

## Santé au travail en Espagne : enjeux, initiatives et priorités



### Joan Benach

Département des Sciences expérimentales et de la Santé, Unité de recherche sur la santé au travail, Université Pompeu Fabra, Barcelone, Espagne

### Marcelo Amable

Département des Sciences expérimentales et de la Santé, Unité de recherche sur la santé au travail, Université Pompeu Fabra, Barcelone, Espagne

Département de Santé au travail, ministère de la Santé publique, Argentine

### María Menéndez

Département de Santé au travail, Commissions des travailleurs de Catalogne (CONC), Espagne

### Carles Muntaner

Département Santé communautaire et comportementale et Département d'Epidémiologie et de Médecine préventive, Université de Maryland-Baltimore, Etats-Unis

### Introduction

La fin du régime fasciste de Franco en 1977, après quarante années de dictature, a marqué le coup d'envoi d'une transition politique qui s'est concrétisée par une constitution démocratique en 1978. L'Espagne a connu une forte décentralisation politique ces vingt dernières années, qui a vu la création de 17 régions disposant d'une importante autonomie législative et politique,

notamment en matière de santé, ce qui signifie que les politiques publiques peuvent varier selon les régions. Dans les années 80, l'économie espagnole s'est intégrée davantage à l'économie européenne et internationale. Des politiques sociales stables ont accru les dépenses sociales, établi un accès universel à l'enseignement et à la santé, et augmenté

les allocations de sécurité sociale et de chômage (1). Malgré ces évolutions notables, les indicateurs socio-économiques de l'Espagne se classent toujours derrière ceux d'États plus industrialisés de l'Europe des 15. Depuis 1996, le pays connaît une modeste reprise économique, un gel des salaires de la fonction publique a été décrété et le gouvernement a satisfait aux critères de Maastricht de réduction de l'inflation et de l'endettement en procédant à des coupes claires dans les dépenses sociales (2).

Parmi les grandes tendances des profonds bouleversements qui ont transfiguré le marché de l'emploi ces vingt dernières années, citons l'éclosion du secteur des services, le repli relatif du secteur industriel (500.000 emplois perdus entre 1977 et 1992) et une contraction progressive de l'agriculture. Autres caractéristiques marquantes : l'augmentation du nombre de femmes actives, la hausse du chômage et la détérioration progressive de la qualité d'emploi. Malgré l'augmentation considérable de la main-d'œuvre féminine, l'on constate toujours un fossé marqué entre hommes et femmes, ainsi qu'une ségrégation flagrante au niveau des fonctions administratives et d'encadrement, toujours majoritairement masculines. La répartition du temps est également encore régi sur base d'une division traditionnelle des sexes. Les données dont l'on dispose ne laissent aucun doute sur l'inégalité des genres: 85% des femmes, contre seulement 25% des hommes, s'occupent des tâches ménagères. Les femmes consacrent en moyenne 4 heures 12 minutes de plus par jour au ménage, tandis que

les hommes passent une heure 36 minutes de plus sur leur lieu de travail, et 42 minutes de plus en loisirs (3).

Le chômage était l'un des plus grands problèmes sociaux de l'Espagne dans les années 80 et 90 (21,5% en 1985 et 22,7% en 1995, soit environ deux fois plus que la moyenne européenne). Il a considérablement diminué ces dernières années, mais demeure un véritable fléau (11,1% en 2003), qui touche particulièrement les femmes (15,8% en 2003) et les jeunes (19% d'hommes et 26,7% de femmes de moins de 25 ans en 2003).

Ces dernières décennies ont surtout été marquées par la généralisation de nouvelles formes d'organisation du travail et du travail flexible, avec l'émergence d'emplois atypiques, du travail précaire et du sous-emploi sous diverses formes, notamment l'emploi à temps partiel involontaire et l'emploi instable (4). En outre, l'économie parallèle représente environ 21% du Produit intérieur brut (PIB) (5) et une grande partie de la population active travaille dans des conditions précaires. L'Espagne enregistre le taux de travail temporaire le plus élevé de l'Europe des 15 (31,3% contre une moyenne de 13,4% en 2002). En 2001, 91% des 14 millions de nouveaux contrats étaient des contrats temporaires, d'une durée de moins de six mois pour plus de deux tiers d'entre eux (6). Le travail intérimaire – deux à trois fois supérieur à la moyenne de l'Europe des 15 – se répartit très inégalement selon la profession, le sexe et l'âge (7).

