

4. Vers de nouvelles stratégies de prévention



Joan Benach

Unité de recherches sur la santé au travail. Département des sciences expérimentales et de la santé. Université Pompeu Fabra, Barcelone, Espagne

C. Muntaner

Département de la santé comportementale et communautaire. Service d'épidémiologie et de médecine préventive. University of Maryland-Baltimore, USA

F. G. Benavides

Unité de recherches sur la santé au travail. Département des sciences expérimentales et de la santé. Université Pompeu Fabra, Barcelone, Espagne

M. Amable

Unité de recherches sur la santé au travail. Département des sciences expérimentales et de la santé. Université Pompeu Fabra, Barcelone, Espagne
Département de la santé au travail. Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Buenos Aires, Argentine

P. Jódar

Département des sciences politiques et sociales. Université Pompeu Fabra, Barcelone, Espagne

De nouvelles stratégies de prévention pour un nouvel environnement du travail : besoins, principes, enjeux

Résumé

A l'aube du XXIème siècle, l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail est en train de transformer ce qui était devenu la norme en matière de dispositions du travail dans les pays industrialisés. Dans ce nouvel environnement, émergent des entreprises nouvelles, des travailleurs d'un type nouveau et de nouveaux facteurs de risques. Contrairement à ce qui est communément admis, nous pensons qu'il convient de ne pas considérer les nouveaux risques professionnels pour la santé comme de simples problèmes "techniques" ou "économiques", dénués de toute autre valeur. Nous soutenons plutôt que de nombreux enjeux auxquels est confrontée la politique de la santé au travail sont fortement liés aux valeurs professionnelles ainsi qu'aux idéologies politiques et aux intérêts économiques des principaux acteurs du système décisionnel. Certains principes essentiels et nécessaires à une mise en œuvre efficace et équitable des politiques en matière de santé professionnelle sont débattus. Nous terminons par une proposition alternative sur les conditions et les mesures indispensables pour relever les nouveaux défis et mettre en place une politique efficace de santé au travail.

Introduction

Les conditions de travail se sont radicalement modifiées au cours des deux dernières décennies. En ce début de XXIème siècle, l'internationalisation croissante des investissements, de la production et du commerce, la résurgence politique de marchés du travail flexibles, la mise en application de nouvelles technologies dans l'informatique et la robotique en de très nombreux lieux de travail, et l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail sont en train de transformer ce qui était devenu la norme en matière de production dans les pays industrialisés. Dans ce nouvel environnement de travail, des entreprises nouvelles, des travailleurs d'un type nouveau et de nouveaux facteurs de risques font leur apparition^{1,2,3}.

Ces modifications des modes de travail exigent également un changement radical de la prévention de la santé au travail. La combinaison d'anciens et de nouveaux risques professionnels nécessite une approche préventive intégrée ainsi qu'une redéfinition des politiques et des services de santé au travail. Dans ces circonstances, l'amélioration de la santé pour tous les travailleurs implique la mise en œuvre de plusieurs phases essentielles, intégrant la recherche et la pratique :

- recherche d'une connaissance appropriée des besoins en santé au travail;
- mise en place de politiques stratégiques et d'interventions;
- analyse des procédés et des résultats afin d'évaluer l'efficacité des interventions.

Toutefois, la mise en œuvre de ce modèle n'est pas chose aisée. Il n'y a aucune garantie que ces différentes phases seront respectées dans le monde réel de la politique de la santé au travail. Le simple fait d'évaluer les risques pour la santé au travail n'implique pas nécessairement que des stratégies adaptées seront élaborées⁴. De même, l'élaboration de rapports techniques établissant des listes exhaustives de stratégies et d'actions n'iront pas forcément de pair avec une prévention efficace. Enfin, l'application de la législation sur la santé au travail est indispensable mais insuffisante pour garantir l'amélioration de la prévention sur le lieu de travail⁵.

Il existe un décalage entre, d'une part, la politique et la recherche sur la santé au travail et, d'autre part, les changements survenus sur les lieux de travail. Pour comprendre ce défaut de concordance, il est essentiel d'analyser les principes clefs qui régissent les processus décisionnels relatifs à la santé au travail. Contrairement à l'opinion communément admise dans certains milieux de la santé au travail, nous pensons qu'il ne faut pas considérer les nouveaux risques comme des problèmes "techniques" ou "économiques" dénués de toute autre valeur. Nous soutenons, au contraire, qu'un grand nombre des nouveaux enjeux posés à la politique de la santé au travail sont fortement liés aux valeurs professionnelles appelées à répondre aux changements intervenus dans les relations du travail. Ainsi, nous pensons que l'idéologie politique et les intérêts économiques des principaux acteurs du processus décisionnel en matière de santé au travail sont incontournables. Aujourd'hui, la santé au travail est plus que jamais liée à l'évolution du marché du travail et des politiques sociales.

Nous allons examiner certains des principaux besoins professionnels qui émergent dans la recherche et la politique de la santé au travail, en mettant l'accent sur l'Union européenne. Nous débattons des principes clefs nécessaires pour mettre en œuvre des politiques de santé professionnelle efficaces et équitables dans le nouvel environnement du travail. Pour terminer, nous formulerons une proposition alternative sur les conditions et les mesures indispensables pour relever les nouveaux défis et mettre en place une politique efficace de la santé au travail.

