

Rédacteurs

Paule Rey et Michel Lesage

Table des matières

Les maladies liées au travail et les maladies professionnelles: la liste internationale de l'OIT.	<i>Michel Lesage</i>	26.2
La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles: tendances et perspectives	<i>Paule Rey</i>	26.6
La prévention, la réadaptation et la réparation dans le système allemand d'assurance contre les accidents.	<i>Dieter Greiner et Andreas Kranig</i>	26.15
La réparation des lésions professionnelles en Israël.	<i>Haim Chayon</i>	26.20
La réparation des accidents du travail au Japon	<i>Kazutaka Kogi et Haruko Suzuki</i>	26.24
Etude de cas: la Suède	<i>Peter Westerholm</i>	26.27

● LES MALADIES LIÉES AU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES: LA LISTE INTERNATIONALE DE L'OIT

Michel Lesage

En 1919, année de sa création, l'Organisation internationale du Travail (OIT) a déclaré le charbon maladie professionnelle. Puis, en 1925, la convention n° 18 sur les maladies professionnelles a établi la première liste de ces maladies: elle en comportait trois. En 1934, la convention n° 42 est venue réviser la convention n° 18 en dressant une liste de dix maladies professionnelles. A sa 48^e session, la Conférence internationale du Travail a adopté la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 [tableau I modifié en 1980], cette fois-ci avec une liste séparée, figurant en annexe à la convention, ce qui permettait de la modifier sans avoir à adopter une nouvelle convention (BIT, 1964).

La définition des maladies liées au travail et des maladies professionnelles

Dans sa troisième édition, l'*Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* du BIT effectuait une distinction entre les conditions pathologiques susceptibles d'affecter les travailleurs: d'une part, les maladies dues à la profession (maladies professionnelles) et les maladies aggravées par le travail ou ayant une incidence plus élevée du fait des conditions de travail (maladies liées au travail) et, d'autre part, les affections sans relation avec le travail. Dans certains pays, toutefois, les maladies liées au travail sont traitées de la même façon que celles qui sont causées par le travail et qui sont en fait des maladies professionnelles. Les concepts de maladie liée au travail et de maladie professionnelle ont toujours donné lieu à controverse.

En 1987, le Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail a suggéré d'utiliser le terme *maladie liée au travail* pour désigner non seulement les maladies professionnelles reconnues comme telles, mais aussi les affections auxquelles le milieu de travail et l'exercice de l'activité professionnelle contribuent de manière importante (Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail, 1989). Lorsqu'il semble clair qu'il existe une relation de cause à effet entre une exposition professionnelle et une maladie spécifique, cette maladie est habituellement considérée à la fois sur le plan médical et sur le plan légal comme une maladie professionnelle et peut être définie en tant que telle. On ne peut cependant pas définir de façon aussi précise toutes les maladies liées au travail. Dans son paragraphe 6 (1), la recommandation (n° 121) concernant les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, définit comme suit la maladie professionnelle: «Tout membre devrait, dans des conditions prescrites, reconnaître comme maladies professionnelles les maladies dont il est connu qu'elles résultent de l'exposition, dans des procédés, activités ou occupations, à des substances ou à des dangers inhérents à ces procédés, activités ou occupations».

Il n'est toutefois pas facile de désigner une maladie comme étant liée au travail. En fait, il existe un large éventail de maladies qui pourraient être liées d'une manière ou d'une autre à la profession ou aux conditions de travail. D'une part, il existe des maladies classiques dont la nature est professionnelle, qui sont généralement liées à un agent causal et qui sont relativement faciles à identifier. D'autre part, il existe toutes sortes de troubles sans liens forts ou particuliers avec la profession et qui ont de nombreux agents causaux potentiels.

Un grand nombre de ces maladies à étiologie multifactorielle ne peuvent être liées au travail que dans certaines conditions particulières. Ce sujet a été étudié dans le cadre d'un colloque international sur les maladies liées au travail, organisé par le BIT à Linz (Autriche), en octobre 1992 (BIT, 1993). La relation entre le travail et la maladie permet de distinguer les catégories suivantes:

- *les maladies professionnelles*, qui ont une relation forte ou spécifique avec la profession et généralement un seul agent causal et qui sont reconnues comme telles;
- *les maladies liées au travail*, qui ont des agents causaux multiples, dans le développement desquelles les facteurs inhérents au milieu de travail peuvent jouer un rôle, en même temps que d'autres facteurs de risque, et dont l'étiologie est complexe;
- *les maladies qui affectent les travailleurs*, sans relation de cause à effet avec le travail, mais qui peuvent être aggravées par les risques professionnels pour la santé.

Les critères d'identification des maladies professionnelles en général

La définition des maladies professionnelles contient deux éléments principaux:

- la relation exposition-effet entre un milieu de travail et/ou une activité particulière et un effet spécifique de la maladie;
- le fait que ces maladies apparaissent chez le groupe de personnes concerné avec une fréquence supérieure à la morbidité moyenne du reste de la population.

Il est évident qu'il convient d'établir clairement la relation entre l'exposition et l'effet. A cet égard, les données cliniques et pathologiques, de même que les antécédents professionnels et l'analyse des tâches, sont indispensables, et les données épidémiologiques utiles, pour déterminer la relation exposition-effet d'une maladie professionnelle spécifique et sa présence dans des professions spécifiques.

En règle générale, les symptômes de ces troubles ne sont pas suffisamment caractéristiques pour permettre de diagnostiquer une maladie professionnelle autrement que sur la base de la connaissance des changements pathologiques engendrés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques et autres rencontrés dans l'exercice d'une profession. Il est par conséquent normal que, du fait de l'amélioration des connaissances sur les effets des facteurs en question, de l'augmentation progressive du nombre des substances employées et de la qualité ou de la variété des agents suspectés, il soit possible, aujourd'hui mieux qu'hier, de procéder à un diagnostic précis tout en élargissant l'éventail de ces maladies. Parallèlement à l'envolée impressionnante des travaux de recherche dans ce domaine, le développement et le perfectionnement des enquêtes épidémiologiques ont contribué de façon importante à l'amélioration des connaissances sur les relations entre l'exposition et les effets, ce qui a facilité, entre autres, la définition et l'identification des différentes maladies professionnelles. L'identification d'une maladie comme étant d'origine professionnelle constitue en réalité un exemple spécifique de prise de décision clinique ou d'épidémiologie clinique appliquée. L'activité consistant à décider de la cause d'une maladie n'est pas une science exacte, mais une question de jugement fondé sur un examen critique de tous les éléments de preuve disponibles, qui devraient comprendre:

- *La solidité de l'association*. Une maladie professionnelle est une maladie qui s'aggrave de façon évidente et réelle en fonction de l'exposition au risque.
- *La compatibilité*. Les différents rapports de recherche ont en général des résultats et des conclusions semblables.

- *La spécificité.* Le risque d'exposition a pour effet un type de maladie, ou de maladies, clairement défini, et non seulement une augmentation du nombre des causes de morbidité et de mortalité.
- *Une relation chronologique appropriée.* La maladie suit l'exposition à un intervalle approprié.
- *Le gradient biologique.* Plus le niveau d'exposition est élevé, plus les maladies sont graves.
- *La plausibilité biologique.* Il faut qu'à partir de ce que l'on sait des propriétés toxicologiques, chimiques et physiques ou autres du risque étudié, on puisse raisonnablement penser qu'au sens biologique du terme, l'exposition provoque un certain trouble.
- *La cohérence.* Une synthèse générale de tous les éléments de preuve (épidémiologie humaine, études sur les animaux, etc.) aboutit à la conclusion qu'il existe un lien de cause à effet au sens large du terme et en vertu du bon sens.

L'ampleur du risque est un autre élément fondamental généralement retenu pour déterminer si une maladie peut être considérée comme d'origine professionnelle ou non. Les critères quantitatifs et qualitatifs jouent un rôle important dans l'évaluation du risque de contracter une maladie professionnelle. Ce risque peut s'exprimer soit en termes d'ampleur — par exemple, les quantités de produit utilisées, le nombre de travailleurs exposés, les taux de prévalence de la maladie dans différents pays — soit en termes de gravité, laquelle peut être évaluée sur la base des effets du risque sur la santé des travailleurs (par exemple, la probabilité qu'il provoque un cancer ou des mutations, qu'il ait des effets hautement toxiques ou qu'il provoque à terme une invalidité). Il convient de remarquer que les statistiques disponibles en ce qui concerne les taux de prévalence et le degré de gravité des maladies professionnelles devraient être considérées avec prudence en raison des différences entre les procédures utilisées pour notifier les cas et compiler et évaluer les données. On peut d'ailleurs en dire autant en ce qui concerne le nombre des travailleurs exposés, car les données à ce sujet ne sauraient être qu'approximatives.

Enfin, au niveau international, il faut prendre en compte un autre facteur, lui aussi très important: le fait que la maladie soit reconnue comme maladie professionnelle par la législation d'un certain nombre de pays est un critère important sur lequel fonder la décision de l'inscrire sur la liste internationale. On peut en effet considérer que son inclusion dans la liste des maladies ouvrant droit à prestations, telle qu'établie par un grand nombre de pays, prouve qu'elle revêt une importance sociale et économique considérable et que les facteurs de risque impliqués sont reconnus et rencontrés pratiquement partout dans le monde.

En résumé, les critères qui servent à déterminer qu'une nouvelle maladie doit être ajoutée à la liste internationale des maladies professionnelles sont les suivants: la solidité de la relation entre l'exposition et les effets, la fréquence de la maladie dans une activité ou un milieu de travail spécifiques (facteur qui comprend à la fois la fréquence de l'apparition de la maladie et la nature spécifique de cette relation), l'ampleur du risque en termes de nombre de travailleurs exposés ou de gravité du risque, et le fait que la maladie figure sur de nombreuses listes nationales des maladies professionnelles.

Les critères d'identification d'une maladie individuelle

La relation exposition-effet (c'est-à-dire la relation entre l'exposition et la gravité de l'affection) et la relation exposition-réponse (c'est-à-dire le lien entre l'exposition et le nombre relatif des sujets touchés) sont des éléments importants pour l'identification des maladies professionnelles qui, ces dix dernières années, a fait de grands progrès grâce à la recherche et aux études épidémiologiques. Ces informations sur le lien de cause à effet entre les mala-

dies et l'exposition sur le lieu de travail nous ont permis de parvenir à une meilleure définition médicale des maladies professionnelles. La définition des maladies professionnelles par la loi, qui était auparavant un problème assez complexe, s'est donc rapprochée de plus en plus des définitions médicales. Les dispositions législatives qui donnent droit à réparation varient d'un pays à un autre. L'article 8 de la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles dispose que:

Tout Membre doit:

- a) soit établir, par voie de législation, une liste des maladies comprenant au moins les maladies énumérées au tableau I joint à la présente convention et qui seront reconnues comme maladies professionnelles dans des conditions prescrites;
- b) soit inclure dans sa législation une définition générale des maladies professionnelles qui devra être suffisamment large pour couvrir au moins les maladies énumérées au tableau I joint à la présente convention;
- c) soit établir, par voie de législation, une liste de maladies conformément à l'alinéa a), complétée par une définition générale des maladies professionnelles ou par des dispositions permettant d'établir l'origine professionnelle de maladies autres que celles qui figurent sur la liste ou de maladies qui ne se manifestent pas dans les conditions prescrites.

La solution a) est appelée le *système de liste*; la solution b), le *système de la définition générale* ou *système de couverture globale*; et la solution c), le *système mixte*.