Ce document passe en revue les politiques de santé au travail mises en œuvre en Espagne et leur capacité à relever les nouveaux défis. Nous identifierons avant toute chose les principaux problèmes de santé au travail, qu'il s'agisse des maladies et lésions professionnelles "traditionnelles" ou des risques émergents tels que la précarité et les inégalités au travail. Nous nous pencherons également sur quelques victoires politiques obtenues en matière de santé au travail, en insistant toutefois sur les grands défis qui restent à relever. Nous traiterons des principaux changements législatifs, de l'apport de la recherche, ainsi que des mesures et initiatives prises par les intervenants clés de ce processus, à savoir les syndicats, les employeurs et le gouvernement. Enfin, nous identifierons les priorités politiques essentielles susceptibles de contribuer à résoudre les problèmes et à améliorer le niveau de santé au travail en Espagne.

## Les enjeux

### Conditions de travail et facteurs de risques au travail

En ce début du 21<sup>ème</sup> siècle, les risques sont toujours bien présents sur la plupart des lieux de travail. Bon nombre de conditions de travail et de facteurs de risques traditionnels persistent, en particulier dans les industries dangereuses. Par conséquent, les travailleurs sont toujours confrontés à maints risques physiques, chimiques et ergonomiques. Par exemple, le pourcentage global de travailleurs espagnols potentiellement exposés à des agents cancérigènes est estimé à 25%, et à 52% dans les secteurs les plus dangereux (8). Cependant, les problèmes de santé au travail ne se résument pas aux préoccupations traditionnelles comme le chômage et les risques physiques, chimiques et biologiques, mais aussi à des facteurs de risques modernes induits par les nouveaux types d'emploi flexible, la déréglementation du temps de travail (variabilité, imprévisibilité), la pression au travail, la progression du travail posté et de nuit et l'insécurité d'emploi, qui sont susceptibles d'accroître, entre autres, les maladies professionnelles et les troubles mentaux.

L'Espagne ne dispose guère de données sur lesquelles s'appuyer pour analyser les conditions de travail, les facteurs de risque au travail et les inégalités professionnelles. Par ailleurs, les principales sources d'information sont loin d'être exemptes de lacunes. La plupart des analyses utilisées dans ce document, s'appuient sur les données des deux dernières enquêtes nationales sur les conditions de travail en Espagne (1997 et 1999). Les comparaisons avec d'autres pays européens s'inspirent des Enquêtes européennes sur les conditions de travail. Les données de la dernière enquête sanitaire menée à Barcelone (2000) permettent d'analyser d'autres risques spécifiques et inégalités de santé liées au travail et leur répartition en fonction du sexe et de la catégorie sociale.

Les facteurs de risques psychosociaux liés à l'organisation du travail, comme les tâches qui requièrent beaucoup d'attention, le travail à cadence élevée ou l'absence de participation, constituent les facteurs de risques les plus préoccupants. Les facteurs ergonomiques ne sont pas à négliger, par exemple les positions statiques prolongées ou les mouvements répétitifs des mains ou des bras. Dans l'ensemble, les facteurs de risques sont plus présents dans les grandes entreprises et aucun secteur économique n'y échappe. Si l'on compare les données espagnoles à la moyenne de l'Europe des 15, il apparaît clairement que les conditions de travail sont moins bien perçues en Espagne. Les différences sont particulièrement marquées en ce qui concerne le travail monotone (63% en Espagne contre 39% dans l'UE des 15) et les tâches répétitives (respectivement 58% et 47%) (Tableau 1). Selon l'*Enquête européenne sur les conditions de travail 2000*, le mécontentement

Tableau 1 : Perception des facteurs de risques au travail en Espagne et dans l'UE des 15 (pourcentage de travailleurs interrogés)

