

Suède : aurait-on jeté le bébé avec l'eau du bain ?

Pendant des années, les services de prévention multidisciplinaires suédois ont été considérés comme un modèle pour les autres pays. Disposant d'un financement public substantiel et organisés dans le cadre d'une convention collective nationale entre les organisations syndicales et les organisations patronales, ces services avaient développé des compétences d'expertise et des capacités d'intervention pratique peu communes. Le financement public permettait, par ailleurs, de mieux intégrer le fonctionnement de ces services dans la politique nationale de prévention. En effet, il impliquait le respect de critères déterminés par les autorités publiques sur la base de consultations tripartites.

Dès les années 80, un certain nombre de doutes étaient apparus. Les chercheurs suédois avaient mis en lumière que le développement des services de prévention pouvait avoir des effets pervers. Les employeurs sous-estimaient leur responsabilité centrale en considérant qu'il appartenait aux services d'intervenir et de résoudre les problèmes. Progressivement, la prévention devenait une activité latérale (les Suédois parlaient du *side-car effect*) au lieu d'être intégrée en amont comme une exigence de base de tout choix concernant l'organisation du travail. D'autre part, la place accordée aux experts pouvait déposséder les travailleurs et leurs organisations, et dévaloriser leur expérience et leurs priorités politiques. L'ensemble de ces questions s'inscrivaient dans le contexte plus vaste des transformations du travail et l'émergence d'un certain nombre de risques moins bien maîtrisés par les experts que les risques traditionnels liés aux équipements de travail ou aux substances chimiques.

A partir de la fin des années 80, un changement de cap a pu être observé¹. Les autorités publiques ont voulu souligner les responsabilités des employeurs et ont exigé que des systèmes de gestion soient mis en place de manière à mieux couvrir les problèmes de santé au travail. Cette transformation s'est produite dans un contexte politique et social défavorable aux travailleurs. Il s'est produit simultanément une sorte de réforme et de contre-réforme : les employeurs ont saisi l'occasion pour reprendre l'initiative et remettre en question des conquêtes réelles du mouvement ouvrier sous prétexte d'améliorer les performances du système de prévention. En 1992, la confédération patronale suédoise a dénoncé de manière unilatérale les accords passés avec les organisations syndicales : cela concernait également l'adhésion obligatoire des entreprises de nombreux secteurs à un service de prévention. A partir du 1^{er} janvier 1993, l'Etat a cessé

de financer l'activité des services de prévention. En quelques années, ces derniers se sont trouvés confrontés à un double problème. Ils devaient continuer à fonctionner sans cadre réglementaire précis et leur financement était désormais complètement tributaire du marché, c'est-à-dire de la demande directe des employeurs. Ces derniers étaient libres de changer de service à leur guise ou de se passer complètement d'un service de prévention.

En quelques années, les services de prévention ont connu une réduction significative de leur personnel qui est passé d'environ 10.000 personnes à 7.000². La couverture assurée a également diminué. Mais c'est surtout le sens même de l'activité des services qui a été profondément remis en cause. La rentabilité des services est devenue une préoccupation majeure. De nombreux services ont modifié leurs méthodes de tarification. Au lieu d'une tarification forfaitaire par travailleur, les services proposent désormais un "paquet de base" de prestations complété par d'autres prestations modulables. Cela répond à la demande des entreprises qui tendent à contracter des services à court terme et sont réticentes à s'engager dans une relation prolongée avec un service de prévention. Comme l'indiquent B. Remaeus et P. Westerholm, "les services de santé au travail sont devenus des agents libres sur un marché dérégulé de la santé".

Parallèlement, les autres structures portantes du système de prévention ont été affaiblies³. Entre 1989 et 1999, les effectifs de l'autorité chargée de la santé au travail (qui inclut les services de l'inspection du travail) ont diminué de 20 %. Le nombre d'inspection sur les lieux de travail a été réduit de 30 %. Ce dernier chiffre doit cependant être replacé dans le contexte d'un changement dans les modalités de l'inspection. Celle-ci accorde une importance majeure à l'inspection systémique sur la manière dont les entreprises gèrent les questions de santé au travail. Ces dernières inspections sont passées de 1.000 en 1993 à 6.000 en 2.000. Les variations concernant la représentation des travailleurs sont moins bien connues. Le nombre de représentants pour la sécurité qui ont été enregistrés a diminué de 100.000 en 1997 à 80.000 en 1999.

Inquiet du développement de l'absentéisme⁴, le gouvernement suédois envisage de relancer les services de prévention. Reste à savoir si cette relance se fera plus dans le sens d'une réactivation de ceux-ci en vue de promouvoir la prévention collective ou vers des interventions individuelles destinées à maintenir à tout prix les travailleurs au travail pour équilibrer les

¹ Pour un exposé d'ensemble, voir K. Frick, Sweden : Occupational Health and Safety Management Strategies from 1970-2001, in D. Walters (ed.), *Regulating Health and Safety Management in European Union. A Study of the Dynamics of Change*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, 2002, pp. 211-234.