Si le système de liste présente l'inconvénient de ne couvrir qu'un certain nombre de maladies professionnelles, il a l'avantage d'énumérer les maladies pour lesquelles il y a présomption d'origine professionnelle. Il est souvent très difficile, voire impossible, de prouver qu'une maladie est directement attribuable à la profession de la victime. Le paragraphe 6 (2) de la recommandation n° 121 précise que «le travailleur, sauf preuve du contraire, devrait bénéficier de la présomption que la maladie est d'origine professionnelle» (*dans les conditions prescrites*). Ce système présente également un grand avantage, celui d'indiquer clairement les points sur lesquels faire porter la prévention. Le système de la définition générale couvre théoriquement toutes les maladies professionnelles: il offre une protection souple et large, mais il laisse le soin à la victime de prouver l'origine professionnelle de la maladie et il ne met pas l'accent sur une prévention spécifique.

Du fait de cette différence très marquée entre une définition générale et une liste de maladies spécifiques, le système mixte a obtenu la faveur de nombreux Etats Membres de l'OIT, car il combine les avantages des deux autres systèmes sans en présenter les inconvénients.

La liste des maladies professionnelles

La convention n° 121 et la recommandation n° 121

La liste de l'OIT joue un rôle clé dans la mise au point de la politique relative aux maladies professionnelles et dans la promotion de leur prévention. Elle occupe en fait une place considérable dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Elle indique clairement quelles sont les maladies ou les affections qui peuvent et devraient être prévenues. Telle qu'elle se présente, elle ne comprend pas toutes les maladies professionnelles. Elle devrait inclure celles qui sont les plus courantes dans les différentes branches d'activité de nombreux pays et dont la prévention peut avoir l'effet le plus marqué sur la santé des travailleurs.

Dans de nombreux pays, la structure de l'emploi et des risques varie fortement et de façon continue, et la recherche et les études

Tableau 26.1 • Projet de liste augmentée des maladies professionnelles

1. Maladies causées par des agents
 - 1.1 Maladies causées par des agents chimiques
 - 1.1.1 Maladies causées par le béryllium ou ses composés toxiques
 - 1.1.2 Maladies causées par le cadmium ou ses composés toxiques
 - 1.1.3 Maladies causées par le phosphore ou ses composés toxiques
 - 1.1.4 Maladies causées par le chrome ou ses composés toxiques
 - 1.1.5 Maladies causées par le manganèse ou ses composés toxiques
 - 1.1.6 Maladies causées par l'arsenic ou ses composés toxiques
 - 1.1.7 Maladies causées par le mercure ou ses composés toxiques
 - 1.1.8 Maladies causées par le plomb ou ses composés toxiques
 - 1.1.9 Maladies causées par le fluor ou ses composés toxiques
 - 1.1.10 Maladies causées par le sulfure de carbone
 - 1.1.11 Maladies causées par les dérivés halogénés toxiques des hydrocarbures aliphatiques ou aromatiques
 - 1.1.12 Maladies causées par le benzène ou ses homologues toxiques
 - 1.1.13 Maladies causées par les dérivés nitrés et aminés toxiques du benzène ou de ses homologues
 - 1.1.14 Maladies causées par la nitroglycérine ou d'autres esters nitriques acides
 - 1.1.15 Maladies causées par les alcools, les glycols ou les cétones
 - 1.1.16 Maladies causées par les substances asphyxiantes: oxyde de carbone, acide cyanhydrique ou ses dérivés toxiques, hydrogène sulfuré
 - 1.1.17 Maladies causées par l'acrylonitrile
 - 1.1.18 Maladies causées par les oxydes d'azote
 - 1.1.19 Maladies causées par le vanadium ou ses composés toxiques
 - 1.1.20 Maladies causées par l'antimoine ou ses composés toxiques
 - 1.1.21 Maladies causées par l'hexane
 - 1.1.22 Maladies des dents causées par les acides minéraux
 - 1.1.23 Maladies causées par des agents pharmaceutiques
 - 1.1.24 Maladies causées par le thallium ou ses composés
 - 1.1.25 Maladies causées par l'osmium ou ses composés
 - 1.1.26 Maladies causées par le sélénium ou ses composés toxiques
 - 1.1.27 Maladies causées par le cuivre ou ses composés
 - 1.1.28 Maladies causées par l'étain ou ses composés
 - 1.1.29 Maladies causées par le zinc ou ses composés toxiques
 - 1.1.30 Maladies causées par l'ozone, le phosgène
 - 1.1.31 Maladies causées par des substances irritantes: benzoquinone et autres irritants de la cornée
 - 1.1.32 Maladies causées par tout autre agent chimique non mentionné aux entrées 1.1.1 à 1.1.31 lorsqu'un lien a été établi entre l'exposition d'un travailleur à l'un de ces agents chimiques et la maladie dont il est atteint
 - 1.2 Maladies causées par des agents physiques
 - 1.2.1 Déficit auditif causé par le bruit
 - 1.2.2 Maladies causées par les vibrations (affections des muscles, des tendons, des os, des articulations, des vaisseaux périphériques ou des nerfs périphériques)
 - 1.2.3 Maladies causées par le travail dans l'air comprimé
 - 1.2.4 Maladies causées par les rayonnements ionisants
 - 1.2.5 Maladies causées par le rayonnement thermique
 - 1.2.6 Maladies causées par le rayonnement ultra-violet
 - 1.2.7 Maladies causées par les températures extrêmes (par exemple coups de soleil, gelures)
 - 1.2.8 Maladies causées par tout autre agent physique non mentionné aux entrées 1.2.1 à 1.2.7 lorsqu'un lien direct a été établi entre l'exposition d'un travailleur à l'un de ces agents physiques et la maladie dont il est atteint
 - 1.3 Maladies causées par des agents biologiques
 - 1.3.1 Maladies infectieuses ou parasitaires contractées dans l'exercice d'une profession qui comporte un risque particulier de contamination
2. Maladies systémiques désignées en fonction de l'organe cible
 - 2.1 Maladies professionnelles de l'appareil respiratoire
 - 2.1.1 Pneumoconioses causées par des poussières minérales sclérogènes (silicose, anthraco-silicose, asbestose) et silico-tuberculose, à condition que la silicose soit un facteur prédominant de l'incapacité ou de la mort
 - 2.1.2 Affections bronchopulmonaires causées par les poussières de métaux durs
 - 2.1.3 Affections bronchopulmonaires causées par les poussières de coton, de lin, de chanvre ou de sisal (byssinose)
 - 2.1.4 Asthme professionnel causé par des agents sensibilisants ou irritants reconnus, inhérents au processus de travail
 - 2.1.5 Alvéolite allergique extrinsèque causée par l'inhalation de poussières organiques, selon les prescriptions de la législation nationale
 - 2.1.6 Sidérose
 - 2.1.7 Affections pulmonaires obstructives chroniques
 - 2.1.8 Affections pulmonaires causées par l'aluminium
 - 2.1.9 Affections des voies aériennes supérieures causées par des agents sensibilisants ou irritants reconnus, inhérents au processus de travail
 - 2.1.10 Toute autre affection des voies respiratoires non mentionnée aux entrées 2.1.1 à 2.1.9 causée par un agent extérieur lorsqu'un lien direct a été établi entre l'exposition d'un travailleur à cet agent et la maladie dont il est atteint

Tableau 26.1 • Projet de liste augmentée des maladies professionnelles

<p>2.2 Dermatoses professionnelles</p> <p>2.2.1 Dermatoses causées par des agents physiques, chimiques ou biologiques non mentionnés à d'autres entrées</p> <p>2.2.2 Vitiligo professionnel</p> <p>2.3 Affections de l'appareil musculaire et du squelette</p> <p>2.3.1 Affections de l'appareil musculaire et du squelette causées par une activité professionnelle particulière ou par un milieu de travail comportant des facteurs de risques particuliers</p> <p>Exemples de telles activités et de tels milieux:</p> <p>a) mouvement rapide et répétitif</p> <p>b) efforts extrêmes</p> <p>c) excessive concentration de force mécanique</p> <p>d) postures gênantes ou contraignantes</p> <p>e) vibrations</p> <p>Le froid localisé ou ambiant est de nature à potentialiser le risque</p> <p>2.3.2 Nystagmus du mineur</p>	<p>3. Cancer professionnel</p> <p>3.1 Cancer causé par les agents suivants:</p> <p>3.1.1 Amiante</p> <p>3.1.2 Benzidine et ses sels</p> <p>3.1.3 Ether bis-chlorométhylique</p> <p>3.1.4 Chrome et ses composés</p> <p>3.1.5 Goudrons de houille, brais de houille; suie</p> <p>3.1.6 Bêtanaphthylamine</p> <p>3.1.7 Chlorure de vinyle</p> <p>3.1.8 Benzène ou ses homologues toxiques</p> <p>3.1.9 Dérivés nitrés et aminés toxiques du benzène ou de ses homologues</p> <p>3.1.10 Rayonnements ionisants</p> <p>3.1.11 Goudron, brai; bitume, huiles minérales, anthracène, ou les composés, produits ou résidus de ces substances</p> <p>3.1.12 Fumée de cokeries</p> <p>3.1.13 Composés du nickel</p> <p>3.1.14 Poussières de bois</p> <p>3.1.15 Cancer causé par tous autres agents non mentionnés aux entrées 3.1.1 à 3.1.14 lorsqu'un lien direct a été établi entre l'exposition d'un travailleur à l'un d'eux et le cancer contracté</p>
---	--

Dans leur rapport, les experts ont déclaré que la liste devrait être mise à jour régulièrement afin de contribuer à l'harmonisation des prestations de sécurité sociale au niveau international. Ils ont indiqué clairement qu'il n'y a aucune raison morale ou éthique de recommander des normes qui soient plus basses dans un pays que dans un autre. Parmi les raisons qui militent en faveur d'une révision fréquente de cette liste, on peut citer: 1) encourager la prévention des maladies professionnelles en faisant prendre conscience des risques inhérents au travail; 2) décourager l'utilisation des substances dangereuses; 3) soumettre les travailleurs à une surveillance médicale. La prévention des maladies professionnelles demeure un objectif essentiel de tout système de sécurité sociale visant à protéger la santé des travailleurs.

épidémiologiques ont étendu les connaissances sur les maladies professionnelles: aussi, la liste doit-elle être modifiée et complétée pour refléter l'état des connaissances et assurer un traitement équitable aux victimes de ces maladies.

Dans les pays développés, les industries lourdes telles que la sidérurgie et les mines souterraines ont beaucoup perdu de leur importance, et les conditions liées au milieu de travail se sont améliorées. Par comparaison, les services, l'automatisation et l'informatisation ont gagné du terrain. Les femmes sont aujourd'hui beaucoup plus nombreuses à travailler et la plupart d'entre elles continuent à s'occuper des enfants et des tâches ménagères tout en exerçant une activité professionnelle à l'extérieur. Le besoin de services de garde pour les enfants se fait plus pressant et, du fait de cette évolution générale, les femmes subissent un stress accru. Le travail de nuit et le travail posté sont devenus pratique courante. Le stress, sous tous ses aspects, est aujourd'hui un problème préoccupant.

Dans les pays en développement, les industries lourdes prennent rapidement une place de plus en plus grande pour répondre à la demande locale, exporter et fournir des emplois à ces populations en pleine croissance démographique. Les populations rurales migrent vers les villes pour y rechercher des emplois et échapper à la pauvreté.