Facteurs de risque liés aux conditions de travail	Espagne	Moyenne de l'UE-15
	(n=1.500)	(n=16.052)
<b>Environnement</b>		
Bruit	30,7	28,9
Inhalation de vapeurs, fumées, poussières	26,9	21,1
Vibrations	27,6	20,5
Manipulation de substances dangereuses ou toxiques	15,6	13,6
Température inconfortable	16,6	10,0
Radiations	6,1	5,7
<b>Activité physique</b>		
Mouvements répétitifs des mains ou des bras*	67,5	58,7
Longue période dans des postures inconfortables ou statiques*	48,0	44,6
Port de charges lourdes*	36,5	34,5
<b>Organisation</b>		
Cadences élevées en permanence*	44,7	59,5
Tâches répétitives de courte durée	57,9	47,0
Travail monotone	62,8	38,9
Absence d'autonomie concernant les pauses	47,9	43,9
Impossibilité de varier l'ordre des tâches à effectuer	44,8	36,3
Pas d'influence sur le rythme de travail	38,5	32,8
Pas d'influence sur les méthodes de travail	44,4	32,7
Pas d'influence sur l'organisation du travail	31,7	21,0

\* Plus d'1/4 de la journée de travail

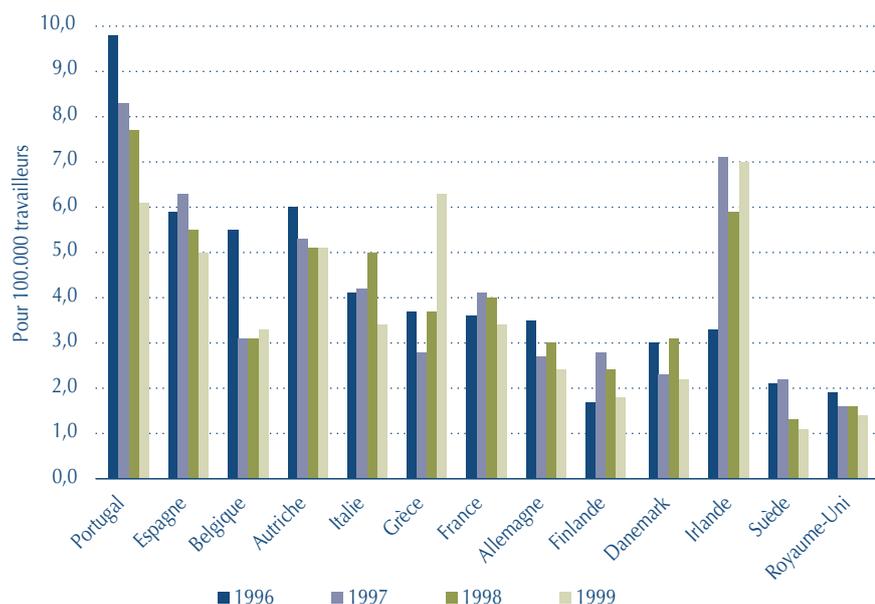
Source : Enquête européenne sur les conditions de travail (2000)

lié au travail en Espagne est supérieur à la moyenne européenne (23,6% contre 14,3%), les intérimaires étant plus mécontents que les travailleurs permanents (20,3% et 13,6% dans l'UE des 15, et respectivement 32,8% et 19,9% en Espagne).

### Problèmes de santé au travail

Les accidents de travail ont un impact énorme sur la santé des travailleurs et sur l'économie en général, comme en attestent le nombre élevé de décès, de handicaps et de cas de souffrance personnelle des travailleurs (chaque année, environ un travailleur sur huit est victime d'un accident, et trois travailleurs en meurent chaque jour) et l'importance de l'absentéisme et de la perte de productivité (par jour, plus de 2700 accidents occasionnant une absence). Les accidents non-mortels tendent à se stabiliser ces dernières années, après avoir augmenté continuellement entre 1993 et 1999. Pour la période 2000-2002, un grand nombre d'accidents non-mortels ont été signalés dans plusieurs secteurs économiques, notamment dans l'extraction et la construction, ainsi que dans des professions à haut risque, par exemple les manœuvres qualifiés et non-qualifiés. Bien que le nombre d'accidents mortels ait diminué entre 1989 et 2002, l'Espagne enregistre le plus haut taux de lésions professionnelles entraînant plus de trois jours d'absence, et l'un des plus élevés également pour les accidents mortels. Par rapport à la moyenne de l'UE des 15, par exemple, l'Espagne enregistre 71% de plus de lésions occasionnant plus de trois jours d'absence et 35% de plus d'accidents mortels

