
La prévention et la réparation des risques professionnels

Le dispositif de prévention et de réparation des risques professionnels est complexe. Il associe, au niveau national, partenaires sociaux, organismes de sécurité sociale, État et organismes de recherche ; se combinant sur le terrain avec l'inspection du travail, la médecine du travail, les CHSCT et les entreprises.

Le dispositif français de prévention et de réparation des risques professionnels

**Pierre Abecassis
Nicolas Sandret**
Médecins inspecteurs
régionaux du travail
et de la main-d'œuvre

Le dispositif français de prévention et de réparation des risques professionnels vit actuellement une mutation profonde, caractérisée en particulier par l'émergence de la question de la santé au travail dans les problématiques de santé publique.

Un petit retour sur l'histoire permet de mieux comprendre les difficultés, mais aussi la nécessité de cette mutation.

Un peu d'histoire

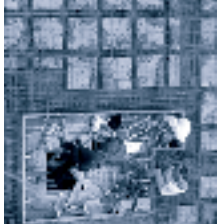
Lors de la Révolution de 1789, la « loi Le Chapelier » interdit les corporations : il s'agissait alors de « libérer » le travail du carcan (entravant la liberté d'entreprendre, mais aussi protecteur pour les ouvriers) qu'elles représentaient en ce début de révolution industrielle.

Dès lors, le principe du lien qui se nouait entre l'employeur et chacune des personnes qui travaillaient pour lui était de nature contractuelle au pur sens du terme, c'est-à-dire que l'ouvrier mettait à disposition l'ensemble de sa personne.

Dans le cadre de ce contrat, l'ouvrier devait assumer tous les aléas qui pouvaient l'atteindre (maladie, accident, vieillesse, etc.), même s'ils étaient liés au travail, puisque le salarié était censé, en signant le contrat, en connaître les risques afférents et donc en gérer la responsabilité.

L'employeur, lui, n'était redevable que du seul salaire établi en fonction du « prix du marché » ; conséquence de la loi Le Chapelier, interdiction était faite aux ouvriers de s'entendre et même de se réunir pour résister et faire pression collectivement sur les prix. De même, il n'y avait pas de limitation, ni sur le temps de travail, ni sur l'âge de travail.

Le rapport de force juridique penchait donc alors très largement en faveur des employeurs, d'autant plus qu'il existait une migration très importante des campagnes vers les villes et donc une offre de main-d'œuvre largement supérieure à la demande. En quelques dizaines d'années, cette situation allait entraîner un appauvrissement et un « délabrement » considérables des



Les services de santé au travail

Les services de médecine du travail créés officiellement par la loi du 11 octobre 1946 sont obligatoires pour toutes les entreprises de droit privé. Cette obligation incombe aux employeurs.

Ces services, devenus « services de santé au travail » depuis la loi de modernisation sociale de janvier 2002 et le décret du 28 juillet 2004, ont un « rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Ils existent sous forme de services autonomes intégrés dans l'établissement (pour les grandes entreprises) ou sous forme de service interentreprises, associations de type « loi de 1901 » auxquelles adhèrent les moyennes, petites et très petites entreprises.

Ils fonctionnent sous la responsabilité des employeurs et sous le contrôle social des salariés via les comités d'entreprise ou les commissions de contrôle. Ils sont sous tutelle administrative des DRTEFP (directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) qui s'adjoignent le concours des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (Mirtmo) pour le contrôle technico-médical.

Les médecins du travail sont des praticiens spécialistes dont la mission comprend :

- Une activité médicale clinique avec des examens périodiques obligatoires pour les salariés réalisés au moins tous les deux ans ou annuellement selon la nature du travail. Des examens cliniques sont également obligatoires à l'embauche, lors de la reprise du travail avec arrêt de plus de huit jours si la maladie ou l'accident sont professionnels, de plus de trois semaines dans les autres cas. Les salariés et les employeurs peuvent également demander des consultations à tout moment auprès du médecin du travail. Le Code du travail fixe des plafonds quant au nombre de salariés (3 300), d'entreprises (450) et d'examen cliniques annuels (3 200) pour chaque médecin temps plein.

Une « fiche d'aptitude » indiquant que le salarié peut continuer à assumer son travail sans danger pour sa santé ou celle des tiers est délivrée à l'issue de chaque examen. Le médecin du travail peut y préconiser des propositions d'aménagements, d'adaptation ou de

changement de poste auxquelles l'employeur est tenu de répondre. Parfois, il peut conclure par une inaptitude au poste pouvant entraîner la rupture du contrat de travail. Ces avis peuvent être contestés auprès de l'inspection du travail. Pour éclairer son avis, le médecin du travail peut prescrire des examens complémentaires ou demander les avis nécessaires à l'appui de sa décision : Mirtmo ou réseau des consultations de pathologie professionnelle des services hospitalo-universitaires de santé au travail. Ces consultations leur apportent une expertise en terme diagnostique et des conseils de prévention.

- Une activité en milieu de travail à hauteur du tiers de son temps, afin de connaître et d'analyser les conditions de travail, de recommander des mesures de prévention nécessaires à la préservation de la santé des salariés.

Ces observations doivent être transcrites sur une « fiche d'entreprise » périodiquement réactualisée. Ce document, véritable analyse des conditions de travail du point de vue de la santé, doit être présenté à l'employeur et aux instances représentatives du personnel de l'entreprise.

Le médecin doit également, dans le cadre d'un « plan d'activité », définir chaque année un ou des axes prioritaires : approfondissement de questions préventives particulières à l'établissement, participation à des activités de recherche, veille sanitaire, éducation pour la santé...

L'ensemble de son activité est transcrit dans un rapport annuel présenté aux partenaires sociaux et adressé à la tutelle technique (Mirtmo) et administrative (DRTEFP).

Le médecin du travail bénéficie de l'indépendance technique ; c'est un salarié protégé dont le licenciement n'est possible qu'avec l'accord de l'inspecteur du travail. Il est astreint au secret médical et industriel.