Les risques que certains nouveaux produits chimiques présentent pour la santé de l'être humain sont connus; pour mieux établir leur incidence toxicologique et cancérigène, on porte une attention particulière aux tests biologiques à court terme et aux tests de longue durée pratiqués sur des animaux. L'exposition des travailleurs est probablement contenue à des niveaux relativement faibles, dans la plupart des pays développés, mais on ne saurait en dire autant de l'utilisation des produits chimiques dans un grand nombre d'autres pays. Il suffit de rappeler l'utilisation des pesticides et des herbicides dans l'agriculture. Bien que ces produits permettent sans aucun doute d'augmenter à court terme le rendement à l'hectare et de mieux lutter contre les maladies transmises par un vecteur, comme la malaria, nous ne connaissons pas exactement les conditions dans lesquelles ils peuvent être utilisés sans avoir de sérieuses répercussions sur la santé des travailleurs agricoles ou des personnes qui consomment les aliments ainsi produits. Il semble que, dans certains pays, l'utilisation de ces produits ait provoqué l'intoxication d'un très grand nombre de travailleurs agricoles. Même dans les pays industriels avancés, la santé des travailleurs agricoles pose un grave problème. Leur isolement et l'absence de surveillance les exposent à un risque réel. Question particulièrement préoccupante, la fabrication de certains produits chimiques se poursuit dans certains pays, alors que leur usage y

est interdit; ces produits sont destinés à être exportés dans des pays où ils ne font l'objet d'aucune réglementation.

Dans les pays industriels, la conception et le fonctionnement des bâtiments modernes clos et du matériel de bureau électronique qu'ils contiennent retiennent l'attention. Les mouvements répétitifs continus sont généralement considérés comme étant à l'origine de symptômes pathologiques.

Sur le lieu de travail, la fumée de tabac, bien qu'elle ne soit pas considérée en elle-même comme une cause de maladie professionnelle devient, semble-t-il, une question à l'ordre du jour. Les non-fumeurs tolèrent de moins en moins les risques pour leur santé que leur fait courir la fumée émise par leurs voisins. La promotion des ventes des produits du tabac dans les pays en développement ne manquera pas de provoquer sous peu une épidémie sans précédent des maladies dans ces pays. L'exposition des non-fumeurs à la pollution par la fumée du tabac appellera donc une attention croissante. Certains pays ont déjà adopté une législation à ce sujet. L'un des risques les plus graves est celui que court le personnel de santé déjà exposé à différents produits chimiques et sensibilisateurs, ainsi qu'à diverses infections, telles l'hépatite et le sida.

Dans tous les pays, l'entrée des femmes dans la population active pose le problème des troubles de la reproduction liés aux facteurs inhérents au lieu de travail — stérilité, dysfonctionnements sexuels et effets sur le fœtus et la grossesse —, lorsqu'elles sont exposées à des agents chimiques et à certains facteurs propres au poste de travail tels que les problèmes ergonomiques. On constate de plus en plus que les travailleurs de sexe masculin sont victimes des mêmes problèmes.

Compte tenu de l'évolution des populations et des risques, il faut absolument réexaminer la liste actuelle et y ajouter toutes les maladies identifiées à ce jour comme étant d'origine professionnelle. La liste annexée à la convention n° 121 devrait donc être mise à jour afin d'inclure dorénavant toutes les affections généralement reconnues comme étant d'origine professionnelle et toutes celles qui sont impliquées dans la plupart des risques pour la santé. A cet effet, une consultation officieuse sur la révision de la liste des maladies professionnelles annexée à la convention n° 121 a été organisée par le BIT à Genève, en décembre 1991. Dans leur rapport, les experts ont proposé l'adoption d'une nouvelle liste, que l'on trouvera au tableau 26.1.

Une nouvelle présentation a également été proposée; elle consiste à distinguer trois catégories, à savoir:

1. les maladies causées par des agents (chimiques, physiques, biologiques);
2. les maladies systémiques désignées en fonction de l'organe cible (respiratoire, dermatologique, musculo-squelettique);
3. les cancers professionnels.

● LA RÉPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES: TENDANCES ET PERSPECTIVES

Paule Rey

Les différents régimes de réparation des lésions professionnelles (RRLP) ont été créés pour fournir des soins médicaux, des prestations en espèces et des services de réadaptation aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ils garantissent aussi leurs moyens d'existence et ceux des personnes à leur

charge pendant la durée de leur incapacité. Ils ont été façonnés sur le modèle des corporations et des sociétés de prévoyance dont les membres versaient des cotisations à un fonds qui venait en aide à ceux d'entre eux qui se trouvaient dans l'incapacité de travailler en raison d'un accident survenu en cours d'emploi. Autrefois, une fois épuisées leurs maigres économies, il ne restait plus aux travailleurs non membres qu'à demander la charité ou à poursuivre leur employeur en alléguant la faute intentionnelle ou la négligence de celui-ci. Les poursuites judiciaires étaient rarement couronnées de succès pour toutes sortes de raisons, dont:

- l'absence de connaissances juridiques et la faiblesse des ressources du salarié comparées à celles de son employeur;
- la difficulté de combattre la défense de l'employeur au dire duquel l'accident était dû soit à une cause fortuite, soit à l'incapacité ou à la négligence du salarié plutôt qu'à la sienne;
- la difficulté pour le salarié d'attendre longtemps, parfois, les décisions de justice sur des affaires civiles.

Les RRLP ont abandonné la notion de «faute» au profit de l'assurance; ils demandent simplement au travailleur de remplir correctement une déclaration et de donner toutes informations sur les circonstances de l'accident, de manière à démontrer l'origine professionnelle de l'accident ou de l'incapacité, dans les termes propres aux différentes législations. Le soutien financier est rapidement mis à disposition sur les fonds recueillis par un organisme public, qui proviennent des taxes imposées aux employeurs, de l'assurance obligatoire alimentée par les primes versées par les employeurs, ou de différentes combinaisons de ces modes de financement. L'organisation et le fonctionnement des RRLP sont décrits en détail par T.G. Ison dans le chapitre précédent.

En dépit des lacunes et des insuffisances auxquelles ont remédié de nombreuses modifications de la législation et des révisions des règlements au cours du siècle dernier, les RRLP ont bien fonctionné en tant que système social répondant aux besoins des travailleurs victimes de lésions en cours d'emploi. Leur première cible a été les accidents du travail (c'est-à-dire des événements subits survenus sur le lieu de travail ou en cours d'emploi), qui sont plus faciles à reconnaître que les maladies professionnelles. L'immédiateté de l'association entre l'éventualité et la lésion facilite l'établissement d'un lien avec le lieu de travail, conformément aux lois et règlements en vigueur. En conséquence, les organismes de sécurité et de santé ont cherché, avec plus ou moins de bonheur, à mettre au point une épidémiologie des accidents définissant le type d'individus, les emplois et le milieu de travail associés à tel ou tel type d'accident. C'est ainsi que s'est développée une véritable industrie de la sécurité vouée à l'étude des différents types d'accidents liés au travail et des moyens de les prévenir. Les employeurs ont été contraints d'adopter ces méthodes de prévention dans l'espoir d'alléger les coûts d'accidents que l'on peut éviter. Ces coûts s'expriment en absences du travail, en perte temporaire ou permanente de travailleurs productifs, ainsi qu'en escalade des coûts de la réparation ou des primes d'assurance versées par les employeurs. L'adoption, dans de nombreux pays, d'une législation sur la sécurité et la santé au travail a constitué un encouragement supplémentaire en obligeant les employeurs à prendre les mesures appropriées de prévention des accidents et en recourant aux inspections des établissements et à diverses sanctions en cas d'infraction aux dispositions en vigueur.

Toutefois, ces dispositions se sont révélées mal adaptées aux maladies professionnelles: en effet, le lien entre le risque inhérent au travail et la maladie d'un travailleur est beaucoup plus subtil et complexe en raison, d'une part, de la longue période de latence entre l'exposition et l'apparition des symptômes et, d'autre part, des effets combinés du mode de vie et du comportement du travailleur (par exemple, l'usage du tabac) et l'apparition concomitante d'affections sans relation avec le travail (ces dernières

peuvent toutefois être aggravées, voire accélérées par l'exposition sur le lieu de travail, ce qui peut, dans certaines circonstances, les faire relever d'un RRLP).

Nous étudierons tout d'abord la validité de deux hypothèses, qui sont liées entre elles:

1. Les RRLP peuvent mettre au point des programmes de prévention fondés sur l'évaluation des risques inhérents à l'emploi à partir des statistiques des cas d'accidents et de maladies ayant ouvert droit à réparation.
2. Les RRLP peuvent offrir aux employeurs de solides incitations financières (système bonus-malus ou variabilité des primes) afin qu'ils mettent en place des programmes de prévention efficaces (Burger, 1989).

En bref, la nature et l'étendue du risque de l'activité professionnelle ou du lieu de travail peuvent être déduites de l'analyse des données sur la réparation des lésions professionnelles en prenant en compte des variables telles que: la présence d'agents potentiellement nocifs (chimiques, physiques, biologiques, etc.); les caractéristiques personnelles des travailleurs; les circonstances au moment de l'exposition (par exemple, sa nature, son intensité, sa durée); les effets physiopathologiques sur le travailleur; l'importance et la réversibilité de la maladie ou de l'atteinte à l'intégrité physique résultant du risque; enfin, la distribution des cas entre les emplois, les établissements et les branches d'activité. L'identification et l'évaluation des risques potentiels permettraient la mise au point de programmes visant à les supprimer ou à les maîtriser. La mise en œuvre de ces programmes aboutirait à la diminution des accidents et des maladies professionnelles: ce résultat serait bénéfique non seulement pour les travailleurs, mais aussi pour les employeurs dont les charges financières directes et indirectes qu'ils auraient dû assumer baisseraient.

Nous tenterons de démontrer que les relations entre le nombre de cas ouvrant droit à réparation, les évaluations des risques, les efforts de prévention et l'allègement des charges des employeurs ne sont pas aussi simples qu'on le croit habituellement. De plus, nous examinerons quelques propositions avancées par des médecins du travail, des juristes et des ergonomes qui visent à améliorer notre connaissance des risques, à accroître la sécurité dans les entreprises et à introduire plus de justice dans les RRLP.

Les résultats des études

La validité des données fournies par les assureurs

Selon Léger et Macun (1990), la valeur scientifique d'une base de données sur les accidents dépend de sa capacité de mesurer les résultats des mesures de sécurité, de déterminer les causes des accidents et d'évaluer l'exposition au risque de certains sous-groupes dans la population active. Des statistiques précises sont d'une grande utilité pour la conception de programmes de prévention des accidents par les syndicats, les employeurs et les inspecteurs du travail.

Les données recueillies

Les statistiques se limitent aux accidents et aux maladies définies par la législation sur la réparation et, donc, aux cas admis par les RRLP. Or, on observe de fortes variations parmi ces cas, que ce soit dans un pays donné, entre les différents pays et au cours du temps.

En France, par exemple, les statistiques publiées par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles sont fondées sur une liste des maladies professionnelles et sur une liste des branches d'activité à risque. En Suisse, les maladies professionnelles sont classées en deux catégories par la loi sur l'assurance

contre les accidents (LAA), selon leur relation avec les risques inhérents au lieu de travail. La première catégorie fait l'objet d'une liste d'agents nocifs et d'une liste de maladies; la seconde, d'une liste des maladies ayant fait apparaître une très forte probabilité de causalité entre l'exposition et la maladie.

Les définitions des accidents du travail varient elles aussi. En Suisse, par exemple, les accidents de trajet ne sont pas considérés comme des accidents du travail, alors que toute éventualité survenue sur le lieu de travail, qu'elle ait ou non une relation avec l'activité (par exemple, des brûlures subies en préparant un repas), est réputée accident du travail.