**Figure 1 : Incidence des accidents du travail mortels pour 100.000 travailleurs dans les pays de l'Union européenne, 1996-1999**



Source : Eurostat, Statistiques sociales européennes, Accidents du travail et problèmes de santé au travail, Données 1994-2000

(Figure 1) en 1999 (7). Nous reviendrons plus tard sur le fait que ces données sont symptomatiques de l'inapplication de la loi sur la prévention des risques au travail.

L'incidence des lésions varie énormément selon les professions. Pour les lésions mortelles résultant des accidents du travail, par exemple, les professions les plus touchées sont les manœuvres qualifiés et non-qualifiés de la construction et les métallurgistes. Le type de contrat de travail est étroitement lié à l'incidence des lésions professionnelles. Par rapport aux salariés permanents, les intérimaires sont trois fois plus susceptibles d'être victimes d'accidents non-mortels, en particulier dans le secteur de la construction, et sont deux fois plus exposés à un accident de travail mortel (7). Une analyse récente ventilée par sexes et professions confirme ces tendances (9).

Les données relatives aux maladies d'origine professionnelle ont sensiblement augmenté entre 1998 (32,2 pour 100.000 travailleurs) et 2002 (171,3 pour 100.000 travailleurs) (7). Cette croissance exponentielle s'explique probablement par les améliorations du système de notification des problèmes de santé. Il convient cependant de garder à l'esprit que bon nombre de maladies d'origine professionnelle ne sont pas signalées. Les médecins du travail ne possèdent pas les connaissances nécessaires pour diagnostiquer les maladies professionnelles, le système d'enregistrement est très inefficace et les études épidémiologiques sont inexistantes.

### Les inégalités au travail

En Espagne, les maladies, lésions ou autres problèmes de santé d'origine professionnelle rapportés ne sont pas répartis équitablement entre les groupes

sociaux, professions, sexes et entreprises. Des études ont révélé un taux de mortalité plus élevé chez les hommes de 30 à 64 ans des classes défavorisées pour la plupart des causes de décès, et le fossé s'est creusé entre 1980-1982 et 1988-1990 (10). Une étude des tendances des différences socio-économiques de la population masculine espagnole économiquement active, répartie en quatre catégories (professions libérales / cadres, administration / vente / services, agriculteurs et manœuvres) et âgée de 25 à 64 ans, révèle des différences de mortalité pour les maladies cardiaques ischémiques et cérébrovasculaires (11). Par ailleurs, les classes sociales les moins favorisées signalent spontanément un moins bon état de santé. En 1995, 40% des ouvriers, contre 27% des professions libérales, signalaient des problèmes de santé, et cette différence s'était accentuée durant la période 1987-1995 (12). Une autre étude a révélé que ce mauvais état de santé avait augmenté dans les régions à faible revenu durant la période 1987-1993 (13). Lors de la dernière enquête sanitaire nationale, menée en 2001, le pourcentage d'hommes comme de femmes signalant un mauvais état de santé est inversement proportionnel à la classe sociale (14), avec une augmentation plus nette chez les femmes. Force est de constater que les conditions de travail et sociales des femmes de la classe populaire sont très mauvaises en Espagne : elles ont moins accès à l'emploi, sont plus souvent au chômage et doivent assumer des responsabilités familiales exigeantes - enfants et personnes âgées - avec un très faible soutien de l'Etat. Par exemple, une étude menée en Catalogne a révélé que les techniciennes de surface de la classe populaire enregistrent deux à trois fois plus de problèmes de santé que les femmes qui n'effectuent pas de tâches manuelles (15).