Les nouveaux besoins de la recherche et des politiques en santé au travail

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations internationales, "chaque citoyen du monde a le droit à un travail sain et sûr et à un environnement de travail qui lui permette de vivre une vie socialement et économiquement fructueuse"⁶. Malgré ces bonnes intentions, la réalité est, qu'en ce début de XXIème siècle, le lieu de travail reste un endroit dangereux pour une majorité de travailleurs, et un piège mortel pour des millions d'entre eux. Les principaux besoins de la santé au travail s'étendent tant aux problèmes traditionnels du chômage et des risques physiques, chimiques et biologiques, qu'aux problèmes contemporains, engendrés par des facteurs psychosociaux ou de nouveaux types d'emplois flexibles. En outre, ces risques sont inégalement répartis selon les pays, les secteurs économiques, les classes sociales, le genre et l'appartenance ethnique.

Du chômage à l'emploi précaire

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, le principal risque pour la santé des travailleurs réside dans le manque de travail. Il a été prouvé que le chômage est une cause évidente de mortalité et de maladie, de détérioration du niveau et de la qualité de vie⁷. Dans l'Union européenne, 19,6 millions de personnes n'ont pas de travail⁸. Toutefois, les frontières entre de nombreux types d'emplois flexibles et le chômage sont aujourd'hui en train de s'estomper : les travailleurs font l'expérience d'une diversité de formes dynamiques d'emploi, selon un continuum allant du chômage au sous-emploi et de l'emploi satisfaisant au "suremploi" (obligation d'effectuer des heures supplémentaires). L'emploi "standard", permanent à temps plein, avec tous ses avantages, est en diminution, tandis que se multiplient de nouveaux types de travail "flexible", notamment le travail à domicile, le travail temporaire, le travail non déclaré, où la sécurité d'emploi est faible et les conditions de travail difficiles⁹. En Europe, l'emploi "flexible" (travailleurs à temps partiel, sous contrat temporaire ou travailleurs indépendants) a augmenté de 15% entre 1985 et 1995¹⁰. Aujourd'hui, "l'emploi précaire rémunéré" (contrats à durée déterminée et contrats temporaires) représente au moins 15% de tous les emplois rémunérés dans l'UE, ce taux allant de 9%, au Luxembourg et en Autriche, à 40%, en Espagne¹¹.

Etant donné que les nouvelles formes d'organisation du travail et de flexibilité de l'emploi semblent présenter les mêmes caractéristiques négatives que celles du chômage, on peut penser qu'elles sont également susceptibles de provoquer des effets néfastes sur la santé^{12,13}. L'insécurité de l'emploi est source de troubles psychologiques, et les emplois précaires ont tendance à renforcer l'exposition à différents types de risques professionnels^{14,15,16,17,18}. Il est également prouvé que les différents types d'emplois "flexibles" ont des effets sur la santé¹⁹. Dans l'UE, par comparaison avec les salariés permanents, les travailleurs sous contrat temporaire sont davantage exposés à de mauvaises conditions de travail telles que vibrations, bruits intenses, produits dangereux ou répétitivité des tâches¹¹. De plus, par rapport aux salariés permanents à plein temps, les travailleurs sous contrat temporaire sont deux fois plus nombreux à être insatisfaits de leur travail, même après ajustement en fonction de variables individuelles et nationales²⁰.

Des risques pour la sécurité et l'hygiène aux facteurs psychosociaux

Des dizaines de positions ergonomiques et de charges physiques de travail, des centaines de facteurs biologiques et des milliers de produits chimiques (1.500 à 2.000 produits chimiques sont largement utilisés) ont été identifiés comme facteurs de risques pour les conditions de travail²¹. Dans l'UE, quelque 32 millions de travailleurs (23% des salariés) sont exposés à des agents cancérogènes. Au moins 22 millions d'entre eux ont été exposés à des agents cancérogènes classés dans la catégorie 1 par le CIRC. On estime que le taux de mortalité due à des cancers professionnels se situe entre 2% et 38% du total des décès causés par cette maladie⁶. Actuellement, on considère que l'exposition sur le lieu de travail est responsable de 13 à 18% des cancers du poumon, de 2 à 10% des cancers de la vessie et de 2 à 8% des cancers du larynx chez les hommes européens²². 10% à 30% des travailleurs des pays industrialisés sont exposés à des facteurs physiques et, dans certains secteurs à risques élevés notamment l'extraction minière, l'industrie manufacturière et la construction, tous les travailleurs peuvent être touchés⁶. L'OIT estime qu'en Europe, les moyennes de risques s'élèvent à 25/1.000 pour les accidents et à 6,25/100.000 pour les accidents mortels.

La nécessité de s'adapter aux nouvelles formes d'emploi et de systèmes de gestion dans un aménagement non traditionnel du temps de travail, avec une pression à la productivité toujours plus forte, augmente non seulement les facteurs de risques pour la santé et la sécurité, mais également les facteurs de risques psychosociaux^{23,24,25}. Selon la deuxième enquête européenne sur les conditions de travail dans l'UE²⁶, le stress (28%) constitue l'un des problèmes de santé au travail le plus répandu. L'enquête a également démontré qu'un tiers seulement des travailleurs a la possibilité de choisir librement ses horaires de travail, ses dates de vacances et de pauses²⁷. Les facteurs psychosociaux tels que les nouvelles exigences en matière de productivité et de compétences des travailleurs, ainsi que la perte du contrôle sur le travail fragilisent la santé physique et mentale des travailleurs^{28,29,30}. Ces nouveaux aspects psychosociaux du travail³¹ influent sur des maux aussi répandus que les maladies coronariennes, les troubles musculo-squelettiques et l'absentéisme.