Le nombre de cas reconnus et enregistrés dans un Etat dépend donc des définitions que la loi donne des accidents et des maladies couverts par le RRLP. Les statistiques suisses sur les atteintes auditives d'origine professionnelle en sont un bon exemple: elles n'ont été reconnues comme des maladies professionnelles que depuis la période 1955-1960. Aussitôt après cette reconnaissance, le nombre des cas déclarés a connu une forte progression, ce qui a eu pour effet d'augmenter le nombre de cas de maladies dues aux agents physiques, catégorie dans laquelle ont été évidemment placées les atteintes auditives causées par le bruit. Puis, au cours des années qui ont suivi, le nombre de cas déclarés a eu tendance à diminuer, ce dont on ne saurait déduire que les atteintes auditives causées par le bruit sont un problème résolu. Comme la surdité ne s'installe que lentement, une fois le premier lot de cas non reconnus jusque-là dûment enregistrés, les nouveaux cas entrés dans la statistique annuelle montrent l'association constante entre l'exposition au bruit et le déficit auditif. Actuellement, nous assistons à une apparente recrudescence des maladies dues à des agents physiques, à la suite de la reconnaissance récente des affections musculo-squelettiques — les «maladies ergonomiques» —, qui comprennent les ténosynovites, les épicondylites, les bursites, le syndrome du canal carpien, etc.

La déclaration des cas

Il est évident que, dans tous les pays, de nombreux cas d'accidents ou de maladies considérés comme étant d'origine professionnelle ne sont pas déclarés, soit par omission, soit délibérément. La déclaration incombe en général à l'employeur. Toutefois, comme l'ont montré certains auteurs, l'employeur peut avoir avantage à ne pas faire de déclaration, non seulement pour éviter les formalités administratives, mais aussi pour préserver la réputation de son entreprise, celle d'un endroit où il fait bon travailler, et empêcher une accumulation de demandes qui pourrait entraîner un relèvement des primes d'assurance ou de ses cotisations. Il en va ainsi, notamment, des accidents ne comportant pas d'arrêt de travail et de ceux qui sont traités par le service médical de l'établissement (Brody, Letourneau et Poirier, 1990).

Il appartient au médecin de reconnaître et de déclarer les cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles et d'informer le patient de ses droits à réparation. Il arrive cependant que des cas ne soient pas déclarés parce qu'ils sont traités par des généralistes qui n'ont pas reconnu l'origine professionnelle d'un problème de santé (une connaissance des aspects professionnels et légaux des soins médicaux devrait faire partie intégrante des études de médecine. Les organisations internationales, comme l'OIT, devraient encourager l'inclusion de ces deux sujets dans les programmes de formation de tous les personnels de santé, et ce, du premier au troisième cycle). Auraient-ils même établi la relation, certains médecins rechignent à s'acquiescer des formalités administratives et à courir le risque de devoir témoigner dans une procédure administrative ou devant un tribunal au cas où la demande de réparation du patient serait contestée. Dans certains Etats, le barème des honoraires médicaux pour le traitement des cas ouvrant droit à réparation est inférieur au barème ordinaire, ce qui ne peut que dissuader le médecin de déclarer ces cas.

La déclaration dépend aussi de la connaissance que les travailleurs ont de leurs droits et du RRLP qui les protège. Walters et Haines (1988) ont étudié un échantillon de 311 travailleurs syndiqués et non syndiqués dans une région très industrielle de l'Ontario (Canada), afin d'évaluer leur connaissance du «système de responsabilité interne» et de l'usage qu'ils en faisaient. Ce système a été mis en place par une loi de la province afin d'encourager les salariés et les employeurs à résoudre les problèmes de sécurité et de santé à l'intérieur de l'établissement. Alors que 85% des travailleurs estimaient que leurs conditions de travail pouvaient nuire à leur santé, 1 sur 5 seulement déclaraient s'être absentes de leur travail en raison d'un problème de santé lié à l'emploi. Ainsi, bien que conscients des effets potentiellement préjudiciables de leur travail sur leur santé, ils n'étaient que quelques-uns à faire valoir leurs droits et à utiliser les ressources offertes par la législation. Lorsqu'ils évoquaient leur refus de continuer le travail ou leurs soucis quant à la nocivité de celui-ci pour leur santé, ils ne mentionnaient que rarement le «système de responsabilité interne» établi par la législation. En fait, leur principal contact était avec leur chef d'atelier, et non avec les délégués à la sécurité et à la santé.

Les ouvriers syndiqués étaient mieux au courant de la législation et plus prompts à entreprendre des actions en faveur de la sécurité et de la santé au travail que les non-syndiqués (Walters et Haines, 1988).

Par ailleurs, certains travailleurs présentent des demandes de réparation même si l'accident ou la maladie est sans relation avec leur emploi, ou continuent de réclamer des prestations alors qu'ils sont en mesure de reprendre leur travail. Quelques études ont montré qu'une protection généreuse peut encourager la présentation de demandes de réparation. Selon Walsh et Dumitru (1988), «un relèvement des prestations peut aboutir à un excès de demandes de réparation, voire de lésions». Prenant l'exemple des dorsalgies (qui constituent 25% des demandes de réparation aux États-Unis), ces auteurs notent que les travailleurs sont plus enclins à s'absenter lorsque le montant de la prestation est proche des gains; ils ajoutent que «le système de réparation de l'incapacité institué aux États-Unis accroît la fréquence de certains types de demandes de réparation, contribue à freiner la guérison des lombalgies et peut prolonger les symptômes et installer un comportement de malade imaginaire».

Judd et Burrows (1986) ont fait des observations semblables dans leur étude portant sur un échantillon représentatif de travailleurs australiens: en une année, 59% «se sont absentes de leur travail pendant plus de deux mois et 38% pendant plus de six mois... Ce taux élevé d'incapacité prolongée serait à mettre au compte des services médicaux et légaux, et la guérison apparaîtrait comme contraire à l'intérêt de la victime, du moins lors du règlement de la réparation».

L'admissibilité des demandes

Nous venons de le voir, les statistiques nationales reflètent les changements intervenus dans l'admissibilité des demandes. A titre d'exemples, citons: l'inclusion d'une nouvelle affection dans la liste des maladies ouvrant droit à réparation, comme cela s'est produit en Suisse pour les atteintes auditives causées par le bruit; l'extension de la protection à de nouvelles catégories de travailleurs par modifications apportées aux barèmes de salaires en Afrique du Sud; l'extension de la couverture à de nouveaux types d'activité.

Contrairement aux accidents, les maladies professionnelles n'ouvrent pas facilement droit à réparation. Une enquête conduite en Suisse romande et portant sur un grand échantillon de travailleurs absents de leur poste pendant un mois au moins a confirmé que les accidents avaient presque tous été acceptés comme étant d'origine professionnelle et avaient rapidement ouvert

droit à réparation, alors que seul un petit pourcentage de maladies avait été admis (Rey et Bousquet, 1995). Résultat, dans les cas de maladie, c'est l'assurance santé des patients, et non le RRLP, qui a pris en charge les soins médicaux. Cette pratique n'alourdit pas les coûts supportés par les employeurs (Rey et Bousquet, 1995; Burger, 1989) (remarquons que dans certains pays, comme les États-Unis, où les employeurs prennent aussi à leur charge le coût de l'assurance maladie générale, ce coût peut être plus lourd encore du fait que les honoraires fixés par le RRLP sont souvent inférieurs à ceux qui sont facturés par les prestataires privés de soins de santé).

Yassi (1983) a rédigé un rapport sur la conférence donnée à Toronto par le professeur Weiler. Quelques remarques de celui-ci, citées par Yassi, méritent d'être mentionnées ici:

Si la loi sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles fonctionne de façon satisfaisante pour ce qui est des incapacités dues aux accidents, on ne peut en dire autant des maladies professionnelles. Alors que, dans les cas les plus compliqués, les prestations sont versées dans le mois suivant l'accident, il faut attendre en moyenne sept mois pour qu'une décision soit prise dans un cas de cancer ou de maladie respiratoire. Seul un très faible pourcentage (environ 2%) des demandes de réparation d'un accident est refusé, tandis que le taux de rejet des demandes de réparation d'une grave maladie s'élève à plus de 50%.

Fait particulièrement frappant, «moins de 15% du nombre estimé de cancers professionnels sont déclarés».

La nécessité d'établir une relation de cause à effet entre la maladie et l'emploi (par exemple, l'exposition à un agent toxique reconnu ou une maladie inscrite sur la liste des maladies professionnelles) est le principal obstacle que doivent surmonter les travailleurs qui cherchent à obtenir réparation. D'une manière générale, dans la plupart des pays industriels, le RRLP n'accorde réparation qu'à 10% de tous les cas de maladies professionnelles et, le plus souvent, il s'agit d'affections relativement mineures, comme les dermatoses. Même pour ces 10%, la question fondamentale de l'admissibilité de la demande de réparation a dû faire l'objet d'une procédure (Burger, 1989).

La législation a mis en place ici ce que l'on a appelé des «barrières artificielles» à la réparation des maladies professionnelles, et c'est là une partie du problème. C'est ainsi qu'elle exige que, pour ouvrir droit à réparation, une maladie soit inhérente au travail, et non une «maladie ordinaire», qu'elle soit inscrite sur une liste de maladies professionnelles, qu'elle ne soit pas une maladie infectieuse, ou encore que la demande de réparation soit présentée dans un délai limité à partir de l'exposition et non du moment où l'existence de la maladie est constatée (Burger, 1989).

Les multiples facteurs à l'origine de beaucoup de maladies professionnelles dissuadent aussi les travailleurs de demander réparation. Il est parfois difficile d'attribuer la cause de la maladie à une exposition professionnelle ou, inversement, pour rejeter une demande, de prétendre que des facteurs extraprofessionnels sont à l'origine de la maladie. La difficulté d'apporter une preuve concluante d'une relation de cause à effet unique entre le lieu de travail et la maladie s'est révélée être un obstacle insurmontable pour le travailleur frappé d'incapacité (Burger, 1989).

Examinant les aspects scientifiques des obstacles à la réparation, Mallino (1989) a déclaré que:

La plupart de ces barrières artificielles n'ont que très peu, voire rien à voir avec la science médicale d'aujourd'hui, pour laquelle la plupart des maladies professionnelles ont des causes multiples et une période de latence relativement longue entre l'exposition initiale et l'apparition de la maladie.

En cas de traumatisme ou de mort accidentelle, la relation de cause à effet est claire: un ouvrier perd une main dans une presse, tombe d'un échafaudage ou est tué par l'explosion d'un silo.

Pour de nombreuses maladies, comme les cancers professionnels, il est difficile, sinon impossible, d'établir une cause spécifique et de la mettre en relation avec tel ou tel risque inhérent au travail.

De plus, l'égalité devant le risque n'existe pas, et évaluer la nature et le degré du risque professionnel en se fondant uniquement sur les cas ayant donné lieu à réparation est un exercice problématique. L'expérience de la réparation dans les différentes branches d'activité constitue d'ordinaire la base sur laquelle les assureurs classent les risques inhérents à l'emploi et calculent les primes à verser par l'employeur. Cette méthode n'encourage guère la prévention, même si certaines branches, comme les mines ou l'industrie forestière, sont connues pour être dangereuses.

La notion de «groupes homogènes», étudiée par Morabia (1984), est plus utile. Le regroupement des personnes effectuant le même type de travail dans différentes branches montre très clairement que le risque est plus lié au niveau de qualification qu'au type d'activité.

Les inégalités des travailleurs exposés aux risques professionnels

Ces inégalités se mesurent par différentes variables:

L'effet du niveau de qualification

Les différences dans l'exposition au risque entre les travailleurs qualifiés et non qualifiés ne dépendent pas du type de production et ne se limitent pas uniquement au type de lieu de travail et à l'exposition à des agents toxiques (Rey et Bousquet, 1995). Au Canada, Laflamme et Arsenault (1984) ont observé que la fréquence des accidents parmi les différentes catégories d'ouvriers de production n'était pas distribuée au hasard. Ce sont les manœuvres et les travailleurs peu qualifiés — soit une minorité de la main-d'œuvre — qui payaient le plus lourd tribut aux accidents.

