d'entreprise.

Mise en place des structures de prévention

À la Libération, la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail constitue le texte de base de la médecine

▶ Le premier institut français de médecine du travail est inauguré à Lyon en 1930

Les textes législatifs fondant la médecine du travail sont : la loi du 11 octobre 1946 et les décrets successifs du 26 novembre 1946, 27 novembre 1952, 13 juin 1966, 20 mai 1979, et 14 mai 1986 applicables à compter du 1^{er} janvier 1988.

La cotisation annuelle est en moyenne de 300 à 500 F par salarié

du travail, et reste valable de nos jours. Elle reprend l'esprit de la loi de 1942 promulguant l'obligation de la médecine du travail dans les entreprises. Elle attribue au médecin du travail un rôle exclusivement préventif.

Parallèlement, l'adoption de la loi des 11 et 30 octobre 1946 organisant la branche accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP) de la Sécurité sociale propose d'amorcer une véritable généralisation de la protection de la santé en milieu de travail.

En 1946, les trois institutions chargées de la santé au travail étaient en place : l'inspection du travail, chargée de faire appliquer la réglementation concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, la branche AT-MP de la Sécurité sociale, chargée de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et la médecine du travail chargée de la surveillance médicale des travailleurs, de la prévention dans les entreprises et de l'adaptation du travail à l'homme.

Le dispositif de prévention des risques professionnels

La médecine du travail

◀ L'article 1 de la loi du 11 octobre 1946 définit la finalité de la médecine du travail, à savoir : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Organisation des services de médecine du travail

Suivant l'importance des entreprises, les services peuvent être autonomes, c'est-à-dire propres à une entreprise sous le contrôle du comité d'entreprise, ou interentreprises, communs à plusieurs entreprises. Ces services sont gérés par des associations loi de 1901, tenus par les employeurs et contrôlés par des commissions de contrôle composées de deux tiers de salariés, et d'un tiers d'employeurs.

Le service interentreprises offre ses services ◀ en échange d'une cotisation versée par les

employeurs. Actuellement, 80 % des entreprises sont suivies par des services de médecine du travail interentreprises.

Le temps alloué au médecin du travail pour assurer ses fonctions est d'une heure par mois pour 20 employés, pour 15 ouvriers ou pour 10 salariés exposés à des risques particuliers définis par arrêté.

Le contrôle administratif de ces services est assuré par le directeur régional du travail aidé par le médecin-inspecteur régional du travail, qui donne un agrément des services tous les cinq ans. Un rapport administratif et financier doit être établi par les services tous les ans.

Rôle du médecin du travail

Le médecin du travail est le conseiller, du point de vue de la santé, du chef d'entreprise, des partenaires sociaux de l'entreprise et des salariés.

L'activité du médecin du travail, médecin spécialiste, obligatoirement titulaire du CES ou DES de médecine du travail, se décompose en deux parties. L'une, dite *activité clinique*, pour les deux tiers de son temps, l'autre, dite *de tiers temps*, pour étudier les conditions de travail, d'hygiène, de sécurité dans les entreprises.

Activité clinique

Elle est constituée de visites médicales obligatoires pour le salarié. Ces visites sont :

- les visites d'embauche,
- les visites systématiques (annuelles ou bisannuelles suivant les risques auxquels sont exposés les salariés),
- les visites de reprise du travail après une absence de plus de huit jours suite à un accident du travail, une maladie professionnelle, ou un arrêt maladie de plus de trois semaines,
- les visites à l'initiative du salarié travaillant,
- les visites de pré-reprise également à l'initiative du salarié lors d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la reprise du travail à son ancien poste devenant aléatoire. Cette visite de pré-reprise malheureusement pas assez utilisée devrait permettre de préparer la reprise du travail de ces salariés.

L'ensemble des visites obligatoires a pour conséquence un acte juridique, *l'avis d'aptitude*, qui seul permettra au salarié de poursuivre son travail. Il est donc fondamental puisque pouvant avoir des conséquences importantes sur son emploi. Cet avis certifie que la poursuite de son travail par le salarié n'est dangereuse ni pour lui-même ou ni pour les autres.