Des lieux de travail dangereux aux inégalités sociales de la santé au travail

Les risques professionnels sont inégalement répartis entre les classes sociales, les métiers et les entreprises. Aujourd'hui, dans de nombreux pays industrialisés, l'existence d'inégalités sociales face à la santé, aux soins et à leur impact sur l'état de santé ne fait plus aucun doute. D'après une série d'indicateurs de santé, il apparaît que les classes sociales inférieures sont celles qui présentent les plus mauvais résultats^{32,33}. Les conditions de travail jouent un rôle important dans l'explication de ces inégalités^{34,35}. Plus on descend dans la hiérarchie professionnelle, plus on est susceptible de rencontrer des personnes travaillant dans des conditions difficiles : efforts physiques, moindre maîtrise du travail, plus de bruit et de pollution atmosphérique, plus de travail posté, tâches monotones, cadences accélérées et peu de pauses volontaires^{36,37,38}. En Suède, par exemple, on estime que les mauvaises conditions de travail ont été les principales causes d'inégalités dans le cas de maladies somatiques³⁹.

Le risque de maladies et d'accidents au travail varie substantiellement d'une catégorie professionnelle à l'autre. Par exemple, une série de problèmes de santé au travail spécifiques aux femmes ont été identifiés. Elles ont à subir une

double charge de travail, occupent des postes manuels mal payés, sont confrontées à des expositions dangereuses pour la reproduction, à des menaces de violences et de harcèlement sexuel, à des machines et à des outils de travail souvent conçus pour les hommes, à un risque de chômage supérieur à la moyenne pour les travailleuses faiblement rémunérées et à un nombre inférieur d'opportunités d'emploi⁶.

Les industries et les entreprises de services de petite taille ne disposent souvent que de peu de ressources, ce qui fait peser sur chaque travailleur de lourdes charges de travail et une multiplicité de tâches. Dans les petites entreprises, les entreprises familiales, les petites exploitations agricoles de tous les pays et l'artisanat à domicile des pays moins développés; les membres de la famille du travailleur ou du chef d'entreprise, y compris des enfants, des femmes enceintes et des personnes âgées, doivent se partager le travail.

Enfin, des différences considérables apparaissent dans l'accès aux services de santé au travail. L'OMS estime qu'en 1999, 200 millions de travailleurs en Europe sur 400 n'ont pas eu accès à des services de santé au travail. Si en Finlande, 90% des effectifs peuvent en bénéficier, ce taux ne dépasse guère les 20% dans d'autres pays⁴⁰.

De la connaissance à la politique de santé au travail

La connaissance devrait constituer un pilier majeur dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de la santé⁴¹. Si, dans l'UE, l'on dispose déjà de connaissances appropriées sur un certain nombre de risques traditionnels en santé au travail,²⁷ l'absence de données exhaustives, fiables et comparables^{42,43} reste encore un sérieux obstacle à la mise en œuvre d'une politique fondée sur l'expérience. De nombreux problèmes de santé au travail sont mal connus car ils n'ont pas été diagnostiqués et/ou dénoncés dans les systèmes d'information actuels⁴⁴. En outre, les accidents du travail⁴⁵ restent difficilement comparables, et la situation est encore plus complexe dans le cas des absences pour cause de maladie⁴⁶. Enfin, bien que les enquêtes européennes sur les conditions de travail aient permis d'améliorer nos connaissances sur les facteurs de risques, des changements importants doivent être apportés pour améliorer la validité et la précision des données. Malgré les précieuses informations de ces dix

dernières années, les données dont nous disposons aujourd'hui ne fournissent pas une connaissance suffisante sur le lieu de travail pour permettre la mise en œuvre de méthodes éprouvées. Jusqu'à présent, elles n'ont été appliquées que de façon très limitée aux risques pour la santé et aux interventions sur le lieu de travail⁴⁷.

Dans le nouvel environnement de travail qui prend place, il convient de mettre au point une nouvelle stratégie d'ensemble pour la recherche en santé au travail. Les instituts de recherche, eux-mêmes, devront modifier leur approche. Récemment, des experts consultés au niveau européen ont identifié les problèmes psychosociaux et ergonomiques, ainsi que les facteurs de risques chimiques comme les priorités absolues pour les futures recherches⁴⁸. Ces priorités générales, établies au niveau européen selon un processus succinct et informel, contrastent avec les priorités plus particulières (ex. : anomalies de la fertilité et de la grossesse, environnement interne et méthodes d'évaluation des risques) identifiées aux Etats-Unis dans l'agenda NORA, et établies sur la base d'un large et long processus consensuel, conduit par le NIOSH (Institut national pour la sécurité et la santé au travail)⁴⁹. Nous pensons que la recherche sur le rôle de nombreux facteurs de risques, à l'origine de maladies ou d'accidents sur les lieux de travail, est insuffisante; que les données sur les inégalités en santé au travail sont trop limitées; quant aux répercussions des emplois précaires sur la santé, on n'en sait pratiquement rien. En outre, de nombreuses implications des mutations de l'environnement de travail sur les travailleurs et leur famille n'ont toujours pas été étudiées.

Principes à l'appui d'un nouvel agenda de la santé au travail

Les choix et les actions entreprises dans le cadre de la politique sociale et de la santé au travail influencent fortement la santé de la population active. Un cadre normatif simplifié du cycle politique comprendrait les phases suivantes :

- évaluation de la santé de la population;
- évaluation des interventions potentielles;
- évaluation des choix politiques;
- mise en œuvre de la politique; et
- évaluation de la politique⁴¹.

Cette structure ne représente toutefois qu'un modèle idéalisé. En réalité, la politique est un



Joan Benach

processus plus complexe, bien loin de tout itinéraire rationnel ou logique. Pour comprendre l'absence de concordance entre la recherche en santé au travail, la politique et les besoins liés à la santé au travail, il est essentiel d'analyser les principes clefs qui régissent tout processus décisionnel. Les priorités et les décisions politiques dans le domaine de la santé ne sont ni neutres ni issues de choix objectifs; elles sont plutôt étroitement reliées à des valeurs, à des intérêts et aux acteurs impliqués dans le processus politique⁵⁰.