En outre, la localisation des lésions corporelles n'était pas non plus distribuée au hasard: chez les ouvriers spécialisés payés à la pièce, la fréquence des lombalgies était plus élevée que dans d'autres groupes et dans d'autres lieux. Dans le type d'organisation du travail décrit par Laflamme et Arsenault (1984), les travailleurs non qualifiés accumulaient les facteurs de risque. Les différences d'exposition au risque avec les autres groupes étaient amplifiées par ce qui apparaît comme une attitude «politique» implicite, les mesures de prévention étant prises le plus souvent en faveur des travailleurs qualifiés; ces dispositions étaient discriminatoires à l'égard des travailleurs non qualifiés, qui sont pourtant les plus exposés aux risques.

L'effet de l'expérience professionnelle

Les travailleurs les plus vulnérables sont ceux qui ont le moins d'expérience, qu'ils soient nouvellement engagés ou qu'ils soient tenus de changer souvent de poste de travail. Par exemple, des données de l'INRS et du CNAM (Conservatoire national des arts et métiers), en France, montrent que les travailleurs temporaires ont 2,5 fois plus souvent des accidents que les salariés permanents. Cette différence est à mettre au compte du manque de formation de base, de l'inexpérience des tâches à remplir et de l'insuffisance de leur préparation. En fait, les chercheurs remarquent que les travailleurs temporaires sont principalement jeunes, peu expérimentés, exposés à des risques élevés dans des lieux de travail ne bénéficiant pas de programmes de prévention efficaces.

De plus, les accidents surviennent surtout durant le premier mois d'emploi (François et Liévin, 1993). Une étude de la marine

des Etats-Unis a relevé la plus forte incidence d'accidents chez le personnel à terre au cours des premières semaines de travail. Environ 35% de toutes les hospitalisations avaient lieu pendant le premier mois suivant une nouvelle affectation; cette fréquence diminuait ensuite très rapidement et continuait à baisser à mesure que la durée de l'affectation s'allongeait. Une tendance analogue se dessinait chez le personnel en mer, mais avec des taux inférieurs, en raison vraisemblablement de la plus longue présence de ce personnel dans la marine (Helmkamp et Bone, 1987). Les auteurs ont comparé leurs données à celles d'un rapport de 1979 établi par le Bureau des statistiques du travail du Conseil national de la sécurité (Bureau of Labor Statistics, National Safety Council) des Etats-Unis, et les résultats étaient concordants. De plus, leurs constatations ne varient que légèrement en fonction de l'âge. Si les jeunes travailleurs sont plus exposés aux accidents pour les raisons susmentionnées, le fait d'être novice reste un facteur important à tout âge.

Les effets du mode de rémunération

Le mode de rémunération des travailleurs peut avoir une influence sur la fréquence des accidents. Dans sa revue critique des publications sur les salaires au rendement, Berthelette (1982) note que le travail à la pièce s'accompagne d'un risque plus élevé d'accidents. Cela s'explique par l'incitation à travailler plus vite en passant outre aux risques du métier, à se surmener et à accumuler la fatigue. Cet effet négatif du travail à la pièce a été mis en évidence aussi par Laflamme et Arsenault (1984) dans l'industrie du meuble, ainsi que par Stonecipher et Hyner (1993) dans d'autres activités industrielles.

L'effet du «travailleur en bonne santé» (ETBS)

Les effets bénéfiques du travail et les répercussions négatives du chômage sur la santé sont bien connus. Pour autant, l'ETBS ne signifie pas que le travail est bon pour la santé, mais simplement que la population en emploi est en meilleure santé que l'ensemble de la population; il expose la difficulté que rencontrent les malades chroniques, les grands invalides ou les gens trop âgés pour trouver et conserver un emploi et met en évidence le fait que les travailleurs les moins capables de faire face aux risques professionnels sont forcés d'abandonner leur emploi, laissant la place à une population constituée uniquement des sujets les plus sains et les plus aptes.

Pour les épidémiologistes, l'ETBS se définit comme une sous-mortalité ou une sous-morbidité des travailleurs, comparées à celles du reste de la population. Pour ceux de ces spécialistes qui utilisent les entreprises comme champ d'étude d'une maladie, il convient de minimiser cet effet. Dans son article sur l'ETBS, Choi (1992) évoque non seulement les raisons de se garder de ce préjugé, mais aussi les méthodes de ce faire. Du point de vue des ergonomes, l'ETBS révèle des facteurs non professionnels (faibles ressources financières et problèmes familiaux) qui se combinent aux facteurs professionnels (manque de motivation, crainte de ne pas être à la hauteur des exigences). Si un travailleur quitte volontairement son emploi quelques jours ou quelques semaines après l'avoir pris, on doit se demander si l'âge ne le rend pas moins apte à répondre aux exigences de l'emploi.

Le fait que l'incidence des lombalgies diminue avec l'âge ne signifie pas que les travailleurs plus âgés les supportent mieux, mais bien que les sujets qui y sont prédisposés (anomalies anatomiques, faible musculature, mauvais état général) ont compris que les dos fragiles sont incompatibles avec le port de charges lourdes et ont choisi d'autres types d'activité (Abenhaim et Suissa, 1987).

Ces deux auteurs ont obtenu de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) du Québec des données tirées d'un échantillon de 2 532 travailleurs qui avaient perdu au moins

un jour de travail pour dorsalgie. Les 74% des travailleurs qui avaient été absents pendant moins d'un mois et qui avaient obtenu réparation étaient responsables de 11,1% des journées perdues, et 7,4% de ceux qui avaient été absents pendant plus de six mois, de 68,2% des journées perdues. Ce dernier groupe (0,1% de la main-d'œuvre) était comptable de 73,2% des coûts médicaux et de 76% des prestations en espèces, soit une somme totale de 125 millions de dollars canadiens (1981), ou quelque 45 000 dollars canadiens par cas. L'incidence très élevée observée chez les hommes (85% des cas) par rapport aux femmes peut s'expliquer par la présence d'une très forte proportion d'hommes effectuant des tâches comportant une forte probabilité de risque de dorsalgies. D'autres explications sont moins plausibles, ainsi, la plus grande vulnérabilité des hommes, ou une plus grande proportion d'entre eux présentant des demandes de réparation. Abenham et Suissa déclarent:

L'évolution des dorsalgies dans le temps, qui suit une courbe ascendante, puis descendante, est très probablement due à l'effet du travailleur en bonne santé; les travailleurs de moins de 45 ans effectueraient le plus souvent des tâches comportant des risques pour le dos et quitteraient ces emplois en vieillissant... Les résultats de l'étude s'écartent des idées reçues dans les pays industriels, à savoir que la plus grande partie des dépenses médicales encourues est due à des absences répétées «non contrôlées» résultant de dorsalgies ne présentant pas de signes objectifs. Les cas les plus significatifs sur le plan social sont ceux qui entraînent de longs arrêts de travail et qui exigent une assistance médicale importante. La politique de prévention et de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs devrait s'inspirer de ces conclusions.

En bref, de nombreux facteurs de risque qui ne sont pas pris en compte dans les statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles peuvent modifier les bases mêmes des données et bouleverser les conclusions tirées par les responsables de la réparation des lésions professionnelles et autres. Ces considérations devraient intéresser tout particulièrement ceux qui utilisent ces données pour concevoir des programmes de lutte contre des risques particuliers et établir un ordre de priorité dans leur mise en œuvre.

La vie, le travail et le stress

Le stress est une cause importante des accidents et des maladies liés au travail. Le stress sur le lieu de travail, qu'il soit provoqué par l'emploi ou par la vie familiale ou communautaire, peut affecter le comportement, le jugement, les capacités et la coordination physiques et conduire à des accidents et à des lésions; selon les observations, il peut affecter le système immunitaire et accroître la propension aux maladies. De plus, il exerce une influence significative sur la réaction à la thérapie de réadaptation, ainsi que sur l'importance et la durée de toute incapacité résiduelle.

Cherchant à expliquer le taux accru d'accidents au cours des semaines qui suivent immédiatement un transfert du service à terre au service en mer et inversement, Helmkamp et Bone (1987) ont suggéré que le stress créé par la transition et les changements dans les modes de vie pouvaient y avoir contribué. De même, von Allmen et Ramaciotti (1993) ont relevé l'influence des facteurs psychosociaux liés au travail ou étrangers à celui-ci sur l'évolution des dorsalgies chroniques.

Une étude prospective de vingt-sept mois effectuée auprès des contrôleurs du trafic aérien a mis en évidence la relation étroite entre stress social et accidents. Sur un groupe de 100 personnes, 25% de ceux qui accusaient de forts niveaux de stress présentaient un taux de morbidité de 69% plus élevé que ceux qui étaient plus

détendus, et une probabilité de 80% plus grande d'être victimes d'un accident (Niemcryk et coll., 1987).

On ne s'étonnera donc pas qu'aux États-Unis tout au moins, on ait assisté à une multiplication des demandes de réparation pour incapacité due au stress professionnel. Même si beaucoup d'États rejettent encore ce type de demandes, leur taux de croissance n'a été dépassé que par le flot de demandes pour les lésions répétitives comme le syndrome du canal carpien et autres affections ergonomiques.

Les demandes fondées sur une allégation de stress sont un autre exemple de «barrières artificielles» dressées contre la réparation. Ainsi, aux États-Unis, quelques États n'acceptent aucune demande alléguant le stress: certains ne le font que si l'agent stressant résulte d'un événement soudain, particulièrement dramatique ou traumatisant; d'autres exigent que le stress soit «inhabitué», c'est-à-dire dépasse celui de la vie ordinaire ou de l'emploi. D'autres États admettent que les demandes fondées sur le stress soient examinées quant au fond, alors qu'ailleurs, il n'existe ni règlements ni jurisprudence suffisante pour constituer une ligne directrice. En conséquence, un travailleur présentant une demande de réparation pour stress professionnel n'aura gain de cause qu'en fonction du lieu où il l'aura déposée et où elle sera tranchée, et non en fonction de son bien-fondé (Warshaw, 1988).

La perception du risque

Avant que les employeurs ne décident d'améliorer les conditions de travail et que les travailleurs ne décident de travailler en sécurité, ils doivent être convaincus de l'existence du risque et de la nécessité de s'en protéger. Cette perception doit être ressentie personnellement, la connaissance théorique étant insuffisante. Ainsi, les travailleurs non syndiqués sont moins portés à se plaindre des risques potentiels de leur travail parce qu'ils n'en sont en général pas informés (Walters et Haines, 1988).

La prise de risque, ou l'acceptation des dangers inhérents au lieu de travail dépendent dans une large mesure de la culture de l'entreprise. On peut tout aussi bien observer une attitude blasée, qui encourage la prise de risque (Dejours, 1993), qu'un comportement empreint de prudence (Helmkamp et Bone, 1987).

Dans une entreprise où le taux d'accident est faible, où les travailleurs n'ont jamais été témoins d'un grave accident et, surtout, où il n'y a pas de syndicat pour les sensibiliser aux dangers potentiels, on peut voir s'afficher une attitude de négation du risque. D'autre part, lorsque les travailleurs sont conscients d'être exposés à des accidents graves, voire mortels, ils peuvent être amenés à exiger une prime de risque (Cousineau, Lacroix et Girard, 1989). La prise de risque délibérée peut donc être stimulée par le désir ou le besoin d'obtenir un supplément de rémunération.

L'attitude face au risque professionnel reflète généralement celle qu'adoptent les travailleurs vis-à-vis de la prévention dans leur vie personnelle. Stonecipher et Hyner (1993) ont observé que les employés étaient plus nombreux à se soumettre aux examens médicaux et plus attentifs à mener une vie saine que les ouvriers payés à l'heure qui ont généralement un niveau d'instruction et de rémunération moins élevé. Ainsi, les travailleurs peu qualifiés et faiblement rémunérés qui, comme nous l'avons relevé, sont sujets à des taux élevés d'accidents du travail et de maladies professionnelles, sont aussi ceux qui abusent du tabac et de l'alcool, se nourrissent mal et profitent le moins des services médicaux de prévention. Ils courent donc deux fois plus de risques.