Principes de base

de la médecine du travail

- Généralisation de la médecine du travail à la plus grande partie des entreprises, certains secteurs professionnels étant dotés d'un régime spécial (agriculture, mines et carrières, transport, fonction publique d'État, territoriale et hospitalière).
- Caractère obligatoire de l'organisation de la médecine du travail, et mise à la charge des employeurs de sa gestion et des frais afférents.
- Orientation exclusivement préventive de l'action médicale en médecine du travail.
- Spécialisation des médecins du travail assortie d'une formation adaptée.
- Indépendance technique et respect de la déontologie médicale (en particulier respect du secret médical).
- Contrôle des services par les représentants salariés des entreprises.

Le législateur a prévu l'obligation pour le médecin du travail de proposer, en cas de problème au maintien à un poste de travail d'un salarié, de faire des propositions d'aménagement, de modification de poste ou d'horaires, ou de proposer des mutations à d'autres postes dans l'entreprise. L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail. Une voie de recours a été prévue par le législateur en cas de contestation par le salarié ou l'employeur de l'avis d'aptitude ou d'inaptitude, auprès de l'inspecteur du travail.

Article L. 241.10.1
du Code du travail

Article L. 122.45
du Code du travail

Cet avis est aussi le garant – cela a été confirmé par la loi sur la non-discrimination – que nul autre que le médecin du travail n'est habilité dans l'entreprise, à aborder avec les salariés les problèmes de santé individuels.

Ces visites centrées sur l'activité professionnelle permettent la surveillance de l'adaptation de l'homme à son travail et le dépistage aussi précoce que possible d'états pathologiques dus au travail et à l'exposition à certains risques.

Elles devraient permettre un développement des connaissances des pathologies professionnelles. Lors de ces examens systématiques sont souvent diagnostiquées par le médecin du travail, des pathologies non-liées au travail pour lesquelles une orientation vers le médecin traitant est fréquemment préconisée.

Le médecin du travail est habilité à demander des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail, au dépistage de maladie professionnelle et de maladie contagieuse.

Activité de tiers-temps

Le médecin du travail est astreint à passer le tiers de son temps dans l'entreprise à étudier l'hygiène, la sécurité, l'organisation du travail, à répertorier les expositions, à définir les risques, à analyser les postes de travail. Tour à tour toxicologue, hygiéniste, ergonomiste, il doit être à même de repérer l'ensemble des facteurs pouvant avoir un effet néfaste sur la santé des salariés. Sa surveillance clinique n'a de sens que si elle est basée sur la connaissance des risques qui existent dans l'entreprise. Pour ce faire le médecin a droit d'accès à tous les lieux de l'entreprise, d'information sur tous les produits et techniques de production utilisés, ainsi que sur toutes modifications pouvant intervenir dans le processus de production et cela suffisamment tôt pour pouvoir faire ses observations. Le médecin du travail est astreint au secret de fabrication comme au secret médical. Il a la possibilité de demander toutes les mesures et examens complémentaires nécessaires à la connaissance du milieu du travail.

Dans le cadre de ce tiers-temps et de la connaissance de l'entreprise qu'il acquiert, il doit faire et réactualiser régulièrement une fiche d'entreprise qui doit être présentée au comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, instance dont il est membre de droit.

Tous les ans, le médecin du travail est tenu de présenter devant le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, un plan d'activité où il précise, d'une année sur l'autre, les points concernant la santé au travail qu'il compte étudier en particulier.

Par l'intermédiaire de ce plan, mais aussi plus directement depuis 1986, le Code du travail incite les médecins du travail à participer à des études et recherches en ergonomie, épidémiologie, toxicologie, etc.

Tous les ans, le médecin du travail établit un rapport technique qu'il présente devant le comité d'entreprise dans le cas du service autonome, ou la commission de contrôle, si c'est un service interentreprises.

Dans les entreprises industrielles de plus de 200 salariés, et tertiaires de plus de 500 salariés, le médecin du travail est aidé dans l'ensemble

Médecins du travail *en chiffres*

En 1993, **6 255** médecins du travail dont 2 779 à temps plein ont surveillé 12 480 426 salariés du régime général couvert par la médecine du travail, en collaboration avec près de 9 000 personnels paramédicaux (infirmières, auxiliaires médicaux et autres personnels de prévention).

Coût de la
médecine du travail
4
milliards de francs

Coût de la
branche
accident du travail-
maladie profession-
nelle de la
Sécurité sociale
40
milliards de francs

Budget de la
Sécurité sociale
400
milliards de francs

de ses fonctions par des infirmières du travail. Dans les services interentreprises, il doit être secondé par une secrétaire.