Les priorités de la politique de la santé (qu'est-ce qui est important ?)

Bien que les besoins en santé au travail soient nombreux, et que la nécessité de mettre en œuvre des politiques destinées à y répondre soit évidente, ces problèmes n'occupent pas, jusqu'à ce jour, une place véritablement prépondérante dans les agendas politiques. Dans la plupart des pays de l'UE, de nombreux problèmes traditionnels et pratiquement tous les nouveaux risques émergents attendent encore de figurer parmi les questions prioritaires.

Si les priorités définissent un ordre de préférence pour la mise en œuvre d'actions; jusqu'à présent, les autorités européennes se sont avant tout concentrées sur des politiques de santé et de sécurité, accompagnées d'un certain nombre d'initiatives visant principalement l'élaboration d'une législation, la promotion d'activités concernant les services de santé au travail, la diffusion d'information et l'amélioration de la collecte des données. Même si ces actions ont engendré certaines améliorations notables, de sérieux doutes ont été émis quant à leur efficacité d'ensemble. Il a été affirmé, par exemple, que le changement apporté par la directive cadre communautaire de 1989 avait été relativement limité⁵¹. Les amendements législatifs n'ont guère apporté d'améliorations dans les petites et moyennes entreprises, des différences importantes subsistent dans l'étendue et la fonction des services de prévention, et il n'existe pas encore d'organisme fédéral disposant d'un cadre de recherches suffisant pour soutenir une politique fondée sur l'expérience, sans parler des limites déjà évoquées concernant la collecte des données.

Pour établir un nouvel agenda des priorités qui rencontre les besoins en santé au travail en Europe, il faut avant tout s'en référer aux concepts qui ont

été à la base de l'établissement de ces priorités. Nous partons du principe que les éléments suivants ont contribué à la définition de ces priorités :

- la nécessité d'harmoniser les législations sur la santé au travail dans les pays de l'UE⁵²;
- la prédominance d'une approche axée sur le mode de vie dans le domaine de la santé au travail qui transforme les problèmes sociaux en problèmes individuels, ce qui diminue le rôle joué par les facteurs sociaux et organisationnels⁵³;
- une approche réductionniste de la santé au travail axée essentiellement sur les soins apportés aux travailleurs malades sans prendre en compte la prévention de toute la population active⁵⁴.

La question des jugements de valeurs (pourquoi les choses sont-elles importantes ?)

L'action dans le domaine de la santé au travail ne relève jamais d'un simple processus technique dénué de valeurs. Elle est, au contraire, influencée par les idéologies, les croyances et les valeurs d'acteurs clés tels que les responsables publics et les gouvernements nationaux, les travailleurs et les syndicats, les employeurs et les entreprises, les experts et les organismes⁵⁵. En matière de santé au travail, les interventions sont régies par deux objectifs principaux : la santé des travailleurs et la rationalité économique. Ces deux objectifs sont essentiels, mais les acteurs sociaux leur donnent des priorités différentes. Pour les travailleurs, les syndicats et certains experts et professionnels de la santé au travail, la santé est prioritaire. Pour d'autres intervenants, par contre, elle doit s'effacer devant les impératifs économiques. Ce conflit d'intérêts modèle les politiques de la santé au travail. Ainsi, tant que les risques pour la santé des travailleurs n'entraînent pas de coûts trop élevés, les entreprises ne sont aucunement encouragées à privilégier la protection de la santé des travailleurs. Par conséquent, si l'on veut comprendre la politique de la santé au travail, il est indispensable d'admettre l'existence d'un conflit (politique et idéologique) sous-jacent en cette matière.

Aujourd'hui, dans de nombreuses sphères de la santé au travail, la tendance générale est de traiter les politiques y afférentes essentiellement sous l'angle financier. Les principaux sujets de préoccupation concernent, parfois implicitement, les coûts et les profits économiques, et l'approche qui prime, dans cette évaluation économique, est l'analyse du rapport coûts/bénéfices⁵⁶. A l'inverse de cette optique, nous pensons que la santé devrait

figurer en tête des priorités de la politique de la santé au travail, et que les principaux outils devraient consister en des analyses de l'efficacité et de l'utilité des coûts, dont les résultats seraient mesurés et exprimés en termes de santé⁵⁷. Les arguments principaux sont les suivants :

- les travailleurs ont le droit légitime de travailler dans un environnement sûr et sain;
- la plupart des risques pour la santé au travail peuvent être évités grâce à la prévention; et
- des travailleurs en bonne santé, productifs et motivés sont une composante essentielle du développement socio-économique⁵⁸.

Le peu d'importance accordé à la santé est d'autant plus étonnant que la plupart des risques pour la santé au travail peuvent être prévenus, et que de mauvaises conditions de santé et une réduction des capacités productives des travailleurs peuvent engendrer d'énormes pertes économiques. Même la Banque mondiale, institution que l'on ne peut pourtant accuser de favoriser les travailleurs, a estimé que grâce à des programmes sur la santé et la sécurité au travail, il aurait été possible d'éviter jusqu'à deux tiers des pertes d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI-DALY : *disability adjusted life-years*) d'origine professionnelle⁵⁹.

Les questions de pouvoir (qui influence qui ?)

Les articles, les rapports techniques et les publications spécialisées en santé au travail n'accordent que peu d'attention aux questions politiques qui influent sur l'élaboration de la politique de la santé. Dès le départ, le processus est orchestré par des forces politiques et économiques. La redistribution du pouvoir politique et économique de ces forces aura une profonde influence sur l'environnement du travail et la santé⁵⁵.