La culture d'entreprise et les niveaux de risque

La nature de l'organisation du travail et la culture d'entreprise peuvent influencer la perception des risques et, donc, les actions menées pour les maîtriser. Ces caractéristiques sont examinées ci-après.

La taille de l'entreprise

Les risques de lésions professionnelles sont inversement proportionnels à la taille de l'entreprise. En Suisse, par exemple, les petites entreprises qui n'exercent pas d'activités dans les technologies de pointe (jusqu'à 10 salariés) sont responsables d'un pourcentage très élevé des cas de maladies professionnelles reconnues par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Contrairement aux grandes entreprises, ces petits ateliers ont moins de chances d'embaucher les travailleurs ayant les plus hautes qualifications, le plus d'expérience et la meilleure condition physique. Leurs propriétaires et leurs chefs sont en général moins informés des risques professionnels et n'ont ni le temps ni les moyens financiers de les maîtriser. Ils sont plus rarement soumis à des inspections et ont plus de difficulté que leurs homologues des grandes entreprises à obtenir l'assistance technique et l'aide des spécialistes dont ils auraient besoin (Gressot et Rey, 1982).

Le rejet de la responsabilité

En Suisse, l'employeur est responsable de la sécurité du travailleur qui, pour sa part, est tenu de respecter les prescriptions de sécurité. Malheureusement, la loi et la pratique ne font pas toujours bon ménage. Une étude effectuée dans des entreprises suisses occupant plus de 100 personnes a révélé la tendance pour chacun des partenaires à nier sa responsabilité et à rejeter la faute sur l'autre. Ainsi, les employeurs voient dans l'alcoolisme du personnel et le non-respect des consignes de sécurité la cause des accidents, alors que les travailleurs accusent les défauts du lieu de travail et l'inefficacité de l'encadrement. De plus, les industries classées comme les plus dangereuses par les compagnies d'assurances ont tendance à minimiser les risques (Rey et coll., 1984).

La prévention réduit les coûts à la charge des employeurs

En théorie, le RRLP est conçu pour récompenser, par une baisse de leurs contributions ou primes d'assurance, les employeurs qui mettent sur pied des programmes de prévention efficaces, propres à réduire la fréquence et la gravité des accidents et des maladies, mais tel n'est pas toujours le cas en pratique. Les coûts des programmes de prévention peuvent être supérieurs à la réduction de la prime, notamment lorsque celle-ci est calculée en fonction de la masse salariale pendant une période de hauts salaires. De plus, la réduction (bonus) peut n'avoir de sens que dans de très grandes organisations où les primes sont fixées en fonction des résultats individuels; dans les petites entreprises, au contraire, les primes sont calculées en fonction des résultats d'un groupe d'entreprises dans une branche ou une région particulière, et les progrès réalisés par une d'elles peuvent être annulés par les mauvais résultats du groupe.

Il ne faut pas oublier non plus que, bien que le nombre et la gravité des lésions professionnelles puissent être réduits, les primes ne cessent d'augmenter en raison de la hausse, d'une part, des coûts des soins médicaux et, d'autre part, des prestations pour incapacité, notamment dans les pays industriels.

En théorie — et les choses se passent souvent ainsi dans la réalité — les coûts des programmes de prévention sont plus que rattrapés par le maintien des «rabais» de primes, mais ils bénéficient de la réduction des coûts indirects des lésions professionnelles. Ces derniers s'expriment en arrêts de travail, absentéisme et perte de production qui peuvent dépasser largement l'importance des coûts de la réparation.

L'attitude des employeurs et de l'encadrement

La plupart des employeurs se soucient de la santé et du bien-être de leur personnel et, dans nombre de grandes entreprises, cette préoccupation fait l'objet d'une déclaration de principe; cependant, trop de responsables s'intéressent plus à leur propre statut, à leurs augmentations de salaire ou à leurs primes et à leur avance-

ment dans l'entreprise. La compétition entre les différentes sections de l'entreprise pour obtenir des récompenses et autres signes de reconnaissance en maintenant à un bas niveau le nombre des accidents et de maladies conduit souvent à dissimuler les accidents et à rejeter les demandes de réparation des travailleurs.

Facteur important, tandis que les programmes de prévention exigent une dépense d'argent et d'autres ressources — notamment du temps et des efforts de la part du personnel et les honoraires des consultants —, ils ne sont payants qu'à la longue ou sont dissimulés par d'autres événements étrangers à la question. C'est là un obstacle significatif lorsque l'entreprise est en difficulté et doit limiter ses dépenses. La situation peut aussi être critique pour les directeurs et les cadres dont les résultats sont jugés à la fin de l'année fiscale ou autre période comptable; ils peuvent fort bien être tentés de différer un investissement dans un programme de sécurité jusqu'à ce qu'ils aient obtenu une promotion et de laisser l'affaire à leurs successeurs.

La collaboration entre travailleurs et employeurs

La collaboration entre travailleurs et employeurs s'impose si on veut garantir le succès des programmes visant à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles. L'idéal consiste à établir un comité mixte pour identifier les problèmes, élaborer des programmes en vue de leur solution et en surveiller l'exécution.

Trop souvent, pourtant, cette collaboration est inhibée ou au moins rendue difficile par des tensions excessives entre l'employeur et le syndicat. Ainsi, parfois, les employeurs voient d'un mauvais œil ce qu'ils ressentent comme une intrusion dans les activités de l'entreprise et craignent que le syndicat ne sensibilise par trop leurs membres aux risques potentiels dans l'établissement et ne les pousse à présenter des demandes de réparation non fondées. De leur côté, les syndicats se sentent souvent obligés d'adopter une attitude agressive dans la défense des intérêts de leurs membres contre ce qu'ils appellent la passivité des employeurs.

Les réformes suggérées

La réforme des RRLP n'est pas chose aisée. Elle implique en effet plusieurs partenaires (travailleurs et leurs représentants, propriétaires d'entreprise et employeurs, organismes publics, assureurs, législateurs) qui veillent chacun à leurs intérêts. Toutefois, étant donné les enjeux — la santé, le bien-être et la productivité des travailleurs et des personnes à leur charge —, la réforme des RRLP est une tâche à laquelle il faut s'atteler d'urgence.

Assurer la fiabilité et la compatibilité des statistiques et de leur analyse

On s'efforce actuellement de rendre les statistiques comparables au niveau international. La formule unique pour les pays européens en est un louable exemple. Des directives, qui correspondent à la pratique courante, portent sur la fréquence et la gravité des cas par branche d'activité, les agents physiques ou chimiques et les circonstances de l'accident.

La formule ne s'écarte pas des pratiques habituelles de la CNA suisse, si bien que l'on ne saurait attendre qu'elle échappe aux erreurs systématiques susmentionnées. En Suisse, toutefois, les autorités ont réagi favorablement aux nouvelles demandes concernant la participation de spécialistes de la sécurité et de la santé dans l'entreprise et, en particulier, à l'idée que les informations sur les risques devraient se fonder non seulement sur les statistiques des compagnies d'assurances, mais aussi sur des études épidémiologiques ciblées.

Il apparaît qu'en Europe, les Etats membres de la Communauté européenne ont décidé d'adhérer au principe d'une formule unique pour la collecte des données. Aux Etats-Unis, en revanche, la création d'une banque de données sur les cas ayant ouvert droit

à réparation n'est pas à l'ordre du jour, malgré l'importance de la population assurée et le montant des dépenses encourues par les compagnies d'assurances (Johnson et Schmieden, 1992).

Aux Etats-Unis, la réparation des lésions professionnelles est une énorme affaire: en 1988, le RRLP, qui protégeait 91,3 millions de travailleurs, a versé près de 34 milliards de dollars de prestations et coûté plus de 43 milliards de dollars aux employeurs. Actuellement, les coûts de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles augmentent plus rapidement que ceux des autres soins médicaux; ce fait semble avoir échappé à l'attention de nombre d'employeurs qui se sont braqués sur la croissance des coûts de l'assurance santé, la rendant responsable, en tout ou en partie, de l'alourdissement de la facture. Une base de données unifiée a peu de chances d'être créée aux Etats-Unis, contrairement à ce qui s'est passé dans les pays européens. Johnson et Schmieden (1992) ont proposé qu'un premier pas dans ce sens consisterait à rendre les données plus accessibles à ceux qui s'y intéressent, par l'intermédiaire des centres de recherche et des bibliothèques spécialisées. Leur enquête auprès de 340 bibliothèques aux Etats-Unis et au Canada montre que seule la moitié d'entre elles fournissent des informations sur le sujet et que 10% seulement ne pensent pas qu'un besoin se manifesterait un jour; la plupart d'entre elles n'ont manifesté aucun intérêt, ou n'ont tout simplement pas répondu. Vu l'inquiétude croissante suscitée par la hausse rapide des coûts de la réparation des lésions professionnelles, on peut raisonnablement espérer que les employeurs, les assureurs et leurs conseillers feront pression pour que ces sources de données soient rapidement développées.

Relevons que ce n'est pas la première fois qu'une pareille initiative verrait le jour en Amérique du Nord. Après la présentation, en 1981, du rapport de la Commission d'enquête mixte fédérale-provinciale sur la sécurité dans les mines et les établissements miniers de l'Ontario, il a été recommandé de mettre au point une base de données inspirée des principes ci-après:

- formuler des définitions claires et précises des accidents à inclure dans la base;
- établir le profil de chaque accident à enregistrer (comment, quand, où, pourquoi, gravité, etc.) et de chaque travailleur (âge, sexe, type d'emploi, ancienneté, etc.);
- fournir des informations générales sur les caractéristiques de la main-d'œuvre (niveaux de qualification, formation et expérience), ainsi que des données sur les niveaux de production, la durée du travail, etc.

Léger et Macun (1990) suggèrent qu'en interprétant les statistiques disponibles, on accorde moins d'importance aux seuils d'absentéisme et plus de poids aux variables peu soumises aux influences sociales et économiques.

Séparer la réparation de la prévention

D'aucuns ont soutenu que l'objectif des RRLP devrait se limiter à la collecte des cotisations et à l'attribution de prestations prescrites par la législation, et que la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles était une affaire qui devait être réglée ailleurs.

Pour Mikaelsson et Lister (1991), par exemple, l'usage abusif du RRLP en Suède fait douter de la validité des données suédoises relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et n'a aucune utilité comme base des programmes de prévention. A les entendre, le RRLP suédois inviterait à multiplier les demandes et autoriserait l'arbitraire. Ses coûts auraient progressé rapidement, en grande partie parce que la réparation était souvent accordée sans que l'on se préoccupe de prouver la relation de cause à effet entre l'accident ou la maladie et l'emploi, alors que les règles relatives aux éléments de preuve à apporter découragent une recherche judicieuse de la cause réelle.

Comme la question de la causalité est obscurcie ou complètement ignorée, les données suédoises présentent une image déformée des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'incidence de certaines affections peut être gonflée (par exemple, les lombalgies), et celle d'autres maladies entièrement ignorée.

Soulignons ici que la nouvelle loi suédoise sur la réparation des lésions professionnelles fait un pas en arrière sous l'effet de la multiplication des demandes, notamment aux fins de réparation des lombalgies. Aujourd'hui, le RRLP suédois n'encourage nullement les employeurs à identifier et à éliminer les causes réelles des maladies professionnelles et des accidents du travail. L'étude de la nature, de l'étendue et de la lutte contre les risques professionnels pourrait être confiée à d'autres organismes désignés par certaines dispositions de la loi (voir plus loin l'article intitulé: «Etude de cas: la Suède»).