Pour l'aider dans son activité, il est prévu par le Code du travail qu'il soit assisté par un(e) secrétaire dans les services interentreprises et par un(e) ou des infirmier(e)s dans les services autonomes.

Depuis la loi de modernisation sociale précitée, les services de santé au travail ont une obligation de « pluridisciplinarité » technique, médicale et organisationnelle en recrutant ou en conventionnant avec des personnes ou des organismes habilités pour leurs compétences en ingénierie préventive, toxicologie, ergonomie, épidémiologie. 🏢

conditions de vie et de l'état physique des travailleurs (voir le tableau dressé par Villermé pour la France, mais aussi par Engels dans *La situation de la classe laborieuse en Angleterre*). Le système de la conscription militaire, en particulier, véritable test grandeur nature, allait montrer à quel point l'état physique des jeunes hommes — futurs soldats — était lamentable et surtout inquiétant pour la « nation française ».

Une fraction éclairée de la bourgeoisie comprit alors que, dans son propre intérêt, cette situation ne pouvait perdurer. Non seulement les risques de révoltes popu-

laires (de ces classes laborieuses assimilées aux « classes dangereuses ») étaient grands, mais, en outre, la dissolution des mœurs et surtout le besoin d'ouvriers réguliers, permanents, fiables et efficaces allaient l'amener à réagir. Tandis que les tenants du libéralisme le plus pur s'opposaient farouchement à toute évolution, la bourgeoisie la plus consciente de ses intérêts sur le long terme allait, à travers le mouvement philanthropique, se préoccuper de la misère ouvrière et favoriser l'intervention et la régulation de l'État dans les relations patrons/travailleurs.

Ainsi, progressivement, l'État allait s'inscrire dans le cadre du contrat de travail pour essayer de rééquilibrer l'échange pour le moins inégal entre producteurs et acheteurs de la force de travail, ou, du moins, tenter d'en limiter les effets les plus pervers en commençant par s'attaquer aux catégories de prolétaires les plus vulnérables.

De fait, les premières interventions de l'État se traduisirent-elle par la loi de 1840 sur le travail des enfants, puis par celle sur le travail des femmes et enfin par la loi sur la limitation du temps quotidien de travail pour l'ensemble de la population travaillante, avec la journée de dix heures.

Un autre aspect de la relation de travail faisait débat : les accidents du travail. Progressivement, les conséquences invalidantes du machinisme, les catastrophes minières frappaient les consciences : il devenait moralement de plus en plus choquant que, découlant d'une relation contractuelle « librement » consentie, la notion de responsabilité fasse porter toutes les conséquences d'un accident du travail sur sa seule victime, et l'explication unique par la « maladresse » était remise largement en cause...

Un grand débat allait alors opposer les tenants de la responsabilité du travailleur, et de lui seul, à ceux qui considéraient que les patrons n'étaient pas exempts de responsabilités dans nombre des atteintes à la santé au travail.

Parallèlement, pour réduire les conséquences terribles des accidents du travail, se mettaient en place, à l'initiative des premiers militants ouvriers, des sociétés de « secours mutuels », tandis qu'apparaissaient des procès de travailleurs contre leurs patrons. Même

s'ils furent majoritairement perdus, çà et là, quelques employeurs virent leur culpabilité reconnue par le juge. L'effet produit fut désastreux et a sans doute constitué l'un des catalyseurs de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Cette loi sera pendant un siècle la marque du compromis social, jusqu'aux décisions de la Cour de cassation du 28 février 2002 concernant l'amiante et la notion d'« obligation de sécurité de résultat » dont nous reparlerons.

Cette loi était bien le résultat d'un compromis : sauf en cas de très rare « faute inexcusable », l'employeur ne pouvait plus être traîné devant les tribunaux, en contrepartie de quoi la victime n'avait plus à prouver la faute patronale pour être indemnisée. L'indemnisation devenait plus « sûre », quasi automatique, mais forfaitaire, et donc moins importante que dans le cadre d'une procédure civile et/ou pénale lourde et aléatoire.

La même époque vit la création du ministère du Travail en 1906, et le 28 décembre 1910 naissait le Code du travail ; l'inspection du travail, déjà en place, se développait (100 inspecteurs du travail en 1900) et les premiers médecins d'usine apparaissaient dans l'industrie de l'armement pendant la guerre de 1914. La loi du 21 mars 1884 relative à la création des syndicats professionnels était adoptée, ouvrant ainsi une brèche décisive dans la loi Le Chapelier (les syndicats n'étant cependant autorisés qu'en dehors des entreprises, dans les bourses du travail) et préparant le terrain au principe des conventions collectives.

Enfin, les années 1900 virent reconnu l'intérêt de « délégués du personnel » posant les bases du dialogue social sur les conditions de travail. L'ensemble de ces mesures prises par les républicains alors au pouvoir

L'Anact et les Aract

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail est un établissement public administratif sous tutelle du ministre du Travail créé en 1973, tête de pont d'un réseau de 25 structures régionales de droit privé que sont les agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) créées entre 1983 et 2004. Les Aract sont des organismes paritaires gérés par les partenaires sociaux et financés par l'État en région, le conseil régional, l'Anact et le Fonds social européen.


L'objet de ce réseau est d'améliorer les conditions de travail des salariés et l'efficacité des entreprises et des administrations, d'expérimenter, de capitaliser et de transférer des méthodes de changement concertées.

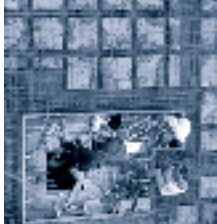
Un contrat de progrès a été signé entre l'État et le réseau pour 2004-2008 sur les axes santé au travail (30 à 45 %), la gestion des âges (15 à 30 %), le développement des compétences (15 à 20 %) et le changement technologique et organisationnel (15 à 20 %).