² Les données de ce paragraphe proviennent de B. Remaeus, P. Westerholm, Official Supervision and the Occupational Health Service, in S. Marklund (ed.), *Worklife and Health in Sweden 2000*, Stockholm, 2001, pp. 51-70.

³ Voir K. Frick (2002), *Ibidem*.

⁴ Le nombre de personnes ne pouvant pas travailler pour des motifs de santé était estimé à 14 % de la population active en 2001.

comptes de la sécurité sociale. La communication gouvernementale sur un programme concernant les conditions de santé au travail, présentée le 20 septembre 2001 au Parlement, adopte comme point de départ le souci de réduire les coûts des absences pour maladie⁵. Un ensemble de onze mesures est proposé. Suivant les termes de la communication, "l'accent est mis sur les individus". Le rôle des services de prévention est abordé de façon très prudente : il est question de développer de nouvelles méthodes pour les services de prévention. Mais l'accent semble mis sur la recherche plus que sur les insuffisances du cadre réglementaire.

Les mesures gouvernementales ont fini par être adoptées en janvier 2003. Elles semblent surtout

s'attaquer aux effets de mauvaises conditions de travail. Un nouveau cadre réglementaire des absences pour maladie va être mis en place de façon à ce que la règle générale devienne des "absences à temps partiel" (c'est-à-dire que la personne malade continuera à travailler dans toute la mesure permise par ses capacités réduites). Des incitants financiers, tant positifs que négatifs, vont être développés pour faire reposer une part majeure des coûts de l'absentéisme sur les employeurs. Une question se pose, "que va-t-il se passer avec les travailleurs légèrement malades ou handicapés à la recherche d'un emploi ? Avec une pression plus forte sur les employeurs sous la forme d'une plus grande responsabilité pour les indemnités de maladie, y a-t-il un risque que de tels travailleurs ne soient pas recrutés ?"⁶ ■

⁵ Regeringskanliet, *Budget Bill 2002*, Fact sheet on the Swedish Government's Budget Bill for 2002, presented to the Parliament on 20 September, 2001.

⁶ A. Berg, Government proposes sick pay reform, *EIRO on line*, janvier 2003.

Pays-Bas : les trois anneaux du marché de la prévention et de son contrôle

¹ Les données sont extraites de : Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Arbobalans 2002. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, La Haye, 2002.

Les services de prévention aux Pays-Bas (appelés *Arbodiensten*) sont principalement des services externes. Ils ont connu une croissance très rapide et couvrent aujourd'hui la presque totalité des travailleurs (98 % en 2001, d'après les données du ministère du Travail). Le nombre de spécialistes travaillant dans ces services a également augmenté rapidement comme le montre le tableau ci-dessous.

	1994	1997	2000
Nb total de travailleurs (équivalents temps plein)	5.421	7.291	9.424
Médecins (du travail et généralistes)	1.486	1.846	2.244
Autres spécialités de base*	369	695	832
Conseillers pour les conditions de travail**	-	251	359
Personnel paramédical et de soins d'urgence	1.286	1.291	1.650
Rapporteurs concernant l'absentéisme	-	515	527
Personnel administratif	1.169	1.785	2.796

Source : ministère néerlandais du Travail, 2002¹

* Les autres spécialités de base prévues par la législation sont la sécurité, l'hygiène industrielle et l'organisation du travail.

** Les conseillers pour les conditions de travail regroupent différents experts tels que des ergonomes, des spécialistes du travail, des travailleurs sociaux d'entreprise.

Dans l'ensemble, environ la moitié du personnel (47 %) appartient à des professions médicales ou paramédicales. 15 % sont des spécialistes divers qui jouent le rôle de conseillers dans le domaine des conditions de travail. Le personnel administratif et général représente environ 38 % des effectifs. Le nombre de spécialistes de santé au travail occupés par des services de prévention par 100.000 travailleurs est de 93 (données de 2000). La dépense moyenne par travailleur consacrée aux services de prévention est également en hausse. Elle est passée de 92 euros en 1995 à 127 euros en 2001.

La situation pourrait sembler excellente. Pourtant, un malaise grandit tant parmi les professionnels de la prévention que parmi les travailleurs. Le doute est le suivant : ces services sont-ils vraiment des services de prévention qui s'efforcent d'améliorer les conditions de travail pour défendre la santé et le bien-être des travailleurs ? Le contexte néerlandais est marqué depuis une quinzaine d'années par un débat sur la très grande quantité de travailleurs absents des entreprises en raison d'une incapacité de travail ou ayant quitté le marché du travail parce