Burger (1989) va plus loin et propose que tous les accidents du travail et maladies professionnelles ouvrent droit à réparation sans conditions préalables et que les RRLP soient intégrés dans le système général de sécurité sociale. Au cas où l'obligation d'apporter la preuve de la relation de cause à effet entre l'éventualité et l'emploi serait maintenue, dit-il, il faudrait apporter à cet exercice toute la rigueur voulue et appliquer tous les critères qui en garantissent la validité et la qualité des informations médico-scientifiques.

Fusionner le RRLP et l'assurance santé

Dans certains Etats, le traitement des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles est réservé aux médecins et autres personnels de santé officiellement reconnus comme ayant les connaissances et les qualifications requises pour s'occuper de ces problèmes. On espère par là assurer la qualité des soins.

Or, il arrive que ces dispositions produisent l'effet inverse. La grande majorité des accidents ouvrant droit à réparation sont en effet bénins et ne réclament guère plus que des soins de premiers secours, sans grand intérêt pour les médecins. Dans les pays où le barème des honoraires fixé par le RRLP est inférieur au tarif ordinaire, les médecins peuvent être tentés d'accroître le nombre de leurs actes et de prolonger la durée des traitements. Ainsi, dans l'Etat de New York, aux Etats-Unis, le barème des honoraires attribue un supplément de un dollar pour chaque point de suture jusqu'à un maximum de dix, et on peut voir jusqu'à dix points de suture là où un pansement adhésif aurait suffi. En outre, pour répondre aux besoins des établissements, les cabinets de médecins et les dispensaires qui s'occupent des cas d'accidents du travail sont souvent situés dans des zones industrielles qui ne sont pas les quartiers les plus attrayants des villes. En conséquence, la médecine du travail n'occupe pas un rang très élevé dans la hiérarchie des spécialités médicales.

Qui plus est, d'un autre point de vue, dans les zones à faibles ressources médicales, les accidents du travail et les maladies doivent nécessairement être traités dans le cabinet médical ou le dispensaire le plus proche, où le niveau technique peut être bas. C'est un problème qui affecte notamment les régions peu urbanisées ou peu industrialisées et les entreprises trop petites pour disposer de leur propre service médical.

A l'opposé des partisans de la séparation de la prévention et de la réparation, on trouve ceux qui voudraient accorder à la première une place plus large dans la seconde. Cette attitude se rencontre notamment en Allemagne et également en Suisse depuis l'entrée en vigueur, en 1984, de la nouvelle loi sur les accidents du travail (LAA) qui s'étend à tout le domaine de la sécurité au travail. En Suisse, la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) a été créée en vue d'harmoniser les conditions de réparation et comprend des représentants de la Confédération, des cantons, de la CNA et d'autres assureurs, publics et privés.

La CFST doit notamment formuler des règlements techniques, sous forme de directives, pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle rembourse aux autorités cantonales chargées du contrôle de la sécurité leurs frais d'inspection dans les établissements.

La CNA, premier assureur des lésions professionnelles, surveille l'application des règles de prévention des accidents dans quelque 60 000 entreprises présentant des risques d'exploitation spéciaux, à savoir les fabriques et dépôts d'explosifs, les établissements qui utilisent de grandes quantités de solvants et les industries chimiques. La CNA publie aussi à l'intention des employeurs des directives sur les valeurs limites d'exposition aux substances toxiques.

En sa qualité d'organe d'exécution de la LAA et de ses ordonnances d'application, la CNA est tenue d'informer les employeurs et les travailleurs de leurs responsabilités respectives. L'employeur a l'obligation de prendre toutes mesures techniques nécessaires à la prévention, telles qu'indiquées dans l'ordonnance sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (OPA). Le travailleur est tenu de se conformer aux instructions de l'employeur concernant la sécurité dans l'entreprise.

Pendant les visites d'inspection effectuées par la CNA ou par des fonctionnaires cantonaux, l'employeur doit donner accès à toutes ses installations. En cas d'infraction, la CNA attire l'attention de l'employeur et lui fixe un délai pour remédier à la situation. Si l'employeur ne tient pas compte de l'avertissement, la CNA ordonne les mesures à prendre par décision exécutoire. En cas de non-exécution, l'entreprise peut être placée dans une classe ou communauté de risques plus élevés, ce qui se traduit par un relèvement de sa prime d'assurance. L'assureur (la CNA ou toute autre compagnie d'assurances) doit alors décider d'augmenter la prime immédiatement. De plus, l'organe exécutif (en particulier, la CNA) prend des mesures coercitives, si nécessaire avec l'aide des autorités cantonales.

Les services techniques de la CNA participent aux inspections, mais sont aussi à la disposition des employeurs pour les conseiller sur les questions de sécurité.

Dans le domaine des maladies professionnelles, l'employeur doit faire en sorte que les travailleurs soumis aux règlements de sécurité passent un examen médical préventif chez le médecin le plus proche, ou auprès du service médical de la CNA. Cette dernière définit le contenu de l'examen médical et décide en définitive de l'aptitude du travailleur à occuper un emploi.

Toutes les mesures techniques que l'employeur doit prendre et les examens médicaux auxquels il doit soumettre son personnel pour remplir ses obligations légales sont à sa charge. Les frais administratifs de la CFST et les activités de prévention qu'elle mène sont financés par un supplément de la prime d'assurance.

La CNA et les autres assureurs sont tenus de fournir à la CFST toutes les informations nécessaires à ses travaux, notamment en établissant des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles. La publication de la nouvelle ordonnance sur les médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité et de la santé au travail a donné à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) l'occasion de présenter un rapport (n° 92 023/1992), dans lequel il déclare que l'analyse du risque ne saurait se fonder uniquement sur les statistiques des lésions professionnelles dont disposent les autorités, mais doit tenir compte également des recherches épidémiologiques effectuées en Suisse et à l'étranger.

Enfin, la CFST se doit de promouvoir l'information et la formation en matière de protection de la sécurité au travail, et ce, à tous les niveaux. A Genève, l'inspection du travail est organisée avec la CFST et la CNA et bénéficie de l'aide de spécialistes de l'Université; elle organise des conférences et des cours pratiques sur la sécurité à l'intention des employeurs et des groupes intéressés. Une commission tripartite comprenant des représentants de

l'Etat, des employeurs et des travailleurs est à l'origine de cette initiative, qui est largement subventionnée par le canton.

Une vision plurifactorielle liant risque professionnel et maladie

Dans la plupart des cas d'accidents du travail ayant causé une atteinte à l'intégrité physique ou le décès, il est relativement facile d'établir un lien de cause à effet entre l'incident et le traumatisme. Cette règle de bon sens est difficile à appliquer aux maladies professionnelles qui ont généralement des causes multiples. La recherche de la causalité est d'ailleurs compliquée par la longue période de latence qui sépare l'exposition au risque des premières manifestations de la maladie. Pour de nombreuses maladies professionnelles, comme le cancer, il est difficile, sinon impossible, d'identifier une cause spécifique et de la rattacher à une exposition sur un lieu de travail particulier ou à un ensemble de risques. C'est pourquoi, au lieu de suivre la procédure ordinaire de la réparation, de nombreux travailleurs se tournent vers le système général de soins de santé (aux Etats-Unis, par exemple, l'assurance privée, ou Medicare s'ils ont l'âge requis, Medicaid s'ils sont assez démunis) ou encore vers l'aide sociale lorsqu'ils ont besoin d'un soutien financier.

En conséquence, «pour toutes sortes de raisons pratiques, les employeurs paient peu, voire rien pour les maladies professionnelles et sont en fait subventionnés par le système de sécurité sociale et par les travailleurs eux-mêmes» (Mallino, 1989).

Une étude menée en Suisse romande (Rey et Bousquet, 1995; von Allmen et Ramaciotti, 1993) a abouti aux mêmes conclusions. L'assurance maladie est alors amenée à assumer les coûts de risques inhérents à l'emploi, comme certaines dorsalgies dues au port de lourdes charges, et ce, aux dépens des assurés et des contribuables.

Comme les employeurs ne se sentent pas tenus de corriger des conditions de travail pourtant responsables de ces risques pour la santé, la prévention, qui devrait se fonder sur les cas ayant ouvert droit à réparation, ne peut qu'en souffrir.

Pour remédier à cette situation, Mallino propose de recourir à une procédure où l'exposition à un risque professionnel n'a plus à être prouvée en tant que cause unique, immédiate et directe, mais simplement reconnue comme un facteur déclenchant parmi d'autres. Cette façon d'envisager les choses s'accorde beaucoup mieux avec la science médicale moderne qui reconnaît la multicausalité de nombreuses maladies.

Partant d'hypothèses fondées sur l'ensemble de la main-d'œuvre, Mallino évoque la règle dite «des 30%». Si, dans une population de travailleurs exposés au risque, l'incidence d'une maladie est supérieure de 30% à celle que l'on observe dans une population non exposée, cette maladie est présumée avoir une origine professionnelle. Pour avoir droit à réparation, le travailleur atteint de cette maladie devrait simplement prouver qu'il appartenait au groupe exposé et que le niveau d'exposition auquel il était soumis était suffisant pour constituer un facteur de risque de ladite maladie (Mallino, 1989).

Notons que cette notion de probabilité a été retenue dans certaines législations, telles que la LAA, en Suisse, qui reconnaît deux catégories de maladies professionnelles. La seconde d'entre elles permet de reconnaître des atteintes à la santé qui ne figurent pas sur la liste des maladies professionnelles ou sur celle des agents chimiques ou physiques nocifs sur le lieu de travail. Selon la pratique actuelle de la CNA, l'admissibilité de ces cas, au niveau individuel, repose aussi sur la notion de probabilité, en particulier pour les atteintes au système musculo-squelettique.

Encourager la réadaptation et la reprise du travail

Encourager la réadaptation et la promptre reprise du travail est un excellent moyen de réduire le coût humain et financier de la

réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Son utilité apparaît en particulier dans les cas de dorsalgies et autres affections musculo-squelettiques dont on sait la charge qu'elles font peser sur les budgets des RRLP aux Etats-Unis et dans les pays nordiques (Mikaelsson et Lister, 1991; Aronoff et coll., 1987).

Selon Walsh et Dumitru (1988), les travailleurs qui répugnent le plus à reprendre leur travail après une maladie sont ceux qui sont le mieux protégés par leur assurance. Cette constatation devrait conduire à une réforme des relations entre les différents acteurs. «Quoique des progrès soient réalisés en matière de traitement, des changements dans le système actuel de prestations semblent nécessaires pour optimiser la guérison. On devrait étudier la création de systèmes qui réduiraient les conflits entre le demandeur, l'employeur et l'assureur.»

Après avoir évoqué les coûts des dorsalgies aux Etats-Unis, Aronoff et coll. (1987) préconisent des méthodes de rééducation qui permettraient aux assurés de reprendre leur emploi et d'échapper ainsi au piège de l'«incapacité chronique».

«L'atteinte à l'intégrité physique est un terme médical qui se réfère au dysfonctionnement de l'organisme tout entier ou d'un organe. L'incapacité, terme légal, se rapporte à une limitation de la performance pour une tâche spécifique. Le syndrome d'incapacité chronique se réfère à un état dans lequel des individus qui sont capables de travailler choisissent de s'installer dans l'incapacité. Celle-ci est souvent le résultat d'une lésion mineure, mais représente en fait une inaptitude à faire face aux autres problèmes de la vie. Les caractéristiques de ce syndrome sont les suivantes: arrêt de travail de six mois au moins; demande de réparation pour incapacité et demande de prestations; plaintes subjectives sans proportion avec les constatations objectives; absence de motivation pour guérir et refus de reprendre le travail» (Aronoff et coll., 1987).