D'importantes inégalités se manifestent entre les travailleurs (manuels contre non-manuels) et les différents contrats de travail (permanent contre intérimaire) en ce qui concerne l'exposition à des conditions de travail dangereuses pour la santé, notamment sur le plan des facteurs physiques, chimiques, ergonomiques et psychosociaux. Les résultats de l'Enquête nationale sur les conditions de travail en Espagne de 1999 révèlent que les risques physiques sont pour la plupart plus élevés parmi la main-d'œuvre manuelle masculine (Tableau 2). Par exemple, près de 50% des ouvriers sont exposés au bruit (30,5% pour les femmes), contre 32% des travailleurs non-manuels (20,5% des femmes). En ce qui concerne les conditions de travail psychosociales ou organisationnelles, la pression au travail est plus élevée chez les travailleurs manuels, et les différences entre hommes et femmes sont peu marquées (Tableau 2). Dans la ville de Barcelone, la classe sociale influe fortement sur les facteurs de risques physiques, pour les hommes comme pour les femmes. Pour les deux sexes, les travailleurs manuels (classes IV et V) sont davantage exposés aux risques physiques et chimiques. Les hommes de la classe populaire sont plus exposés aux risques physiques que ceux des classes

favorisées (16). Les résultats indiquent également un taux d'exposition plus élevé aux troubles musculo-squelettiques parmi la classe populaire (classes IV et V) et les femmes. Les facteurs de risques psychosociaux augmentent dans les échelons professionnels inférieurs, en particulier pour les classes IV et V, et surtout pour les femmes.

Si l'on compare 1997 à 1999, l'on constate une augmentation généralisée des facteurs de risques tant chez les travailleurs permanents que chez les intérimaires, surtout chez ces derniers. Les taux de prévalence de tous les facteurs de risque sont plus élevés chez les intérimaires. En 1999 par exemple, 5,8% des travailleurs permanents travaillaient sur des surfaces instables, pourcentage deux fois supérieur pour les intérimaires (11,6%). Les différences entre contrats sont plus évidentes sur le plan de l'organisation du travail. Par exemple, le fait de n'avoir aucune influence sur l'horaire de travail ou sur la séquence des tâches a été signalé par 18,4% des salariés permanents contre 31,6% des intérimaires (7). Il est important de tenir compte de la vulnérabilité de nombreux travailleurs, trop peu souvent prise en compte, reconnue ou étudiée. Par exemple, bien qu'une loi protège les travailleurs contre les risques au travail, les intérimaires sont parfois particulièrement réticents à faire valoir leurs droits par crainte de perdre leur emploi (17). En ce qui concerne les immigrants illégaux, les syndicats et les groupes de défenses des immigrants ont signalé qu'ils travaillent souvent pour un maigre salaire et dans des conditions de travail inférieures aux normes, principalement dans l'agriculture et la construction. Enfin, les femmes sont généralement davantage exposées que les hommes à des risques moins reconnus. Elles travaillent dans des secteurs différents et reçoivent moins de responsabilités, avec des contrats offrant moins de sécurité d'emploi. Pour ne citer que trois exemples de facteurs de risques : une plus grande exposition aux tâches répétitives, davantage de contacts directs avec le public (par exemple, la clientèle) et une probabilité accrue de subir la violence au travail. L'analyse de la dimension de genre en santé au travail, entre les couples mariés et vivant en concubinage en Catalogne, indique que toute étude des différentiels de santé sur base du genre devrait se pencher non seulement sur le travail rémunéré et les tâches ménagères, mais aussi sur l'interaction entre le genre et la classe sociale (18). Chez les travailleuses manuelles, les responsabilités familiales s'accompagnent, en effet, de problèmes de santé, de maladies invalidantes à long terme et de troubles chroniques.

### Les services de prévention au travail

Depuis l'adoption de la réglementation sur les services de prévention (loi 39/1997), l'Espagne a mis en place un double système de prévention : les services internes aux entreprises et les services externes. Les entreprises qui ne créent pas de service de prévention interne se tournent généralement vers un service externe assuré par une mutualité chargée

de verser les indemnités en cas d'accident de travail et de maladie professionnelle. L'on assiste dès lors à une externalisation à grande échelle des services de prévention.