Les principes généraux d'action sont définis par une

approche des conditions de travail dans toutes leurs dimensions (approche globale), en coopération avec les professionnels concernés (médecins du travail, préventeurs, ingénieurs, etc.) et en appui de tous les interlocuteurs rencontrés dans l'entreprise (direction et salariés ou leurs représentants..., les Aract n'intervenant pas, en principe, s'il n'y a pas accord de la direction et des salariés). Les actions sont menées autant que possible en partenariat (association de compétences diverses).

Les modes d'intervention dans l'entreprise vont du conseil ponctuel à l'intervention longue, en passant par l'accompagnement de démarche interne, de « diagnostic court », d'aide à l'évaluation, d'accompagnement de projets collectifs.

Les modes d'action hors de l'entreprise consistent en des travaux de capitalisation, d'analyse, d'enquête, de participation à des projets européens, de production et diffusion d'outils et d'animation de réseaux (experts, acteurs régionaux et territoriaux...). 




L'OPP BTP

L'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPP BTP) dédié à la seule branche professionnelle du BTP est régi par un décret du 4 juillet 1985. Il comprend 300 collaborateurs, répartis dans toute la France et organisés dans onze régions (<http://www.oppbtp.fr/votre-region/>), qui permettent une action au plus près du terrain. Le comité national et les onze comités régionaux sont administrés par des conseils composés de cinq représentants des fédérations d'employeurs et de cinq représentants des organisations syndicales de salariés.

Son rôle est de conseiller les entreprises dans le domaine

de la prévention, de la protection de la santé et de l'amélioration des conditions de travail des salariés du BTP.

Cet organisme, outre le conseil auprès des entreprises, offre une gamme étendue d'outils pratiques, notamment d'analyse et d'évaluation des risques, grâce aux compétences d'ingénieurs et de techniciens, venus principalement du BTP.

Il propose également une série de formations et un magazine d'informations techniques, juridiques et médicales concernant la prévention des risques et des maladies professionnelles. 

constituait le fondement des principes qui ont régi les relations du travail jusqu'à nos jours.

Même si des évolutions significatives purent survenir ensuite, elles sont restées dans la même veine philosophique. C'est le cas des institutions représentatives du personnel (comité d'entreprise, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, délégué du personnel, délégué syndical), de l'augmentation du nombre d'inspecteurs, de la création de la médecine du travail, de l'épaississement du Code du travail.

Globalement, s'est instaurée une relation tripartite entre un employeur, des travailleurs et leurs institutions représentatives, et l'État qui édicte lois, règlements et normes s'imposant aux parties et visant, entre autres, à protéger la santé des travailleurs. Un corps de contrôle chargé de surveiller l'application de ces règles, un système assurantiel fondé sur le compromis de 1898

et un système de médecine du travail indépendant de la santé publique complètent le dispositif.

Ainsi se mettent en place, au sein et autour de l'entreprise, une série d'institutions et de textes qui en font un monde à part, clos sinon hermétique, exempt de citoyenneté, dans lequel peu de regards extérieurs pénètrent, en dehors de quelques périodes de crises ou de conflits. Tout au long du siècle dernier, les questions de fond posées par le travail en tant qu'activité humaine sont restées peu abordées dans le champ social d'autant que, à partir des années quatre-vingt, c'est surtout l'emploi qui fait l'objet des préoccupations essentielles de l'État sur le terrain, du fait du chômage de masse.

Ce sont ces équilibres, ces questionnements, qui sont en train de se rompre ou d'éclater au grand jour avec des causes de mutation multiples.

L'entreprise


Les relations et conditions de travail dans l'entreprise sont régulées par le Code du travail, qui s'impose aux parties contractantes du contrat de travail : employeur et salarié.

En particulier, l'employeur doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour éviter l'altération de la santé physique et mentale de ses salariés en appliquant les principes généraux de prévention (art. L. 230-2 du Code du travail).

La portée de cet article a été renforcée par une série d'arrêtés de la Cour de cassation de février 2002 qui ont transformé l'obligation de moyens de l'employeur en une obligation de résultats quant à la préservation de la santé de ses salariés.

Pour y parvenir, l'employeur doit procéder à l'évaluation des risques professionnels dans son établissement et la transcrire, avec les mesures de prévention qu'il se propose de mettre en œuvre, dans un « document unique »

établi sous sa responsabilité et présenté aux délégués du personnel et au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les entreprises de plus de 50 salariés. Cette institution représentative du personnel permet la mise en débat des questions de santé physique et mentale au travail pour tous les salariés de l'établissement, y compris les intérimaires. Présidée par le chef d'entreprise, y sont invités le médecin du travail, l'inspecteur, le contrôleur de la Cram, ou toute personne compétente.

Des « décrets spéciaux », souvent issus de directives européennes et correspondant à des situations particulières comme l'utilisation d'agents chimiques dangereux, de substances cancérigènes, l'exposition aux radiations ionisantes, au bruit, aux agents biologiques, à la manutention manuelle, au travail sur écran, préconisent des mesures préventives spécifiques qui s'imposent à l'employeur. 

Remise en cause

D'une part, sans doute, ce processus s'accélère-t-il avec le retour en force de la notion d'individu, avec les formes nouvelles d'organisation du travail qui tendent à particulariser, à atomiser les relations de travail au détriment des collectifs et des solidarités.

L'évaluation individuelle annuelle, la traçabilité des produits (afin de repérer « le » travailleur responsable d'un éventuel défaut), l'éclatement des horaires, les primes personnalisées, les procédures « qualité », le recours à l'intérim et à la sous-traitance sont autant de phénomènes qui génèrent un retour vers « la personne », au détriment des espaces de coopération, de travail en commun, des équipes et collectifs qui s'étaient constitués tout au long du xx^e siècle.

Il est important de noter que cette individualisation¹, n'est pas propre au travail mais surfe sur une idéologie qui traverse l'ensemble des rapports sociaux. Chacun aspire à être « soi » et à échapper aux contrôles sociaux de sa communauté d'appartenance ; mais c'est au prix de sa souffrance, car comme dit le sociologue Alain Ehrenberg² « *il est épuisant d'être soi* ».