Le médecin du travail est un salarié protégé, c'est-à-dire qu'il ne peut être licencié sans qu'il y ait accord du comité d'entreprise pour les services autonomes, ou les commissions de contrôle pour les services interentreprises. Ceci lui donne une garantie d'indépendance, tant vis-à-vis des employeurs que des salariés. De plus, il est totalement responsable et indépendant techniquement de ses employeurs, seul le médecin-inspecteur régional du travail peut exercer un contrôle technique de son activité.

La médecine du travail demain

Depuis peu se pose un problème de déficit en médecine du travail. Dans le cadre de l'harmonisation européenne, la spécialité en médecine du travail ne s'acquiert plus que par le passage par l'internat. Or, le nombre de places mises à disposition est loin de permettre de compenser le déficit de près de 400 médecins qui s'est creusé ces dernières années, il est d'ailleurs insuffisant pour couvrir le flux de médecins du travail partant en retraite. On assiste au paradoxe où l'État impose un certain nombre d'obligations aux entreprises mais ne forme pas suffisamment de professionnels pour assurer ces obligations.

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Créés par un décret du 1^{er} août 1947, les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) ont été jusqu'à une date récente, des organismes techniques consultatifs exerçant leur action sur les lieux de travail en vue d'améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité et de proposer toutes mesures visant à éviter les

accidents et les maladies professionnelles. Leurs compétences ont été élargies au cours des années 1970, avec le décret du 1^{er} avril 1974 qui précisait à la fois la composition du CHS et les missions qui lui étaient dévolues.

La loi du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a élargi encore les missions confiées à cette nouvelle institution représentative du personnel, obligatoire pour les entreprises de plus de 50 salariés. Elle a étendu la notion de risques professionnels en y incluant tout ce qui relève des conditions de travail.

À sa mission « originelle », contribuer à la protection et à la sécurité des salariés par l'analyse des risques professionnels encourus dans l'entreprise, s'est ajoutée une mission élargie à l'ensemble des conditions de travail. Le CHSCT a désormais compétence dans l'organisation matérielle du travail (charge de travail, rythme, pénibilité mais aussi élargissement et enrichissement des tâches), l'environnement physique (température, éclairage, aération, bruit, poussières, vibrations), l'aménagement des postes de travail (notamment au bénéfice des accidentés du travail et des handicapés), la durée et les horaires de travail (ceci en liaison avec le comité d'entreprise), l'aménagement du temps de travail.

Il est compétent dans le domaine de la protection et de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires. Il réalise des contrôles et enquêtes à intervalles réguliers (au moins une inspection collective par trimestre), des locaux et des machines en service dans l'établissement.

Il est tenu d'enquêter à la suite de tout accident ayant entraîné ou pu entraîner des conséquences graves pour un salarié.

Il a aussi une fonction consultative. Il donne son avis sur le rapport annuel et le programme de prévention et d'amélioration des conditions de travail présenté au moins une fois par an par le chef d'établissement. Il peut proposer un ordre de priorité et l'adoption de mesures complémentaires dans le cadre de ce programme (art. R. 236.4 du Code du travail).

Enfin, il a un rôle important de sensibilisation des travailleurs à la sécurité. Il participe à la préparation des actions de formation à la sécurité qui consistent en une instruction des salariés aux précautions nécessaires à leur propre sécurité et à celle de leurs collègues.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

La CNAMTS est un établissement public géré par un conseil d'administration composé de membres désignés par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés.

En matière de prévention, elle a pour rôle de « promouvoir la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ». Elle émet un avis sur les projets de lois et de règlements élaborés dans les domaines de sa compétence. Elle assure la coordination entre les caisses régionales d'assurance maladie. Elle gère un Fonds national de prévention alimenté par un prélèvement d'environ 1,8 à 2,0 % des cotisations encaissées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour l'élaboration de sa politique de prévention des risques professionnels et de la gestion du fonds de prévention, la CNAMTS est assistée par des organismes paritaires : la commission prévention et les centres techniques nationaux.

Le service de prévention des risques professionnels des caisses régionales d'assurance maladie

Organisme de droit privé, administré par un conseil d'administration composé de représentants des employeurs et des salariés, son rôle est de conseiller, contrôler et former les différents intervenants dans les entreprises.