Si les informations sur les services de prévention espagnols font encore défaut, diverses sources attestent néanmoins de la mauvaise couverture des travailleurs. Selon la plus récente étude nationale sur les conditions de travail (1999), seules 7% des entreprises possèdent des services de prévention internes, et 39% indiquent recourir aux services externes. L'employeur assume la responsabilité de la prévention dans 27,6% des sociétés, ce qui représente environ 13% des travailleurs. Ceci est particulièrement vrai dans les petites et moyennes entreprises. Il est important de signaler que les 15% d'entreprises de taille moyenne (de 6 à 249 salariés) où l'employeur assume

**Tableau 2 : Sélection de facteurs de risques physiques, chimiques, ergonomiques et psychosociaux auxquels est exposée la population active espagnole (25-64 ans) (Ventilation travailleurs manuels / non-manuels et hommes / femmes) (%)**

	Non-manuels			Manuels		
	Homme (N=831)	Femme (N=695)	P	Homme N=1241	Femme N=468	P
<b>Risques physiques</b>						
Température inconfortable en été	21,7	19,1	NS	36,6	24,3	< 0,0001
Température inconfortable en hiver	20,9	18,3	NS	27,0	16,3	< 0,0001
Humidité inconfortable	18,4	14,2	0,03	17,2	10,0	< 0,0001
Bruit	32,2	20,5	< 0,0001	51,8	30,5	< 0,0001
Vibrations	5,4	2,5	0,003	12,1	5,2	< 0,0001
Produits toxiques	11,4	9,4	NS	25,4	17,8	< 0,005
<b>Risques musculo-squelettiques</b>						
Postures douloureuses ou fatigantes plus de 50% du temps	6,9	7,2	NS	9,7	11,5	NS
Posture statique pendant plus de 50% du temps	29,8	36,1	0,02	25,1	36,0	< 0,0001
Port de charges lourdes plus de 50% du temps	3,2	0,9	0,001	7,3	4,3	0,02
Efforts importants plus de 50% du temps	2,2	0,7	0,02	4,8	2,6	0,01
Mouvement répétitif des mains ou des bras plus de 50% du temps	29,2	28,2	NS	34,4	46,3	0,0001
<b>Risques psychosociaux</b>						
Travailler avec une attention soutenue plus de 50% du temps	66,2	64,7	NS	57,5	42,9	< 0,0001
Travailler à un rythme intensif plus de 50% du temps	43,7	40,1	NS	31,3	28,8	NS
Tâches répétitives pendant plus de 50% du temps	28,8	27,9	NS	32,2	43,2	< 0,0001
Charge de travail excessive	19,4	19,3	NS	10,5	15,8	0,02
Heures supplémentaires non rémunérées un jour de travail ordinaire	32,2	29,2	NS	18,1	23,5	0,007
Mauvaises relations avec les supérieurs	7,5	5,1	0,03	8,8	8,0	NS
Mauvaises relations avec les collègues	2,4	2,6	NS	2,4	2,0	NS
Impossibilité de varier la séquence des tâches	9,2	8,8	NS	28,9	30,0	NS
Impossibilité de varier les méthodes de travail	16,9	21,3	0,03	39,5	39,9	NS
Impossibilité de varier la cadence de travail	15,7	20,1	0,02	35,4	35,9	NS
Impossibilité de varier l'ordre des pauses	17,7	17,5	NS	36,7	36,7	NS
Impossibilité de renforcer les compétences personnelles	3,6	5,8	0,05	13,7	22,8	< 0,0001
Aucune promotion depuis l'engagement	41,4	51,8	< 0,0001	42,7	65,7	< 0,0001