Il convient d'observer cependant que ces nouvelles organisations du travail rompent aussi l'isolement,

1. Il faudrait sans doute différencier les termes d'« individualisation », démarche positive vers la « création de soi » n'excluant pas l'autre, de l'« individualisation » qui serait davantage la promotion de la partie égoïste de soi au détriment de l'autre.

2. Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi*. Éditions Odile Jacob, 1998, 318 p.

L'Institut de veille sanitaire

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a été créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

C'est un établissement public à caractère administratif sous la tutelle du ministère de la Santé.

En son sein a été créé en 1999 un département Santé Travail (DST, qui définit un programme de travail proposé à la Direction générale de la santé et à la Direction générale du travail).

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a redéfini sa mission :

« Mettre en œuvre, en relation avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelle et toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu de travail. » Cette même loi définit les moyens juridiques dont il dispose.

« Les services de santé au travail où, pour les données personnelles de santé, les médecins du travail fournissent à l'Institut les informations nécessaires à l'exercice de ses missions dans les conditions de confidentialité. »

De même, pour améliorer la connaissance et la prévention des risques sanitaires en milieu de travail, les entreprises publiques et privées fournissent à l'Institut, à sa demande, toutes informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

L'Institut contribue à la mise en place dans les entreprises d'une surveillance épidémiologique, en lien notamment avec les services de santé au travail.

Ainsi le DST est-il investi de missions très larges et d'un appui juridique important pour les assurer. Mais ses moyens humains (une trentaine de collaborateurs) n'ont pas encore aujourd'hui atteint la dimension de cette mission.

Les objectifs actuels du DST comprennent :

- le repérage et l'analyse de l'évolution de certaines pathologies associées au travail ;
- le repérage, le suivi et l'évolution des facteurs professionnels potentiellement associés aux conditions de travail ;
- le repérage des secteurs et métiers à risque particulier ;
- la détection de risques émergents ;
- la détermination du poids des maladies d'origine professionnelle sur la santé de la population.


Un certain nombre de programmes sont actuellement opérationnels, comme le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM).

D'autres programmes de surveillance, actuellement régionaux, devraient être généralisés :

- Troubles musculo-squelettiques en Pays de la Loire ;
- ESPRI (Épidémiologie et surveillance des professions indépendantes) dans les régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ;
- Samotrace (observatoire de la santé mentale) dans les régions Centre et Rhône-Alpes ;
- Les maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire et en cours d'extension dans cinq autres régions (Alsace, Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, et Poitou-Charentes).

Mais beaucoup d'autres actions sont également engagées, en particulier autour de l'élaboration de matrices « emplois-expositions ».

Les enjeux généraux en termes de santé au travail sont de :

- disposer d'indicateurs nationaux fiables, reproductibles et simples sur l'état de santé en relation avec le travail et suivre leur évolution ;
- repérer les populations et secteurs à priorité d'interventions ;
- repérer d'éventuels risques émergents et orienter la recherche. 



La Caisse nationale d'assurance maladie

Au sein de la Cnam, la branche AT-MP assure le financement de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles à la charge des seuls employeurs. Elle définit et met en œuvre des mesures et actions de prévention et d'information.

Pour 2004-2007, quatre objectifs prioritaires ont été définis : les cancers professionnels, les troubles musculo-squelettiques, le risque routier, la formation.

La Cnam agit dans chaque région au niveau des caisses régionales d'assurance maladie (Cram), elles-mêmes dotées d'une Direction des risques professionnels avec trois missions : la tarification, la réparation et la prévention des risques professionnels.

Tarification

La cotisation relative au coût des accidents du travail et des maladies professionnelles est imputée exclusivement aux employeurs. Elle correspond à leur coût réel pour les établissements de plus de 200 salariés. Pour ceux de moins de 10 salariés, elle est calculée en fonction d'un taux collectif défini selon la branche d'activité. Entre les deux, un taux mixte est appliqué.

Réparation

La réparation concerne le paiement des rentes « accidents du travail » et « maladies professionnelles ».

- Est défini comme accident du travail tout accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.
- Est définie comme maladie professionnelle toute pathologie entrant dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles (au nombre de 98 aujourd'hui) qui lient une pathologie à une exposition, à un produit ou à certains travaux. Interviennent également la notion

de délai de prise en charge (temps écoulé entre la fin de l'exposition et l'apparition de la pathologie) ou de temps d'exposition minimum.

Si la déclaration de l'accident du travail revient à l'employeur, la déclaration de maladie professionnelle doit être effectuée par le salarié auprès de sa caisse primaire, avec un certificat médical.


Pour le salarié, la prise en charge au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles présente l'avantage de la gratuité des soins, d'une meilleure indemnité journalière et de l'attribution d'un capital ou d'une rente en cas de séquelles.

Un système complémentaire, le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, a été créé pour prendre en charge des pathologies non incluses dans les tableaux ou ne remplissant pas exactement leurs conditions administratives.

En 2004, on a dénombré 700 000 accidents du travail avec arrêt, dont 626 décès, et 45 000 maladies professionnelles réparées, dont 510 décès.

Prévention

La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles vise à développer et coordonner des actions afin de réduire le nombre et la gravité des atteintes à la santé. La Direction des risques professionnels s'appuie sur l'expertise d'ingénieurs et de contrôleurs qui développent des conseils techniques, des études des équipements et des situations de travail, et qui contribuent à l'évaluation des risques professionnels dont les risques chimiques, physiques et biologiques.

Elle mène également des actions d'information, de communication et de formation. 

l'enfermement des entreprises sur elles-mêmes, par l'emploi d'intérimaires, de sous-traitants, par l'irruption du client dans l'usine, même si c'est de façon virtuelle : l'entreprise est moins ce lieu clos sur l'extérieur qu'elle a été pendant longtemps.

La deuxième cause de mutation est le contexte européen et les directives relatives à la préservation de la santé des travailleurs, qui tendent vers un système de prévention de tradition anglo-saxonne fondamentalement différente de la nôtre. L'évolution la plus significative conférée par ces textes est la notion d'évaluation des risques introduite dans le Code du travail depuis 1991 avec une obligation de formalisation depuis 2001. Celle-ci devrait en fait marquer la réelle mise en place du dispositif de l'évaluation.