Ce sont les ingénieurs-conseil et les contrôleurs de sécurité des services prévention des risques professionnels qui mettent en œuvre ces actions. Ils ont le droit de pénétrer dans tous

Utilisation des ressources du Fonds national de prévention

- Dotations aux caisses régionales d'assurance maladie pour leur action de prévention.
- Subventions à l'INRS.
- Subventions à différents organismes pour l'enseignement de la prévention et la formation à la sécurité.
- Avances et subventions aux entreprises pour faciliter le financement d'aménagements destinés à assurer une meilleure sécurité (cf. les « conventions d'objectifs » pour les entreprises de moins de 300 salariés).

les établissements assujettis au régime de la sécurité sociale, et de faire effectuer toutes les mesures, analyses et prélèvements d'atmosphère qu'ils jugent utiles.

Les caisses régionales de l'assurance maladie, qui jouent essentiellement un rôle de conseil, n'ont pas à faire référence à des textes réglementaires pour demander à un chef d'établissement de satisfaire à certaines mesures de sécurité. Elles peuvent l'inviter à prendre toutes mesures justifiées de prévention et disposent d'incitations financières négatives (majoration du taux de cotisation accident du travail-maladie professionnelle [AT-MP]) ou positives (minoration du taux de cotisation AT-MP, avances et subventions aux entreprises pour un investissement dans la prévention).

Les services de prévention des risques professionnels développent une importante politique de sensibilisation, d'information, et de formation auprès des acteurs de prévention (chef d'entreprise, CHSCT, salariés, animateurs de sécurité, médecins de travail...).

Seulement 10 % des entreprises fait l'objet d'une visite de la part des services de la Cram. En fait la Cram ne pénètre pas le tissu des petites entreprises.

L'Institut national de recherche et de sécurité

Cet institut a été constitué en 1968 par fusion, sous la forme d'une association à gestion paritaire, de l'Institut national de sécurité (fondé en 1947) centré sur l'information et la formation en matière de sécurité et du Cerpat (Centre de recherche installé à Vandœuvre-lès-Nancy).

Il bénéficie d'environ un tiers des crédits du Fonds national de prévention et emploie 600 personnes dont les activités se partagent entre études, recherches, assistance technique (il délivre les visas techniques des machines les plus dangereuses et contrôle la mise sur le marché de nouveaux produits chimiques), formation, information, documentation .

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

Créée en 1973, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) est un établissement public rattaché au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation

► Article L 422.4 du Code de la Sécurité sociale

◀ Le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels publie le *Bilan des conditions de travail* (rapport annuel)

► L'INRS publie trois revues : *Travail et sécurité*, *Documents pour le médecin du travail*, *Notes documentaires*

professionnelle. Elle est gérée paritairement par des représentants des organisations d'employeurs et des syndicats de salariés ainsi que des représentants de l'administration et des personnalités qualifiées.

L'Anact a trois missions principales : l'intervention de conseil en entreprise ; la production de méthodes novatrices pour le changement du travail ; l'information sur les expériences innovantes, les moyens mis en œuvre, les difficultés rencontrées.

L'Anact a une approche globale à partir de la réalité des situations de travail des salariés et des préoccupations des entreprises.

Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

Composé de représentants des salariés et des employeurs, de personnes qualifiées et des représentants des administrations, c'est un organisme consultatif placé auprès du ministre du Travail qui lui propose toute mesure susceptible d'améliorer l'hygiène et la sécurité sur les lieux de travail, et de façon plus générale, les conditions de travail.

Il est consulté sur les projets de lois, de règlement, les orientations à donner aux organismes et institutions d'hygiène et de sécurité comme par exemple l'extension ou la modification des tableaux des maladies professionnelles. Il suscite et favorise toute initiative de nature à améliorer la prévention des risques professionnels.

L'inspection du travail

Les échelons régionaux et départementaux de l'inspection du travail ont en charge le contrôle et la coordination des sections d'inspection.

L'inspection du travail assure l'application effective au niveau de l'entreprise des différentes dispositions légales et réglementaires en matière d'hygiène et de santé. À ce jour, en France, 90 % des salariés sont employés dans des entreprises relevant du contrôle de l'inspection du travail. Les effectifs réels des services déconcentrés du travail et de l'emploi étaient de 7 748 personnes au 31 décembre 1992.