Le processus de négociation et de conciliation d'intérêts divers reflète les différences de valeurs et de niveaux de pouvoir des acteurs clés du processus décisionnel. A son tour, le pouvoir détermine des points essentiels tels que les réglementations qui doivent être approuvées, les conditions de travail, les personnes qui seront exposées à des risques, les risques considérés comme acceptables, les choix à opérer et ceux qui devront attendre. Les gouvernements occupent une place centrale dans l'élaboration des réglementations de la politique de la santé au travail. Cependant, trop souvent, les législations mises en œuvre par

les gouvernements sont considérées comme le but final de la prévention, au lieu de ne constituer qu'une première étape importante vers l'obtention d'un résultat essentiel : améliorer le plus possible la santé de tous les travailleurs.

La force du mouvement syndical a permis de résoudre une multitude de questions ayant une influence directe sur la santé des travailleurs, y compris le type d'informations disponibles au sujet des risques sur les lieux de travail. Les mouvements sociaux ont indéniablement exercé une grande influence dans l'histoire de la santé au travail⁶⁰. Toutefois, le syndicalisme s'est trop souvent focalisé sur des métiers masculins et des emplois permanents à plein temps, en laissant de côté les femmes et les nouveaux types d'emplois flexibles, moins susceptibles d'être syndicalisés, comme c'est le cas en Espagne.

Les considérations économiques liées à la pression à la productivité influencent fortement la perception qu'ont les chefs d'entreprises des maladies contractées par leur personnel sur les lieux de travail. En réalité, il arrive fréquemment que les intérêts de la santé au travail soient détournés par des groupes de pression ou des lobbies économiques bien organisés. Le cas de l'amiante en est un exemple bien connu. Au cours des 35 prochaines années, les cancers dus à l'amiante devraient provoquer 500.000 décès en Europe occidentale et des millions d'autres dans le reste du monde⁶¹. Bien que l'amiante soit l'un des agents cancérigènes environnementaux les plus dangereux⁶², une interdiction immédiate en Europe et dans le monde entier de toute production et utilisation de l'amiante se fait toujours attendre⁶³. L'utilisation des amphiboles a été interdite dans la plupart des pays européens; mais, alors qu'il existe des substituts techniquement adaptés, l'amiante chrysotile est toujours utilisée dans un certain nombre de produits largement répandus⁶⁴.

Des enjeux politiques urgents face à de vastes besoins en santé au travail

Bien que l'élaboration d'une nouvelle politique de prévention pour la santé au travail soit indispensable, cette question n'occupe toujours pas une place centrale dans l'agenda de la politique européenne. Comme nous l'avons expliqué plus haut, les interventions traditionnelles en santé au

travail, conçues pour être mises œuvre dans le cadre d'emplois permanents dans des entreprises de grande ou de moyenne dimension, pour des employés masculins et qui concernent des risques connus de longue date, seront probablement insuffisantes pour répondre aux situations nouvelles issues d'un nouvel environnement de travail. Suivant notre analyse, les principaux enjeux de notre discipline consistent à faire passer la santé publique avant les considérations économiques, à améliorer notre connaissance des besoins actuels en santé au travail, à mettre en œuvre des actions plus efficaces, à accroître la participation des travailleurs dans ces actions, à les renforcer et à les évaluer correctement.

Priorité à la santé

Les politiques de la santé au travail ne doivent pas être guidées par des considérations d'ordre purement économique. La santé est un droit et la prévention doit être appliquée pour éviter les maladies.

Mise en œuvre d'actions fondées sur les connaissances acquises

De nombreuses maladies professionnelles classiques pourraient être évitées si les connaissances actuelles étaient appliquées. Dans ces cas-là, il faut agir plutôt qu'acquérir d'autres connaissances. Une part substantielle de la recherche relative à la santé au travail, notamment sur les facteurs de risques, est inutilisée et presque jamais mise en œuvre. Aujourd'hui, de nombreuses maladies et blessures professionnelles pourraient être évitées s'il ne fallait pas attendre des décennies voire des siècles après l'établissement de preuves scientifiques sur les facteurs de risques pour que des actions préventives soient entreprises. Quand on dispose d'informations suffisantes, il est socialement inacceptable de ne pas agir pour diminuer les risques sur les lieux de travail¹. Si nous pouvions faire usage des connaissances acquises, avec toutes les restrictions qu'elles apportent, les effets sur la santé des travailleurs européens seraient considérables.

Développer et améliorer les informations sur la santé au travail et les systèmes de données

La production de connaissances n'est pas neutre. Elle émane d'un processus social défini par les valeurs sociales et les intérêts des chercheurs, des couches sociales et de l'ensemble de la société. Aujourd'hui, il est indispensable de développer

et d'améliorer, à l'échelon international, national et à celui des entreprises, les systèmes d'information sur la santé. Des efforts devront être déployés afin d'améliorer les méthodes d'évaluation des risques et d'élaborer des synthèses fiables, portant sur des parcours professionnels individuels et sur des expositions professionnelles collectées dans plusieurs sources primaires, dans différentes entreprises ou divers emplois⁶⁵.

Améliorer la recherche sur les risques professionnels peu connus et sur les nouveaux facteurs de risque

La recherche se construit socialement, elle n'est pas une entité statique et objective. L'amélioration de la recherche est essentielle à une meilleure politique de la santé. Tenter d'acquérir une plus grande connaissance peut impliquer les enjeux suivant :

- Analyser les interactions entre les agents physiques, chimiques et biologiques des risques professionnels classiques, ainsi que les combinaisons complexes entre les nouveaux facteurs de risques ergonomiques, psychologiques et psychosociaux de l'environnement du travail.
- Etudier un certain nombre de problèmes professionnels "invisibles". Par exemple, l'essentiel de la recherche scientifique et des normes politiques a porté sur les emplois masculins⁶⁶. L'absence de recherches sur les effets sur la santé des conditions de travail des femmes complique toute estimation de l'ensemble des conséquences et de l'étendue de l'exposition aux risques sur les lieux de travail⁶⁷.
- Améliorer et affiner les études épidémiologiques sur l'évaluation des causes et des conséquences des interventions⁶⁵. En matière de recherche, d'autres approches doivent remplir un rôle important afin de dénoncer les facteurs de risques et démontrer l'efficacité des mesures prises pour éliminer certains risques.
- La mondialisation engendre un déplacement géographique des travailleurs vers des environnements culturellement et socialement nouveaux, où les expositions sont nombreuses et souvent inconnues. La mondialisation et la flexibilisation du travail constituent des macro-tendances ayant une grande influence sur la santé des populations⁶⁵. Il est indispensable de les étudier.