Dans le nouveau paradigme, l'employeur évalue les risques liés au travail dans son entreprise avec les conseillers qu'il se choisit. Il confronte cette évaluation avec les représentants des salariés et *in fine* détermine « en son âme et conscience » les efforts de

prévention qu'il doit consentir au risque de sa propre responsabilité.

Dans ce cadre, on assiste à un changement de logique. L'État définit les critères de dangerosité des produits et un cadrage juridique qui confèrent un certain nombre d'obligations à l'employeur. Celui-ci ne s'y oblige que s'il pense entrer dans ce cadre réglementaire et en décide donc, après en avoir débattu avec les représentants des salariés.

Cette logique de l'évaluation des risques est de nature à responsabiliser des employeurs au regard des risques qu'ils créent. Elle est censée apporter également une meilleure information des salariés, obligation d'information d'ailleurs apparue récemment dans le Code du travail.

Enfin, la troisième grande cause est le retour du juridique, qui a sans doute accéléré le processus de transformation du système de santé au travail avec l'affaire de l'amiante, singulièrement au travers des arrêts de la chambre sociale de la Cour de cassation du

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

L'INRS est un organisme de droit privé (association 1901), à gestion paritaire, qui développe des études, des évaluations, des expertises dans tous les domaines relatifs à la santé au travail : risques précités, sécurité des machines et des systèmes, risques organisationnels et psychosociaux.

Il met à la disposition des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) ses laboratoires de toxicologie industrielle et ses centres de mesures et de contrôles physiques.


L'INRS est également chargé d'une fonction de support auprès des agents des Cram par des formations et l'élaboration d'outils méthodologiques pour l'action. Il développe des campagnes et actions d'information auprès de différents publics ou préventeurs : médecins du travail, membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), salariés, etc.

Il dispose en interne de compétences très variées qu'il met au service de la maîtrise des risques professionnels :

chargés d'études scientifiques, ingénieurs, médecins, formateurs et spécialistes de l'information. Plus de 650 personnes y travaillent.

Son programme d'activité est établi dans le cadre des directions de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) dans le cadre de la politique définie par le ministère chargé du Travail.

L'INRS publie 4 revues, 300 brochures, 150 affiches, 70 vidéos, des cédéroms et dispose d'un site Internet qui permet de sensibiliser des publics de préventeurs très variés.

L'INRS propose également une aide technique et documentaire (40 000 demandes chaque année), transmet son savoir-faire et ses compétences au travers d'offres de formation (70) et l'organisation de colloques et séminaires. Enfin, ses experts participent à de nombreux groupes de travail nationaux, européens ou internationaux pour la rédaction de textes à caractère réglementaire ou normatif. 

Le ministère en charge du Travail, l'inspection du travail

Les services centraux du ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, en charge du Travail, ont pour mission de préparer et de mettre en forme les lois, décrets, arrêtés et circulaires fixant le cadre juridique du travail salarié, en particulier dans les domaines de la prévention des risques professionnels et de la préservation de la santé des salariés. Ils agissent sous l'autorité du ministre, conseillé par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et ses commissions spécialisées, forces de propositions obligatoirement consultées sur tous les projets relatifs à la santé et la sécurité au travail.

Au fil du temps, depuis la première loi de 1840 qui limitait le travail des enfants, s'est constitué un corpus de textes, le Code du travail, régulant les relations du travail et s'imposant aux employeurs comme aux salariés.


Les services centraux fixent des objectifs dans le cadre de plans d'action pour l'effectivité du droit, contre certaines nuisances ou agents délétères. Actuellement un plan « Santé Travail » définit les priorités de l'État en matière de protection de la santé des salariés. Les services centraux impulsent des actions de recherche par le truchement d'institutions à financement public comme l'INRS, l'InVS, l'Affset ou au travers d'enquêtes menées par la Direction de l'animation, de la recherche et des études statistiques (Dares). Une enquête telle que Sumer dresse régulièrement un état des lieux précis des conditions de travail dans le pays. Les remontées statistiques des services

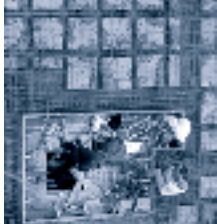
déconcentrés, les études des services centraux permettent au ministère de publier chaque année un « bilan des conditions de travail » utile à ses agents, aux partenaires sociaux et au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Toutes ces actions sont relayées et déclinées au niveau des directions régionales du travail et les directions départementales, en appui aux inspecteurs du travail chargés de l'application des textes sur le terrain.

L'apport technique d'ingénieurs et de médecins inspecteurs du travail, conseillers du directeur régional en matière de politique régionale de santé au travail, complète leur action.

En 2003, on dénombrait 1 330 inspecteurs et contrôleurs du travail pour 1,5 million établissements et 15 millions de salariés du secteur privé.

Pour accomplir leurs missions « généralistes », tant en matière d'emploi que de relations et de conditions de travail, les services de l'inspection du travail disposent du droit d'entrée dans tous les établissements de jour comme de nuit, du droit de visite, du droit de protection, de prélèvement. Les inspecteurs sont des fonctionnaires d'autorité dont l'indépendance du pouvoir politique est garantie par la convention n° 81 du Bureau international du travail, que la France a signée. Leurs pouvoirs de contrôle et de coercition (mises en demeure, procès-verbaux, arrêts de chantier, référés) ne doivent pas faire perdre de vue leur rôle fondamental de médiateur social. 



L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset)

L'Afsset est un établissement public administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la Santé, de l'Environnement et du Travail.

Dans le but d'assurer la protection de la santé humaine, l'agence a pour mission de :

- contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement ;
- évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement ;
- coordonner l'expertise en santé/environnement ;
- fournir au gouvernement l'expertise et l'appui scientifique et technique nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires, des règles communautaires et des accords internationaux relevant de son domaine de compétence ;
- informer les populations et contribuer au débat public.