Rôle de l'inspection du travail

Les inspecteurs du travail veillent à l'appli-

tion des mesures concernant la prévention et les conditions du travail. Il faut noter que la situation actuelle de l'emploi les incite à intervenir davantage sur des problèmes d'emploi et de litige sur les contrats de travail.

Il est de plus en plus demandé à l'inspection du travail d'intervenir auprès des entreprises comme conseil ou négociateur. Malgré tout 921 856 infractions au Code du travail concernant l'hygiène et la sécurité ont été relevées en 1992, 284 921 entreprises ayant été visitées.

La loi du 6 décembre 1976, qui a élargi les pouvoirs des inspecteurs du travail prévoit qu'en cas de danger grave ou imminent, les inspecteurs du travail peuvent dresser immédiatement un procès-verbal. Elle prévoit également qu'ils peuvent intervenir dans le cas où le risque résulte non d'une infraction à une disposition réglementaire, mais de l'organisation générale du travail.

La loi du 31 décembre 1991 a introduit la possibilité pour l'inspecteur ou le contrôleur du travail de prescrire l'arrêt temporaire des travaux sur un chantier en cas de danger grave et imminent (sous certaines conditions).

L'inspection médicale du travail

Les directeurs régionaux du travail et de l'emploi sont assistés par des médecins inspecteurs, qui ont pour mission de veiller, en liaison avec l'inspecteur du travail, à l'application de la législation relative à l'hygiène et à la protection de la santé des travailleurs, et de contrôler le fonctionnement des services médicaux du travail.

Principaux moyens d'actions des inspecteurs du travail

- Libre-accès dans les établissements soumis à leur contrôle. Ils peuvent se faire accompagner des représentants du personnel lors des visites.
- Possibilité de demander, aux frais de l'employeur, toutes investigations utiles.
- Constatation des infractions à la législation, établissement d'observations et rédaction des procès-verbaux.

Les indicateurs

Les enquêtes

Si le ministère du Travail et le monde de la médecine du travail réalisent la plupart des enquêtes, d'autres formes d'indicateurs émergent tel le projet « paroles », recueil de témoignages, de monographies, sur la précarité par des médecins du travail...

Les enquêtes du ministère du Travail

Conditions de travail

Ces enquêtes directes auprès des salariés informent sur les risques et contraintes de travail perçus par les salariés. La dernière de ces enquêtes montre que la part des salariés concernés par les pénibilités, risques et nuisances, augmente fortement de mai 1984 à mai 1991. De plus en plus de salariés sont soumis à des délais, des consignes, des modes opératoires précis, 44 % d'entre eux déclarent que leur rythme de travail dépend de délais serrés. Ces traits caractérisent un travail de type industriel. Ces rythmes de travail, source de tension nerveuse, sont une contrainte fortement ressentie par les salariés, mais sa traduction diffère selon la place occupée dans la hiérarchie socio-professionnelle. Si dans l'ensemble le travail au sein du monde ouvrier est moins dur physiquement, le travail à la chaîne ne recule pas.

En fait en 1991, les salariés considèrent leurs conditions de travail comme moins supportables qu'elles ne l'étaient en 1978 et 1984. Le travail reste pénible dans le bâtiment et les travaux publics mais les risques et nuisances sont ressenties aussi dans les industries plus modernes et se propagent dans le tertiaire.

L'enquête sur la surveillance médicale des risques

L'enquête sur la surveillance médicale des risques (Sumer) a été réalisée en 1986-1987 par 600 médecins du travail ayant renseigné 50 000 questionnaires sur 6 mois. Une nouvelle enquête Sumer a démarré en 1994, plus de 1 200 médecins du travail devraient y participer et les premiers résultats devraient être diffusés en 1996. Cette enquête, renouvelée périodiquement, permettra d'avoir un indicateur de

l'évolution, des conditions du travail, des expositions aux nuisances et risques dans le monde du travail au fil du temps.

Pour l'année 1987, les salariés ont été exposés à au moins un risque, dans les proportions suivantes : 13 % pour les risques infectieux et parasitaires, 23 % pour les risques chimiques, 29 % pour les risques physiques et 41 % pour les risques autres parmi lesquels le travail sur écran et les horaires alternés.