Source : 4<sup>e</sup> Enquête nationale sur les conditions de travail en Espagne, 1999

seul les responsabilités de prévention, sont en infraction. Enfin, 26% des sociétés ont signalé qu'elles ne possédaient pas de service de prévention (16% des travailleurs). Une enquête nationale plus récente s'est penchée sur la situation dans les entreprises enregistrant les plus hauts taux d'accidents (19), (autrement dit les entreprises de taille moyenne qui, au regard de la loi espagnole, doivent disposer de services de prévention), et a découvert que 31% de celles-ci n'avaient pas mis sur pied de services de prévention et que, pour 3% d'entre elles, l'employeur assumait ces fonctions (20). Une estimation prudente a récemment été faite du nombre de services de prévention qui devraient exister en Espagne en vertu de la loi en vigueur. Les données disponibles indiquent qu'une entreprise sur quatre ne possède pas de services de santé au travail (7). Ceci signifie non seulement que beaucoup d'entreprises sont en infraction, mais aussi que le gouvernement n'assure pas le suivi de la mise en œuvre de la loi. Par ailleurs, même lorsque la prévention existe, elle est souvent de qualité douteuse et purement administrative. En Navarre par exemple, seules 17,5% des entreprises contrôlées avaient mené une évaluation satisfaisante, près de 40% avaient mené une évaluation insatisfaisante ou n'en avaient mené aucune, 13,5% n'avaient pas mis l'évaluation à jour et dans 18% des cas, l'évaluation ne portait pas sur tous les postes (21).

## Les initiatives

Parmi les nombreuses initiatives qui pourraient contribuer de manière significative à l'amélioration de l'environnement du travail et à la réduction des inégalités de santé au travail, la production et la diffusion des connaissances, le développement de la législation, les initiatives politiques et les actions des partenaires sociaux figurent parmi les plus pertinentes. Nous envisageons ici plus particulièrement les éléments essentiels que sont l'information, la formation et la recherche, les récents changements législatifs et les accords politiques de haut niveau, et les initiatives et interventions politiques spécifiques mises sur pied par les administrations publiques, les entreprises et les syndicats.

### Information, formation, recherche

Même si des données sur divers problèmes traditionnels de santé au travail sont disponibles en Espagne, et que les données relatives aux maladies professionnelles et à l'absentéisme sont relativement comparables à celles des autres pays de l'Europe des 15 (22), l'absence de données complètes et fiables constitue toujours un obstacle majeur. Malgré les précieuses informations générées ces dix dernières années en Espagne, l'on déplore ainsi toujours une pénurie de données fiables sur de nombreux facteurs de risques au travail et problèmes de santé. Prenons par exemple l'une des sources d'information les plus utiles pour appréhender l'environnement du travail et la santé au travail en Espagne : l'enquête nationale sur

les conditions de travail (1983, 1993, 1997, 1999). Vu ses considérables lacunes (échantillonnage réduit, questions pas toujours normalisées, conception ne garantissant pas la sélection aléatoire des personnes interrogées), ses données et conclusions doivent être interprétées avec réserve (23). En effet, beaucoup de problèmes professionnels demeurent "invisibles" ou inconnus parce qu'ils sont négligés, non diagnostiqués ou non signalés par le système d'enregistrement actuel. Par exemple, les données disponibles sur les facteurs de risques psychosociaux, ergonomiques et chimiques ne fournissent pas suffisamment d'éléments pour mettre en œuvre des interventions politiques fondées sur des faits.

Autre point important qu'il convient de garder à l'esprit concernant les données disponibles, c'est qu'en Espagne, l'absence de formation adéquate de la plupart des professionnels de la santé au travail (entre autres, les médecins du travail, les hygiénistes du travail, les responsables de la sécurité, les spécialistes de l'ergonomie et de la psychosociologie) constitue une entrave importante à l'amélioration du suivi et de la mise en œuvre de mesures de prévention efficaces en entreprise. Un exemple simple : la reconnaissance officielle, au niveau national, des études d'hygiéniste, d'ergonome, de psychosociologue, des spécialistes de la santé et de la sécurité et des infirmières du travail doit encore être mise en œuvre.