Niveler les principales inégalités sur le lieu de travail

Les conditions de travail contribuent pour une

grande part aux inégalités face à la santé. L'identification des métiers et des catégories professionnelles à risques revêt une grande importance pour la prévention et les contrôles, ainsi que pour établir les priorités. On constate aujourd'hui d'importantes inégalités entre les systèmes de prévention existants et de nombreux problèmes liés à la transposition des dispositions européennes dans les législations nationales sur la sécurité au travail. Il conviendrait d'adapter les connaissances, les priorités et les interventions à chaque type de travailleur, de lieu de travail et d'entreprise²⁹. A cet égard, les problèmes spécifiques des femmes, des travailleurs sous contrat précaire et des immigrés, ainsi que les difficultés spécifiques aux petites entreprises méritent une attention particulière.

Accroître la participation des travailleurs

La participation des travailleurs à plusieurs niveaux dans le processus de la politique de la santé est nécessaire. Les succès atteints jusqu'à présent en matière de recherche sur la santé au travail montrent que cette participation devrait être étendue à d'autres domaines (politique, prévention, interventions, services de soins de santé) et à d'autres niveaux (européen, national, entreprise). Comme Sen l'a récemment affirmé, la démocratie (et la démocratie sur le lieu de travail) est une composante essentielle du développement, y compris dans le domaine de la santé⁵⁸. Deux décennies de recherches sur le contrôle et la santé des travailleurs nous permettent de tirer la conclusion suivante. Les travailleurs pourraient être davantage impliqués dans toutes les phases de la recherche les concernant : établissement des priorités, formulation d'hypothèses, conception d'études, collectes de données, interprétation des résultats et recommandations pour l'établissement de mesures de contrôle dans le cadre de programmes gérés conjointement par les employeurs et les travailleurs.

Pour une meilleure intégration et une plus grande qualité des services de santé au travail

Les services de santé au travail, composés de médecins, d'ergonomistes, d'ingénieurs en sécurité et d'hygiénistes, devraient mener des tâches pluridisciplinaires, allant de l'évaluation des risques à la surveillance médicale, afin de protéger la santé des salariés et de préserver leurs capacités de travail⁶⁸. Une mise en œuvre de systèmes de gestion de la qualité dans les services de santé

au travail est indispensable. Les pouvoirs publics doivent imposer des critères obligatoires pour établir un système de certification. L'autorégulation ne devrait s'appliquer qu'aux seules mesures qui vont au-delà des exigences légales. Les normes de gestion de la qualité ne devraient être considérées que comme des outils destinés à faciliter la mise en conformité avec les exigences légales et les politiques⁶⁹. Actuellement, si l'on excepte les médecins du travail⁷⁰, des professions telles que les hygiénistes, les ergonomes ou les ingénieurs en sécurité ne sont pas encore véritablement reconnues à l'échelon européen.

Des interventions systémiques allant au-delà de la législation, par la mise en œuvre et la mise en conformité d'actions préventives

Les législations sur la santé au travail sont souvent considérées comme le but ultime de la prévention, alors qu'elles ne constituent qu'une première étape importante vers l'amélioration de la santé. La législation actuelle autorise une plus grande flexibilité dans la manière d'utiliser les travailleurs. De plus en plus souvent, nous observons que certaines situations, non admises auparavant, ont été légalisées. La précarisation croissante du travail rend les lois du travail moins utiles dans la protection d'un nombre toujours plus grand de travailleurs, et les travailleurs précaires subissent une pression croissante pour reprendre le contrôle de la politique de la santé sur leurs lieux de travail. Contrairement à la plupart des maladies, les maladies professionnelles peuvent presque toujours être évitées. Même les postes les plus dangereux peuvent être aménagés de façon à minimiser les risques de décès chez tout travailleur. En dernier ressort, il est de la responsabilité du gouvernement, du mouvement syndical et des organisations politiques en charge du travail de mettre au point une politique bien définie de la santé au travail au niveau national. Pour cela, il faut mettre en œuvre des actions à tous les niveaux, imposer des mécanismes de coordination, de contrôle et d'évaluation de l'avancement de l'application des lois et s'assurer du respect des normes en santé et sécurité au travail.

Conclusions

La politique de la santé au travail dans l'UE est arrivée à un tournant critique. Bien que les décès, les maladies et les blessures dus à des conditions de travail dangereuses représentent encore

aujourd'hui un problème majeur, de nombreuses questions cruciales relatives à la santé au travail ne figurent toujours pas comme priorités dans l'agenda des pouvoirs publics. Ni les autorités nationales, ni l'Union européenne n'offrent suffisamment de connaissances ou d'actions pour garantir la protection de tous les travailleurs d'Europe. Même si l'on nous a enseigné à envisager le progrès en termes linéaires, il n'est pas certain que l'évolution de la santé au travail suivra nécessairement cette voie⁶⁰. Si les besoins du nouvel environnement du travail sortent des normes, les actions devront, elles aussi, sortir de l'ordinaire.