D'autres indicateurs

Deux grandes enquêtes longitudinales lancées dans le monde de la médecine du travail permettent de mesurer l'impact du travail sur la santé telles l'enquête Estev sur vieillissement et travail, l'enquête Sted sur les relations entre l'état de santé des salariés et le travail en sous-traitance...

Les statistiques

La connaissance des accidents et maladies liés au travail

Le système d'information sur les atteintes à la santé dues au travail repose sur les statistiques nationales établies par la CNAMTS concernant les accidents du travail et maladies professionnelles reconnus et indemnisés.

Les accidents du travail

En 1992, pour les 15,5 millions de salariés du régime général de la Sécurité sociale, il y a eu 759 481 accidents du travail avec arrêt, dont 63 282 accidents ayant entraîné une incapacité partielle ou totale permanente, et 1 059 accidents mortels.

On assiste depuis 1987 à une augmentation régulière de la fréquence de ces accidents, suivant un rythme qui aura été deux fois plus rapide que celui de l'emploi (18,6 % contre 9,2 %). Seuls les chiffres de 1992 font apparaître un léger recul du nombre total des accidentés (moins 3,4 %) qui est plus important que le recul des effectifs salariés en 1992 (estimé à 0,8 %).

D'autres chiffres bruts montrent par ailleurs que l'accidentabilité n'est pas univoque selon le secteur professionnel, la taille de l'établissement, l'âge de la victime, sa qualification et son type de contrat de travail :

- certains secteurs professionnels sont plus

Précarité et santé

Effets et réglementation

- Depuis 20 ans, les entreprises ont de plus en plus recours aux contrats à durée déterminée et à l'intérim.
- Entre 1986 et 1991, le nombre d'intérimaires a triplé.
- 7 % des salariés ont un statut précaire.
- Ils sont victimes de 20 % des accidents du travail et de trajet.
- Le recours à la sous-traitance permet aux entreprises « donneuses d'ordre » d'extérioriser une partie des risques.
- En 1990, 20 000 salariés sont intervenus en sous-traitance dans les centrales nucléaires et ont reçu plus de 80 % des doses de rayons ionisants émises, part qui croît constamment depuis dix ans.
- La loi du 12 juillet 1990 qui vise « à favoriser la stabilité de l'emploi par l'adaptation du régime des contrats précaires » interdit l'emploi des intérimaires à certains travaux particulièrement dangereux, figurant sur une liste établie par arrêté. L'accent est mis sur la formation à la sécurité des titulaires de ces contrats.
- Le décret du 27 juin 1992 renforce la responsabilité légale des entreprises utilisatrices : le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est partagé entre l'entreprise d'accueil et l'établissement de travail temporaire.
- Le décret du 1^{er} février 1992, précise les obligations respectives de l'entreprise du travail temporaire et de l'entreprise utilisatrice relatives à l'examen médical d'aptitude surtout lorsque le salarié est affecté sur un poste à risque.
- Ces mesures ont contribué à une évolution des mentalités, notamment chez l'employeur désormais plus attentif à la sécurité des travailleurs précaires mais l'application ne se fait pas sans mal.

Les statistiques de la CNAMTS sont en fait des statistiques de réparation, elles ne reposent que sur ce qui est passé au travers du filtre de l'indemnisation.

touchés (bâtiment, industrie de la fonderie et du travail des métaux, bois et meuble) ;

- la taille des établissements intervient aussi.

Les salariés travaillant dans les établissements de 10 à 49 salariés ont un indice relatif de taux d'accident de 127 alors qu'il est de 50 pour les établissements de plus de 500 salariés ;

- les ouvriers sont deux fois plus accidentés que l'ensemble des salariés, l'indice de taux d'accident est de 233 pour les ouvriers non-qualifiés, de 173 pour les ouvriers qualifiés, de 47 pour les employés, de 36 pour les professions intermédiaires et de 7 pour les cadres supérieurs ;

- les salariés à statut temporaire sont aussi beaucoup plus souvent accidentés. Leur indice

de taux d'accident est 3 fois plus élevé que celui des salariés ayant un contrat de travail à durée indéterminée. Par exemple, l'indice de taux d'accident des ouvriers intérimaires est de 610, alors qu'il est de 194 pour l'ensemble des ouvriers ;

- un accidenté sur quatre a moins de 25 ans, leur indice de taux d'accident est de 218, il est de 84 pour les autres ;

- l'ancienneté dans l'entreprise joue également un rôle puisque près d'un accidenté sur cinq a été embauché ou affecté au poste depuis moins de trois mois. L'absence d'information et l'insuffisance d'encadrement amplifient sans doute cet effet qui est aussi en partie lié à l'âge et au statut d'emploi.