Von Allmen et Ramaciotti (1993) ont analysé le processus qui conduit aux dorsalgies chroniques chez des travailleurs affectés à différentes tâches. La complexité du problème se révèle d'autant plus dans les périodes de récession, lorsque les changements d'affectation et la possibilité de se diriger vers un poste moins astreignant sont de plus en plus limités.

Le syndrome d'incapacité chronique est souvent associé à des douleurs chroniques. D'après des données recueillies en 1983 aux Etats-Unis, on estime que 75 à 80 millions d'Américains souffrent de douleurs chroniques, ce qui se traduit par des dépenses annuelles de 65 à 77 milliards de dollars. Trente et un millions de ces individus souffrent de lombalgies et les deux tiers s'estiment gênés dans leur vie sociale et professionnelle. Devenue chronique, la douleur cesse d'être un avertisseur, elle devient une maladie en soi (Aronoff et coll., 1987).

Toutes les personnes souffrant de douleurs chroniques ne sont pas frappées d'incapacité et nombre d'entre elles peuvent reprendre une activité productive si elles s'adressent à un centre médical spécialisé où le traitement des patients est confié à des équipes multidisciplinaires et où on prête attention aux aspects psychosociaux du cas. Le succès de ces traitements dépend du niveau d'instruction, de l'âge (les patients plus âgés ayant plus de peine que les jeunes à surmonter leurs limitations mécaniques) et de la durée de leur arrêt de travail avant d'avoir consulté un de ces centres (Aronoff et coll., 1987).

Les travailleurs les plus disposés à renoncer aux prestations d'incapacité et à reprendre leur travail sont: les bénéficiaires d'un traitement et d'une réadaptation précoces; ceux qui réussissent à maîtriser leurs douleurs et à adopter des stratégies antistress; ceux qui ont eu des satisfactions dans leur travail et qui se proposent d'atteindre un objectif dans leur carrière professionnelle (Aronoff et coll., 1987).

Certains RRLP cessent de verser des prestations dès qu'un travailleur frappé d'incapacité reprend son travail. En cas de

récidive, le travailleur doit suivre une nouvelle fois toute la procédure et attendre plus ou moins longtemps avant de recevoir des prestations. Cette disposition entrave fortement l'action de qui veut persuader les travailleurs qu'ils sont en assez bonne forme pour reprendre leur poste. C'est pourquoi d'autres RRLP prévoient une période d'essai pendant laquelle les prestations sont servies lorsque le travailleur tente de reprendre son ancien emploi ou de voir si sa reconversion l'a rendu capable d'effectuer de nouvelles tâches. Dans ces conditions, le travailleur n'a rien à perdre si sa tentative se solde par un échec.

L'ergonomie et la prévention des risques

Les membres de la Société d'ergonomie de langue française (SELF) ont mis en évidence la complexité du réseau de liens entre accidents et tâche. Se fondant sur les observations faites par ses collaborateurs dans les mines de charbon, Faverge (1977) a mis au point une méthode d'analyse qui est aujourd'hui appliquée par l'INRS en France.

Il n'est pas nécessaire, pour suivre cette méthode, que les effets sur la santé soient importants et les accidents graves. C'est ainsi que l'on a pu établir un tissu complexe de liens entre le travail sur écran de visualisation et la fatigue visuelle (Rey, Meyer et Bousquet, 1991).

En établissant ces liens, l'ergonome dispose d'un outil précieux pour proposer des mesures préventives aux différents stades de la production.

L'analyse ergonomique des tâches est devenue une technique courante en dehors de la SELF et les auteurs que nous allons citer sont aussi bien Américains et Canadiens qu'Européens. Elle a ceci d'original qu'elle requiert la participation du travailleur. En effet, en plus de la connaissance que l'opérateur a des contraintes de son travail, sa perception du risque dépend de nombreux facteurs qui échappent à l'analyse technique pratiquée par les ingénieurs et les spécialistes de la sécurité.

Dans l'exécution de ses tâches, l'opérateur ne suit pas toujours à la lettre les consignes du spécialiste de la sécurité, mais est influencé par son attitude vis-à-vis du travail et par sa propre perception des risques. Comme le notent Walters et Haines (1988):

La perception des risques, chez les travailleurs, naît et s'exprime de façon différente des modèles médico-techniques qui dominent dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Par exemple, ce n'est ni auprès de l'encadrement, ni auprès des représentants des services de santé, ni dans des cours de formation que les travailleurs vont chercher l'information sur les produits chimiques; ils la trouvent dans leur propre expérience, dans les observations de leurs collègues, voire dans leurs perceptions. Les travailleurs ont des connaissances fondées sur l'expérience qui ne sont pas les mêmes que celles inscrites dans le savoir et l'expertise techniques.

Au Québec, Mergler (cité par Walters et Haines) a proposé en 1987 de mieux prendre en compte l'expérience des travailleurs qui redoutent les atteintes à leur santé. Après avoir mené de nombreuses enquêtes sur le terrain, Mergler sait combien il est difficile d'obtenir le témoignage des travailleurs s'ils craignent de perdre leur emploi en exposant leurs conditions de travail.

Durrafourg et Pélegrin (1993) prennent encore plus de distance avec le schéma réducteur de la relation entre la cause et l'effet cher aux assureurs et aux responsables de la sécurité. Pour ces auteurs, la prévention ne peut être efficace qu'à condition d'envisager la santé des travailleurs et la situation de travail comme un tout.

Bien que les grands risques puissent avoir une cause prépondérante (par exemple, le niveau de bruit dans la surdité ou la présence d'une substance chimique dangereuse dans une intoxication), tel n'est pas le cas de la majorité des problèmes qui affectent

les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité. Selon Durrafourg et Pélegrin, en ce cas, le risque «se situe à la croisée des exigences des tâches, de l'état de santé des travailleurs et des contraintes sur le lieu de travail».

Ainsi, par exemple, si les travailleurs plus âgés ont moins d'accidents que leurs collègues moins expérimentés, c'est parce qu'ils ont «acquis de la prudence et suivent des procédures efficaces en vue d'éviter le danger».

L'analyse ergonomique devrait permettre d'identifier «les facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour valoriser la prudence des travailleurs et de leur donner tous les moyens nécessaires afin de maîtriser leur santé et leur sécurité».

En résumé, selon les ergonomes et les médecins du travail qui ont une formation moderne, le risque ne s'exprime pas seulement par la connaissance du milieu physique, chimique et bactériologique, mais aussi par une connaissance du milieu social et des caractéristiques des travailleurs. Une étude des tâches plus approfondie, au sens ergonomique du terme, devrait absolument être menée lors de chaque cas d'accident déclaré. Cet effort d'analyse n'est consenti que très rarement et partiellement par les autorités en place (inspections du travail, services de sécurité et de santé, services médicaux), mais un pas dans ce sens est indispensable à l'efficacité de la prévention.

L'égalisation de la protection sociale

Confrontée à la hausse des coûts due en partie seulement aux dépenses consacrées à la réparation des lésions professionnelles et aux programmes de prévention, les employeurs délocalisent les emplois des pays industriels vers les régions moins développées où les salaires et les charges sociales sont en général plus bas, et les règlements et l'administration de la sécurité et de la santé moins sévères. Lorsqu'ils doivent prendre des mesures préventives souvent onéreuses, certains employeurs n'hésitent pas à fermer leurs établissements et à en ouvrir d'autres dans les régions où les salaires sont plus faibles. L'augmentation du chômage fait que les travailleurs peuvent se retrouver sans emploi après leur réadaptation et, par conséquent, choisissent de continuer aussi longtemps que possible à recevoir des prestations d'incapacité (Euzéby, 1993).

Pour soutenir la concurrence des régions à bas salaires, les employeurs réduisent leurs effectifs et exigent des travailleurs en emploi une plus grande productivité. La tendance concomitante à négliger ou à reporter les considérations de sécurité au travail peut provoquer une augmentation des accidents et des maladies qui pèsent plus lourdement sur les RRLP.

En même temps que les prestations servies aux travailleurs et les primes versées par les employeurs — d'ordinaire fondées sur les effectifs et sur un pourcentage de la masse salariale — baissent à cause des compressions de personnel, les ressources des RRLP diminuent. C'est ce qui s'est produit en Suisse, par exemple, où la CNA a dû réduire son propre personnel.

Aux États-Unis, une motion du Congrès demandant que la réglementation et la mise en œuvre de la sécurité et de la santé au travail soient confiées non plus à la responsabilité fédérale, mais aux États et aux autorités locales, n'a pas obtenu l'allocation de ressources budgétaires suffisantes pour mener à bien ce transfert de compétences.

Tschopp (1995) a préconisé une égalisation, au niveau international, de la protection sociale qui permettrait de maintenir les RRLP, ainsi que les programmes de prévention, dans les pays développés et d'améliorer les conditions de travail et de vie dans les pays en développement, et ce, pour le plus grand bien-être de leurs populations.

Conclusion

De manière générale, et bien que des progrès soient toujours souhaitables, les RRLP fonctionnent de manière tout à fait satis-

faisante lorsqu'il s'agit de fournir des soins de santé et des services de réadaptation et de servir des prestations d'incapacité aux travailleurs victimes de lésions professionnelles; en revanche, leur traitement des maladies professionnelles laisse beaucoup à désirer. Pour remédier à ces imperfections, la législation devrait reconnaître davantage de maladies professionnelles, améliorer les statistiques et renforcer les études épidémiologiques qui retracent les effets de ces maladies sur la main-d'œuvre, et reconnaître les avancées médicales et scientifiques qui font état d'une multiplicité de causes de nombre d'entre elles.

Le rôle des RRLP dans la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, en plus de fournir des données sur leur épidémiologie, reste à définir. La théorie selon laquelle de bonnes mesures de prévention font baisser les coûts des contributions ou des primes d'assurance des employeurs n'est pas toujours confirmée dans la pratique. En fait, des voix préconisent de séparer l'administration de la réparation des lésions professionnelles et la prévention, qui serait confiée à un autre organisme où les spécialistes de la sécurité et de la santé joueraient un rôle plus important. Cela exige à tout le moins une réglementation de l'État et une mise en application plus stricte — idéalement dans le monde entier — afin d'égaliser les conditions de travail dans tous les pays, industriels et en développement.

L'OIT devrait encourager ses États Membres à développer des politiques efficaces de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

LA PRÉVENTION, LA RÉADAPTATION ET LA RÉPARATION DANS LE SYSTÈME ALLEMAND D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS

Dieter Greiner et Andreas Kranig

Historique

En Allemagne, l'assurance obligatoire contre les accidents a été instituée, en tant que branche indépendante de la sécurité sociale, par la loi y relative de 1884 qui est entrée en vigueur en 1885. Elle avait pour objet:

- de *prévenir*, par tous les moyens qui s'imposent, les accidents du travail et les maladies professionnelles. À l'avenir, les tâches de prévention devraient être étendues;
- de fournir un ensemble de prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Le but principal est de rétablir l'état de santé de l'assuré, dans la mesure du possible, et de le réintégrer dans la vie professionnelle et sociale grâce à la réadaptation. En outre, les dommages permanents à la santé ouvrent droit à des rentes; si l'accident a entraîné le décès de l'assuré, des rentes et autres prestations en espèces sont versées aux ayants droit.

Depuis 1884, le régime d'assurance a été constamment remanié et élargi. Les changements ont porté, en particulier, sur les entreprises assujetties (elles le sont toutes, sans exception, depuis 1942; les catégories assurées (par exemple, les enfants et les jeunes — du jardin d'enfants à l'université — sont protégés depuis 1971); les éventualités assurées (en 1925, extension aux accidents de trajet, aux accidents se produisant en dehors du poste de travail habituel, ainsi qu'aux maladies professionnelles); l'indexation générale des prestations en espèces depuis 1957. On doit