L'Afsset est notamment chargée de la coordination de l'expertise pour l'évaluation des risques liés aux produits

chimiques. Elle met en réseau les organismes disposant des capacités d'expertise scientifique dans ses domaines de compétence et travaille avec plus d'une vingtaine de partenaires. Dès sa création, il lui a été assigné un rôle original d'agence « tête de réseau », c'est-à-dire de « rassembleur » d'une expertise en santé/environnement et en santé au travail, aujourd'hui encore très dispersée et hétérogène.

L'agence établit également des relations étroites avec la communauté scientifique française, mais également internationale, notamment en Europe.

Elle dispose de crédits incitatifs pour la production de connaissances au travers de programmes de recherche, en santé/environnement, comme en santé au travail.

L'Afsset peut être saisie par les services de l'État, les établissements publics ou les associations agréées ; elle peut aussi se saisir de toute question entrant dans son champ d'activités. ☒

Les textes fondateurs de l'Afsset (Code de la santé publique)

- Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/572309723397570616030287979296/loi_98_535.pdf
- Loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 créant une Agence française de sécurité sanitaire environnementale
http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/252520503560521733497608464056/loi_2001_398_afsse.pdf
- Décret n° 2002-299 du 1^{er} mars 2002 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale
http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/997607972125775707638968825616/decret_2002_299_afsse.pdf
- Ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine (publiée au *Journal officiel* du 2 sept. 2005)
http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/797965640353806094368142428243/ordonnance_2005_1087.pdf
- Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 relatif à l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)
http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/595925895851643439721260606002/decret_2006_676_8juin06.pdf

28 février 2002 et du 11 avril 2002 et celui du Conseil d'État du 2 mars 2004.

Les deux premiers arrêts de 2002 cassent le compromis social de 1898 en réintroduisant la notion de réparation intégrale dans le champ des dommages à l'intégrité physique liés au travail et en considérant que relève de la faute inexcusable, pour un employeur, le fait de ne pas garantir à ses salariés l'innocuité de leur travail.

L'employeur est clairement placé dans une obligation de résultats, et non plus seulement dans une obligation de moyens. Alors qu'il lui suffisait d'avoir appliqué les textes promus par l'État pour se voir exempt de toute responsabilité, il se doit aujourd'hui de garantir la santé de ses salariés, tant sur le plan des maladies d'origine professionnelle que des accidents du travail. C'est donc

une véritable révolution en matière de responsabilité des employeurs, et ce n'est pas un hasard si l'évaluation des risques laissée lettre morte depuis dix ans est relancée avec force par l'État.

Le troisième arrêt de 2004 (celui du Conseil d'État) met en cause, lui, la responsabilité de l'État qui n'a pas su protéger les salariés de l'amiante. La conclusion en est claire : l'État se doit de réinvestir le champ de la santé au travail par le biais de la santé publique. On est là face à une nouvelle donne : la santé au travail ne devra donc plus faire l'objet de compromis entre partenaires sociaux et être comprise comme une variable d'ajustement négociée, au même titre que la durée du travail, la formation permanente ou les retraites. L'État se doit de garantir le maintien de la santé de ses sujets-citoyens et on assiste ainsi à un double

mouvement : moins d'intervention de l'État dans le champ de la réglementation des rapports individuels, davantage d'engagement de sa responsabilité en terme de protection de la santé des salariés.

C'est dans ce cadre, dont le prélude avait été le scandale du sang contaminé, que du côté de la santé publique on assiste tout d'abord à la création de l'InVS et son département Santé Travail. La loi de modernisation sociale de janvier 2002 lui confie la tâche de veiller et d'alerter sur l'état de santé des personnes au travail (et pas seulement celles du régime général).

Dans le même temps, un certain nombre de textes « santé publique » incluent une dimension santé au travail. En premier lieu, la loi de santé publique du 9 août 2004 fixe comme objectif, entre autres, une diminution du nombre de salariés exposés aux bruits et aux mouvements répétitifs de 20 % dans les cinq ans, les indicateurs de référence étant les résultats de l'enquête Sumer 2003. Reste une question : la loi ne précise pas qui doit agir pour mettre en œuvre cette diminution, comment, avec quels moyens, quelle évaluation en 2009 ? La loi prévoit également une cartographie des cancérigènes utilisés au travail et une meilleure prévention contre ces agents.

En deuxième lieu, le plan Cancer, priorité du président de la République, inclut pour la première fois une mesure qui concerne les cancers professionnels et vise la prévention de ceux-ci.

La mobilisation en profondeur des employeurs, des partenaires sociaux, des médecins du travail (au-delà

de quelques actions initiées par les Drass et Drtefp) reste un gros chantier.

En troisième lieu, le plan national « Santé Environnement », après une analyse très pertinente des carences du système de prévention et de la faiblesse des connaissances acquises, en particulier sur la toxicité des produits chimiques utilisés, fait un certain nombre de propositions dont une concerne l'évaluation de la toxicité des produits dans le cadre du projet REACH communautaire. Il interpelle le travail sur les cancérigènes, des pathologies comme l'asthme ou les allergies, des publics comme les femmes enceintes.

Enfin, le ministre du Travail initie un plan « Santé au travail » décliné au niveau régional sous la responsabilité des directeurs régionaux du travail, en coopération avec les Drass, puisque inscrit dans le cadre du plan régional de santé publique. Entre autres mesures, ce plan crée l'Afsset (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail), organisme d'expertise scientifique placé sous la tutelle des ministres chargés de l'Écologie, de la Santé et du Travail.

Toutes ces évolutions recomposent le paysage du système de prévention et de réparation du risque professionnel. Face à cette métamorphose, les institutions de prévention vont devoir changer leur mode d'approche et de fonctionnement, tant entre elles qu'à destination de leurs partenaires. Ce travail est en cours, mais le résultat n'en sera lisible — et évaluable — que dans quelques années. 🇫🇷

Aspects économiques de la prévention et de la réparation des risques professionnels

Des classiques ou marxistes, le travail est vu physiquement comme un facteur de production au même titre que le capital. Comme le capital, à technologie donnée, on peut l'utiliser à un certain niveau, un niveau d'effort. Comme le capital, il s'« use » et peut être « réparé ».