Les maladies professionnelles

En 1991, le nombre de pathologies professionnelles indemnisées dans le cadre du régime général était de 5 080, soit une augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente (4 417 en 1990).

Le nombre de décès entraînés par les maladies professionnelles a été de 164 en 1991, essentiellement dus à l'amiante (mésothéliome et cancer bronchique), au bois (cancer de l'ethmoïde), aux rayonnements ionisants, le benzène (hémopathie), à l'arsenic (sidérose et hépatite virale).

Du point de vue de la réparation, les affections les plus courantes sont les affections périarticulaires (1 342 cas), les affections dues au bruit (791 cas), à l'amiante (492 cas), au ciment (358 cas), les lésions eczématiformes de mécanisme allergique (305 cas), les pneumoconioses dues à la silice (302 cas). Ces affections représentent 61 % des maladies réparées en 1991.

Si l'analyse de ces statistiques de réparation de maladies professionnelles donne un reflet de la réalité du travail, celle-ci est relativement déformée. En effet, il y a une très grande sous-déclaration des maladies d'origine professionnelle.

Un système dominé par des logiques et pratiques restrictives

La réparation des maladies professionnelles représente pour la victime et sa famille une course d'obstacles semée d'embûches. Celles-ci sont liées tant à la conception même du système de réparation qu'aux pratiques des acteurs chargés de le faire fonctionner.

**Il est jeune.
Ouvrier intérimaire,
il travaille dans une
entreprise de moins de
50 salariés depuis
moins de trois mois...**

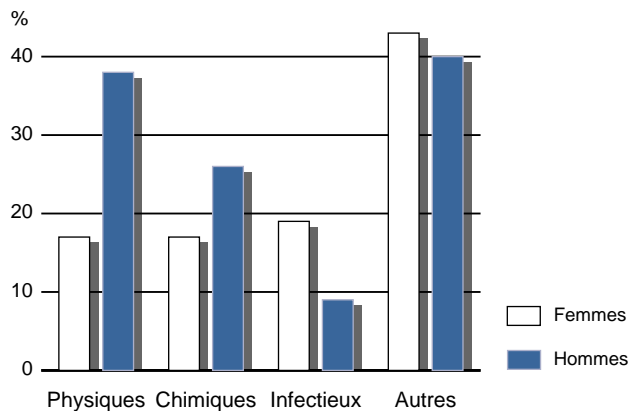
**Il a le plus de risque
d'avoir un
accident du travail**

Nombre de maladies qui ont donné lieu pour la première fois à un versement d'indemnité journalière et/ou d'une rente

- Le système des tableaux de maladie professionnelle est insuffisant et restrictif au regard des connaissances acquises par l'épidémiologie et la médecine concernant les effets du travail sur la santé. Il est inadapté à la réalité actuelle de nombreuses pathologies professionnelles (cancers, pathologies ostéo-articulaires, allergies, atteintes mentales, etc.) et à la mobilité croissante des salariés.

À l'origine, les tableaux ont été créés pour des maladies professionnelles apparaissant immédiatement après l'exposition à un agent causal spécifique du milieu de travail. Aujourd'hui, de nombreuses pathologies professionnelles sont plurifactorielles, avec des agents présents sur les lieux de travail et d'autres, non. Ces pathologies n'apparaissent qu'après un temps de latence qui peut être de plusieurs dizaines d'années. Dans l'intervalle, le salarié aura pu changer, à de nombreuses reprises, de poste de travail ce qui rend difficile

Exposition aux risques



Les différences entre sexes s'expliquent par les structures de l'emploi masculin et féminin. L'âge du salarié n'a pas d'influence particulière, les différences qui peuvent intervenir étant liées à la structure d'âge par catégorie socioprofessionnelle.

Il apparaît que la population des ouvriers, qualifiés ou non, est la plus exposée (35 % est exposé à un risque chimique et 52 % à au moins un risque physique, le bruit supérieur à 85 db pour 28 % d'entre eux). Les agents de service des collectivités et les professionnels de santé sont les plus exposés aux risques infectieux ou parasitaires (72 % et 66 %).

sinon impossible la mise en relation d'une pathologie et d'un travail et *a fortiori* d'en apporter la preuve.