Les événements politiques de ces dernières années ont mis en lumière la position précaire de la santé au travail sur la scène politique. Malgré le grand nombre de professionnels prestataires de services et les coûts élevés qui y sont associés, le rôle institutionnel de la santé au travail demeure faible. Il est plus facile de mener une enquête dans un restaurant, et d'imposer sa fermeture après un cas d'intoxication alimentaire, que d'enquêter dans une usine et d'ordonner sa fermeture au cas où une maladie professionnelle s'y serait déclarée⁶⁰. Ces enjeux urgents se heurteront inévitablement au problème du 'pouvoir' au travail. La démocratie au travail devrait être promue non seulement parce qu'elle est juste et équitable, mais aussi parce qu'elle est un moyen de réduire le nombre de maladies, tout en favorisant un épanouissement des capacités émotionnelles, intellectuelles et sociales des travailleurs^{58,71}. Il reste à mettre en œuvre un nouvel agenda de la santé au travail. L'avenir est plein de promesses, même si la tâche à accomplir reste considérable.

Joan Benach, C. Muntaner, F. G. Benavides, M. Amable et P. Jódar

Références

- 1 Hernberg S. Towards a new millenium. *Scan J Work Environ Health* 1999;25:465-9.
- 2 Rantanen J. Challenges for Occupational Health from work in the Information Society. *Am J Industrial Medicine* 1999;1:1-6.
- 3 Herzenberg SA, Alic, JA, Wial, H. *New rules for a new economy. Employment and Opportunity in Postindustrial America*. Ithaca, NY, Cornell Univ Press, 1998.
- 4 Meyer IH, Schwartz S. Social issues as public health: promise and peril. *Am J Public Health*. 2000;90:1189-91.
- 5 Rosner D. When does a worker's death become murder? *Am J Public Health*. 2000; 90:535-40.
- 6 Organisation mondiale de la santé. *Global Strategy on Occupational Health for All. The Way to Health at Work*. Genève, 1995.
- 7 Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health* 1996;17:449-465.
- 8 Eurostat. Collection: Key Indicators. Theme: Population and Social Conditions. Disponible sur: <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-catalogue/> Accessed August 30, 2000.
- 9 Kuhn S, Wooding J. The Changing Structure of Work in the United States. The Impact on Income and Benefits. In: Levenstein C and Wooding J, eds. *Work, health and Environment. Old Problems, New Solutions*. New York: The Guilford Press, 1997:19-40.
- 10 De Grip A, Hoevenberg J, Willems E. Atypical employment in the European Union. *International Labour Review* 1997;136:49-71.
- 11 Letourneux V. Precarious Employment and Working Conditions in the European Union. Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1998.
- 12 Hurrell JJ. Jr. Are you certain?- uncertainty, health, and safety in contemporary work. *Am J Public Health*. 1998; 88:1012-3.
- 13 Benach J, Benavides FG, Platt S, Diez-Roux AV, Muntaner C. The Health-Damaging potential of New types of Flexible Employment: A Challenge for Public Health Researchers. *Am J Public Health* 2000;90:1316-7.
- 14 Burchell B. The social and psychological costs of labour market flexibility. Paper presented in the XVIIth International Working Party on Labour Market Segmentation, Sienna, July 1995.
- 15 Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*. 1998;88:68-74.
- 16 Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health*. 1998;88:1030-6.
- 17 Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Davey Smith G. The health effects of major organisational change and job insecurity. *Soc Sci Med*. 1998;46:243-54.
- 18 Ferrie JE. Health consequences of job insecurity. *WHO Reg Publ Eur Ser*. 1999;81:59-99.
- 19 Benavides FG, Benach J. *Precarious employment and health-related outcomes in the European Union*. Dublin: Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1999.
- 20 Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, Román C. How do types of employment relate to health indicators? Findings