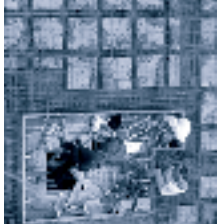
Dans les approches néoclassiques dominantes, comme l'usure du capital (la dépréciation), l'usure du travail, notamment la pénibilité, les atteintes à la santé et à la sécurité doivent être compensées monétairement. Cette théorie des différences compensatrices attribue une forme de « réparation » automatique d'exposition *ex ante* à des conditions de travail délétères. Mais les évidences empiriques la supportent difficilement. Nous allons donc développer ici des aspects économiques plus balisés de la prévention *ex ante* et de la réparation *ex post* : le coût économique des atteintes, le coût/avantage des réglementations, le coût/avantage

de la prévention en entreprise ou en collectivité, les mécanismes puissants de l'assurance ATMP (accidents du travail et maladies professionnelles), ou le rôle des acteurs de prévention.

Les coûts de la santé au travail

Une première approche consiste à essayer d'appréhender le coût total pour une économie des atteintes à la santé et à la sécurité au travail. Pour cela, il convient de disposer d'une idée du niveau de sous-déclaration des accidents et maladies, et de l'ampleur d'événements pour lesquels le travail n'est qu'un des facteurs, pour estimer le nombre de victimes. Puis il faut calculer les pertes de production par victime du fait de leur arrêt, de leur handicap et des conséquences sur le fonctionnement de l'entreprise, ajouter les dépenses médicales engendrées, retrancher les pensions non payées aux travailleurs dont l'espérance de vie est réduite par le

Philippe Askenazy
Chercheur au CNRS,
École d'économie
de Paris



travail. Un tel exercice donne des résultats frappés de marges d'erreurs importantes. Il souligne toutefois que les 10 milliards d'euros de dépenses de la branche travail de la Sécurité sociale en France ne représentent potentiellement qu'un tiers de la facture totale et que cette facture est significativement supérieure à celle observée dans les pays scandinaves. La santé et la sécurité au travail représentent donc un enjeu économique important pour la compétitivité d'une économie comme pour l'équilibre de ses comptes sociaux.

La prévention peut être un levier pour réduire ces coûts. Les réglementations hygiène-sécurité sont *a priori* un moyen efficace pour réduire des effets délétères du travail. Mais il faut qu'elles soient effectivement appliquées. Les représentants des salariés et l'inspection du travail ont là un rôle clef, surtout lorsque les atteintes à la santé sont massives. Avec l'un des plus faibles taux de syndicalisation de l'OCDE et un nombre d'inspecteurs bien en deçà de la moyenne européenne, on trouve là une des sources des piètres résultats de la France en matière de santé et de sécurité au travail.

Mais les rares travaux empiriques suggèrent un impact dynamique négatif sur la croissance de la productivité du travail des réglementations sur les risques professionnels, même s'il est bien plus faible que celui induit par les mesures environnementales. Au total, l'argument purement « économique » associé à ces réglementations est difficilement convoquant. En revanche, d'autres mesures de santé publique peuvent s'avérer économiquement améliorantes. Par exemple, on ne le souligne pas suffisamment en France, l'augmentation des taxes sur la bière ou le vin réduisent la consommation hors et dans le monde du travail, induisant gains de productivité, baisse de l'absentéisme et réduction des accidents du travail.

L'évaluation microéconomique des mesures de prévention des entreprises s'avère, elle aussi, complexe. À cheval entre l'économie et les sciences de gestion,

praticiens et chercheurs ont construit des typologies (coûts directs, indirects, tangible, intangible) et des modèles de coûts; Gosselin (2005) en offre une présentation assez complète. Comme au niveau macroéconomique, il faut appréhender les coûts directs d'un sinistre — prime d'assurance ATMP, remplacement du salarié, etc. — et les coûts indirects — démotivation des collègues, désorganisation de l'équipe, remplacement de la victime, etc. La part entre ces deux types de coûts dépend de l'activité concernée. Mais lorsque l'on rajoute aux seconds l'impact de l'environnement de travail délétère ou dangereux sur l'absentéisme ou les démissions, ils sont généralement plus lourds que les premiers.

Le coût des mesures de prévention est plus facilement mesurable. Comme elles sont généralement conçues pour ne pas affecter la productivité, il correspond aux prix des équipements de sécurité, aux rémunérations des préventeurs internes, aux coûts des heures de formation, ou des prestataires externes. Mais l'efficacité de ces mesures est *ex ante* difficilement anticipable. En revanche, *ex post*, ces outils donnent des indications et soulignent parfois des résultats significatifs qui incitent les firmes à prolonger leur démarche ou fournissent des arguments aux préventeurs dans d'autres entreprises. C'est particulièrement le cas dans les secteurs qui éprouvent des difficultés de recrutement. Ainsi, dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, les démarches « zéro accident » initiées par quelques entreprises pionnières se sont généralisées parmi les grands acteurs. Même si elles peuvent parfois se traduire plutôt par « zéro accident déclaré », c'est-à-dire une pression à la non-déclaration, ces démarches passent le plus souvent par un renforcement de la prévention, une formation des salariés de base et des managers sur les questions de sécurité, une réflexion sur la qualité de l'organisation du travail.

Au total, les modèles disponibles ne sont donc pas des outils de décision; c'est avant tout la volonté de l'employeur privé ou public, l'importance des rapports de force au sein de la firme qui aboutissent à une démarche de prévention. De fait, à unité similaire, les résultats en matière de sinistres au travail peuvent aller de 1 à 5.