Le cas des cancers professionnels est, à cet égard, très significatif : 15 tableaux reconnaissent actuellement des cancers comme maladies professionnelles indemnifiables, alors que la circulaire relative à la prévention des cancers d'origine professionnelle du 14 mars 1988 a établi une liste d'une centaine de substances et procédés cancérigènes devant faire l'objet de valeurs limitées d'exposition.

- Les pratiques des médecins et des caisses primaires d'assurance maladie apparaissent restrictives par rapport à la loi, souvent par absence d'information sur les risques professionnels pour les premiers ou en raison, pour les seconds, d'une crainte excessive de reconnaître des maladies non-liées au travail.

Les médecins déclarent peu ou pas du tout les maladies professionnelles. Ils n'identifient pas la pathologie comme telle ou délèguent la responsabilité de la déclaration aux seuls médecins du travail. Mais ces derniers sont eux-mêmes souvent réticents à établir un certificat de maladie professionnelle qui les mettra en position difficile... vis-à-vis de l'employeur et/ou du salarié (éventuellement contraint d'abandonner son métier par inaptitude médicale).

Deux exemples de cette sous-déclaration, les

cancers : 132 sont reconnus comme professionnels alors que les estimations sur le nombre de ceux-ci varient de 4 000 à 10 000 ; les asthmes professionnels : 206 reconnus en 1991 alors qu'ils sont estimés à environ 37 000.

De nouvelles pathologies

L'évolution de ces pathologies reconnues malgré tout peut donner une image de ce que l'on observe sur le terrain comme les troubles musculo-squelettiques. Recensés depuis peu, ces troubles musculo-squelettiques ont connu une véritable explosion, +160 % en trois ans, qui touche tous les pays industrialisés. Ils résultent de la combinaison de quatre facteurs : un mouvement répétitif, une force exagérée, un angle excessif et des cadences élevées. De nombreux cas sont recensés qui frappent, indifféremment dans l'industrie ou dans les services, dans l'agro-alimentaire, en câblerie, en montage, dans les saisies informatiques mais aussi parmi les caissières de supermarché et les journalistes.

La particularité de cette nouvelle pathologie est qu'elle concerne l'organisation du travail. De plus, la pression sur le personnel s'intensifiant avec la récession (en particulier l'augmentation des cadences), nombreux sont les salariés qui retardent le moment où ils révèlent leurs problèmes de peur de perdre leur travail, ce qui entraîne des conséquences graves sur le plan thérapeutique.

Ces problèmes d'organisation du travail, de pression, de travail en urgence, de récession ambiante entraînent aussi des pathologies dites de « stress », reflet d'un mal-être et pouvant aboutir à des décompensations psychiatriques, « burn out » et dépressions. L'ensemble de ces pathologies n'est pas reconnu comme « professionnel ».

Dans ce cadre d'émergence de nouvelles pathologies, il faut aussi parler de l'arrivée sur le marché d'un grand nombre de nouvelles molécules chimiques qui entraînent à court terme une augmentation des pathologies allergiques d'apparition rapide à type de dermatose, d'asthme ou de rhinite. Mais on ignore les effets à long terme de ces produits au point de vue de la cancérogenèse ou de la mutagenèse. Par exemple, les 492 affections dues à l'amianté reconnues en 1991 correspondent à des expositions d'il y a 20 à 30 ans alors que, le risque étant méconnu, l'utilisation de l'amianté n'était pas contrôlée. ■

Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales en matière de réparation des maladies professionnelles sont difficiles à établir compte tenu de la différence des législations et des pratiques en vigueur dans chaque pays. Cependant la comparaison entre la France et d'autres pays industrialisés à partir de données statistiques globales fait apparaître une situation peu favorable à la réparation dans notre pays.

En 1985, la France était parmi quatre pays de l'OCDE (France, RFA, USA, Suède) celui où l'on déclare et où l'on indemnise le moins de maladies professionnelles par million de salariés.

Au Québec, en 1990, pour 2 400 000 salariés, le nombre de maladies professionnelles indemnifiées était de 4 840, alors que la même année en France, pour 14 513 533 salariés (soit 6 fois plus), le nombre de maladies professionnelles indemnifiées était de 4 417.