- from the Second European Survey on Working Conditions. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 494-501.
- ²¹ Weeks, JL, Levy D and Wagner, G 1991 Preventing occupational disease and injury APHA, Washington, DC.
- ²² Boffetta P, Kogevinas M. Introduction: Epidemiologic research and prevention of occupational cancer in Europe. *Environ Health Perspect* 1999;107 Suppl 2:229-31.
- ²³ Muntaner C, Eaton WW, Garrison R. Dimensions of the psychosocial work environment in a sample of the US metropolitan population. *Work and Stress*, 1993;7:351-363.
- ²⁴ Muntaner C, Schoenbach C. Psychosocial dimensions of work in US metropolitan areas: a test of the Demand/Control and demand/Control/Support models. *International Journal of Health Services* 1994;24:337-353.
- ²⁵ Härmä MI, Ilmarinen JE. Towards the 24-hour society – new approaches for aging shift workers? *Scan J Work Environ Health* 1999;25:610-15.
- ²⁶ Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. *Working Conditions in the European Union*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1998.
- ²⁷ Dhont S, Houtman I. Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. *Indicators of Working Conditions in the European Union*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1997.
- ²⁸ Marmot M, Feeney A. Work and health: implications for individuals and society. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and Social Organization*. Londres: Routledge, 1996:235-254.
- ²⁹ Griffiths A. Organizational interventions. Facing the limits of the natural science paradigm. *Scan J Work Environ Health*, 1999;25:589-96.
- ³⁰ Muntaner C, Eaton WW. Psychosocial and Organizational Factors. Health Effects: Mental Illness. In: Stellman J, Ed. *ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Genève: Bureau international du travail. Volume II, part V, 1998:34.62-34.64.
- ³¹ Marmot M, Siegrist J, Theorell T, Feeney A. Health and the psychosocial environment at work. In: Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press, 1999:105-131.
- ³² Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and Social Organization*. Londres: Routledge, 1996.
- ³³ Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press, 1999.
- ³⁴ Moncada S. Working conditions and social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:390-1.
- ³⁵ Lynch J, Kaplan GA. Socioeconomic position. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
- ³⁶ Fox J, ed. *Health Inequalities in European Countries*, Gower: Aldershot, 1989.
- ³⁷ Vahtera J, Viirtanen P, Kivimäki M, Pentti J. Workplace as an origin of health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:399-407.
- ³⁸ Schrijvers CT, van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *Int J Epidemiol* 1998;27:1011-8.
- ³⁹ Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet* 1991;338:1059-63.
- ⁴⁰ Organisation mondiale de la santé. *Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies*. Bilthoven: WHO European Centre for Environment and Health, 2000.
- ⁴¹ Spasoff RA. *Epidemiologic methods for Health Policy*. New York: Oxford University Press, 1999.
- ⁴² Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. *European Working Environment in Figures*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1996.
- ⁴³ Piotet F. Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. *Policies on Health and Safety in Thirteen Countries of the European Union. Volume II. The European Situation*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1996.
- ⁴⁴ Karjalainen A. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) in Occupational health. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1999.
- ⁴⁵ Sixteenth International Conference of Labour Statisticians. Resolution concerning statistics of occupational injuries resulting from occupational accidents. Bureau international du travail, Genève, 1998.
- ⁴⁶ Gründemann RWM, van Vuuren CV. *Preventing absenteeism at the workplace*. Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1997.
- ⁴⁷ Carter T. The application of the methods of evidence-based practice to occupational health. *Occup Med (Lond)* 2000;50:231-6.
- ⁴⁸ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Future Occupational Safety and Health Research Needs and Priorities in the Member States of the European Union. Disponible sur: <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/resprior/>. Accessed August 30, 2000.
- ⁴⁹ Rosenstock L, Olenc C, Wagner GR. The national occupational research agenda: a model of broad stakeholder input into priority setting. *Am J Public Health* 1998;88: 353-356.
- ⁵⁰ Walt G. *Health Policy. An introduction to Process and Power*. Londres: Zed books, 1998.
- ⁵¹ Walters DR. Preventive Services in Occupational Health and Safety in Europe: Developments and trends in the 1990s. *Int J Health Services* 1997;27:247-71.

- ⁵² Vogel L. *Prevention at the Workplace*. Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, Bruxelles, 1998.
- ⁵³ Berlinguer G, Falzi G. Ethical problems in the relationship between health and work. *Int J Health Services* 1996;26:147-171.
- ⁵⁴ Levy BS., Wegman DH. Occupational health. Recognizing and Preventing Work-related Disease. Boston: Little, Brown and Company.
- ⁵⁵ Levenstein C and Wooding J, eds. *Work, health and Environment. Old Problems, New Solutions*. New York: The Guilford Press, 1997.
- ⁵⁶ Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail. *The Costs and Benefits of Occupational Safety and Health*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1998.
- ⁵⁷ Patrick DL, Erickson P. *Health Status and Health Policy*. New York: Oxford University Press, 1993.
- ⁵⁸ Sen A. *Development as freedom*. Alfre A. Knopf, Inc. 1999.
- ⁵⁹ Murray CJL, López AD. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press, 1996.
- ⁶⁰ Cullen MR. Personal reflections on occupational health in the Twentieth Century: Spiraling to the Future. *Annu Rev Public Health* 1999;20:1-13.
- ⁶¹ Peto J, Decarli A, LA Vecchia C, Levi F, Negrio E. The European mesothelioma epidemic. *Br J Cancer* 1999;79: 566-672.
- ⁶² Orenstein MR, Schenker MB Environmental asbestos exposure and mesothelioma. *Curr Opin Pulm Med* 2000; 6:371-7.
- ⁶³ Anonymous. Call for an international ban on asbestos. *Scan J Work Environ Health* 1999;25:633-5.
- ⁶⁴ Harrison PT, Levy LS, Patrick G, Pigott GH, Smith LL. Comparative hazards of chrysotile asbestos and its substitutes: A European perspective. *Environ Health Perspect* 1999;107:607-11.
- ⁶⁵ Rantanen J. Research challenges arising from changes in worklife. *Scan J Work Environ Health* 1999;25:473-83.
- ⁶⁶ Messing K, Neis B, Dumais L. Introduction. In: Messing K, Neis B, Dumais L, eds. *Invisible. Issues in Women's Occupational Health*. Charlottetown: CINBIOSE, 1995.
- ⁶⁷ Klitzman S, Silverstein B, Punnett L, Mock A. A Women's Occupational Health Agenda for the 1990s. In: Levenstein C and Wooding J, eds. *Work, health and Environment. Old Problems, New Solutions*. New York: The Guilford Press, 1997:426-445.
- ⁶⁸ Convention 161. Convention sur les services de santé au travail. Genève: Bureau international du travail, 1985.
- ⁶⁹ Westerholm P, Baranski B (eds). *Guidelines on quality management in multidisciplinary occupational health services*. Bilthoven: WHO European Centre for Environment and Health, 1999.
- ⁷⁰ MacDonald E, Baranski B, Wilford J. Occupational medicine in Europe: scope and competencies. Bilthoven: WHO European Centre for Environment and Health, 2000
- ⁷¹ Landisbergis PA, Schurman SJ, Israel BA, et al. Job Stress and Heart Disease. Evidence and Strategies for Prevention. In: Levenstein C and Wooding J, eds. *Work, health and Environment. Old Problems, New Solutions*. New York: The Guilford Press, 1997:171-197.



Vers de nouvelles stratégies de prévention

Autre exposé disponible sur notre site web : www.etuc.org/tutb/fr/conference200062.html

■ **Vieillesse et capacité de travail durable**

Juhani Ilmarinen, Institut finlandais pour la Santé au Travail, Helsinki, Finlande