Les jeux complexes d'acteurs de la santé

Une augmentation des coûts des atteintes à la santé les plus visibles peut être décisive. Ainsi, les primes d'assurance ATMP, qui peuvent représenter 10 % voire plus du coût du travail, sont clairement identifiées par les directions financières ou les dirigeants des firmes. De fait, la littérature d'économie de l'assurance démontre la puissance et les dangers de l'outil assurantiel. Théoriquement, l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, qu'elle soit publique ou privée, est un jeu complexe comprenant l'employeur, le salarié, l'assureur ATMP, voire l'assureur maladie ordinaire. Des mécanismes vertueux coexistent avec des effets

Sous-déclaration et budget de la Sécurité sociale

Depuis 1996, les lois de financement de la Sécurité sociale reconnaissent explicitement la sous-déclaration des accidents et maladies professionnelles et s'appuient sur les rapports de la commission dite de l'article L. 1.76.2 pour fixer un reversement de la branche ATMP vers le régime général. Ce reversement sera de 410 millions d'euros en 2007, soit dans la fourchette de 359 à 749 millions avancée par la commission dans le dernier rapport dit « Diricq » (du nom de son président).

Le coût pour le régime général est probablement plus grand. En prenant en compte une sous-déclaration de l'ordre de 20 % des accidents bénins attestée par l'enquête Conditions de travail, d'une majorité des troubles musculo-squelettiques, ou encore en extrapolant, ce qui est déjà optimiste, le nombre réel de cancers d'origine professionnelle en France à partir des données précises recueillies dans les pays scandinaves, on obtient un coût pour le régime général au minimum de 3 milliards d'euros. ■

La réparation intégrale

Le régime français d'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles est basé sur une réparation forfaitaire pour un niveau d'incapacité donné (réparation AT/MP « globale », sans distinction des chefs de préjudice) et un financement par les entreprises. Ainsi, les sinistres au travail (par exemple, un accident de la route dans un cadre professionnel) sont significativement moins bien indemnisés que les sinistres de droit commun (par exemple, un accident de la route lors d'un déplacement privé) qui bénéficient d'une répa-

ration intégrale. La réparation intégrale se comprend au sens du droit commun, en termes de périmètre (préjudice fonctionnel, préjudice économique, préjudices personnels ou extrapatrimoniaux : *pretium doloris*, préjudice esthétique, préjudice sexuel, préjudice d'agrément...) et de règles générales (une évaluation et une indemnisation distinctes, pour chaque préjudice).

Les malades liés à l'amiante bénéficient à travers le FIVA (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante) d'une réparation intégrale depuis 2001. Une importante

réflexion, alimentée par plusieurs rapports, est engagée sur la pertinence d'une généralisation de la réparation intégrale à toutes les atteintes professionnelles. À l'exemple de la Mission amiante de l'Assemblée nationale en 2006, même si un consensus se dégage pour améliorer le système de réparation, le saut vers la réparation intégrale rencontre d'importantes réticences notamment du côté patronal, en grande partie du fait de son coût évalué à plusieurs milliards d'euros. 🇫🇷

pervers. Les comportements des acteurs peuvent s'annihiler. Par exemple, une augmentation de la réparation versée au salarié (le passage en France à la réparation intégrale) implique une hausse des primes payées par les employeurs, ce qui devrait inciter ces derniers à plus de préventions, donc induire à terme une diminution de la sinistralité. Mais une meilleure réparation peut s'associer à une moins grande vigilance des salariés pouvant même décourager les employeurs d'investir dans leur sécurité, ou encore une meilleure déclaration, notamment des maladies professionnelles ; dans ces cas, on peut observer une hausse de la sinistralité déclarée ATMP, voire une augmentation réelle du nombre d'accidents et de maladies.

Les travaux empiriques confirment ces effets contradictoires, l'impact net étant généralement peu significatif. Ils montrent également que les employeurs reportent le surcroît d'une réparation bonifiée sur les salaires qui s'effritent. Le niveau de réparation n'est donc pas une question de répartition de la charge entre employeurs et victimes, sur laquelle se cristallise le débat en France, mais entre victimes et salariés exposés mais dont le risque ne se traduit pas en maladie ou accident. L'employeur devrait être neutre dans cet arbitrage.

Par ailleurs, les travaux, théoriques comme empiriques, permettent de dresser des caractéristiques des contrats d'assurance qui incitent les firmes à développer la prévention. En particulier, un régime individualisé « bonus-malus immédiat » (les entreprises payent en fonction de leurs sinistralités très récentes) induit moins de sinistres graves qu'un régime mutualisé. Ainsi, le passage d'une mutualisation totale à une forte individualisation pour des activités dangereuses (exploitation forestière, etc.) dans certaines provinces canadiennes a abouti à une chute de 20 à 30 % de la mortalité professionnelle. L'individualisation pousse également

à l'externalisation des risques vers des sous-traitants notamment sur site ou vers l'intérim, moins armés pour les gérer. Le système assurantiel doit donc instaurer une co-responsabilité en cas d'intérim ou de sous-traitance sur site ou de chantier. En outre, la pression à la non-déclaration s'accroît avec l'individualisation ; cette mécanique est d'autant plus significative que les contrats de travail sont précaires et le chômage massif, déséquilibrant les rapports salariés/employeurs. Une inspection du travail et une représentation des salariés puissantes sont donc des compléments nécessaires à une assurance ATMP tournée vers la prévention.

Le relativement faible niveau de sinistralité dans les pays nordiques, comme le reflux dans les pays anglo-saxons, montre qu'il n'existe pas une voie unique pour une meilleure prise en compte de la santé au travail : d'un côté, une présence syndicale forte, de l'autre des mécanismes économiques assurantiels et une publicité des entreprises dangereuses. Le point commun entre ces pays est le faible niveau de chômage qui permet d'aller au-delà de la question de l'emploi pour se concentrer sur celle du travail.

Les approches économiques de la prévention ou de la réparation apportent donc des éclairages pour les décideurs en entreprise, mais leur portée reste à ce niveau limitée. En revanche, elles décortiquent les jeux des différents acteurs de la santé au travail, ce qui devrait permettre, notamment en France, de replacer le débat sur la réparation et surtout de construire une politique publique incitant à la prévention. 🇫🇷