La situation est assez catastrophique en ce qui concerne la recherche en matière de santé au travail. D'une part, il existe très peu de groupes de recherche ou d'études scientifiques sur la santé au travail. Dans la période 1998-2002, seuls 91 documents publiés sur la santé au travail avaient pour auteur principal un Espagnol (62% ont été publiés dans des journaux internationaux). Les thèses à ce sujet sont plus que rares, privilégiant des domaines comme la médecine du travail, le droit du travail et la psychologie sociale. Ce n'est qu'en 2003 que l'Institut national de santé et d'hygiène au travail (INSHT) a commencé à promouvoir ses propres projets de recherche (7). Par ailleurs, l'Espagne est l'exemple type d'un pays qui est passé rapidement d'une absence totale de suivi des inégalités sociales en matière de santé dans les années 80, à un programme modeste, mais actif, dans une poignée de centres de recherche dans les années 90. L'on peut dire aujourd'hui que globalement, les recherches menées sur les inégalités sociales en matière de santé en sont au stade du "déli / indifférence", tandis que les recherches sur les inégalités liées au travail en sont au stade du besoin de "quantification" (24). En effet, ce n'est que récemment que la toute première étude sur les inégalités de santé au travail a été publiée en Catalogne (15), dans le cadre d'un Rapport Noir sur la Catalogne (25), à l'instar de la première enquête sur les inégalités liées au travail en Espagne (16).

### Réglementation et accords politiques

Le pays ayant vécu sous une dictature pendant 40 ans au 20<sup>ème</sup> siècle, le droit du travail y est apparu

bien plus tard que dans les autres pays d'Europe occidentale. Les règles modernes fondamentales qui régissent la santé et la sécurité au travail contiennent une longue liste de réglementations et de prescriptions édictées seulement en 1971, et complétées par la suite par d'autres réglementations spécifiques à certains secteurs, professions ou types de travail, dont la plupart en application de directives et de règlements européens. En novembre 95, la loi sur la prévention des risques au travail (loi 31/1995) a établi un cadre général moderne de santé et de sécurité au travail qui régit, notamment, les obligations générales ou devoirs des employeurs, des salariés et des fabricants et fournisseurs de machines, de substances toxiques et d'équipements. Ces obligations portent sur la prévention des risques et les droits de consultation et de participation des travailleurs et de leurs représentants. La loi sur la prévention des risques au travail et ses textes d'application ont abouti, en théorie, à une protection légale quasi universelle de la santé au travail et à l'intégration de la prévention dans les systèmes de gestion des entreprises.

Cette législation a cependant eu deux conséquences négatives. Premièrement, la loi sur les risques au travail a essentiellement été adoptée pour transposer la directive-cadre européenne 89/391/CEE sur la santé et la sécurité plutôt que pour répondre à une demande sociale ou à une pression politique de modification de l'environnement du travail et d'amélioration de la santé des travailleurs (26). Deuxièmement, et plus important encore, la loi est entrée en vigueur au moment où la flexibilité se généralisait, instaurant un climat social néfaste pour les travailleurs puisque les entreprises recherchaient des formes d'organisation plus flexibles et une précarisation du travail. Par ailleurs, le gouvernement espagnol n'a pas été en mesure de faire appliquer correctement la législation et d'éviter que la déréglementation ne relègue la santé à l'arrière-plan. Une réforme en profondeur de la législation du travail a donc eu lieu en 1994. Celle-ci a impliqué la modification de nombreux préceptes des grandes réglementations du travail (par exemple le statut des travailleurs, la loi sur les procédures de travail ou la loi sur les délits et sanctions au travail) ainsi que l'adoption de plusieurs nouvelles lois, comme celle sur les agences de travail temporaire, et la révision des réglementations sur les contrats à durée déterminée/indéterminée, sur les contrats de formation et sur les procédures de licenciement, qui a jeté les bases de la révision du système de négociation collective. Le résultat ? Un nombre croissant de situations auparavant illégales sont devenues légales. Dans l'ensemble, ces modifications ont entraîné la segmentation progressive de la main-d'œuvre, avec un noyau de travailleurs permanents autour duquel gravitent des travailleurs en situation précaire sans sécurité d'emploi (16).

Ces dernières années, essentiellement en réponse aux pressions des syndicats, le gouvernement, les

organisations patronales et les principales confédérations syndicales ont conclu des conventions collectives visant à l'amélioration de la santé au travail et la résolution des principaux problèmes. Une première tentative, avortée, d'un prétendu "dialogue social" a eu lieu en novembre 1998, après une période d'augmentation constante du nombre d'accidents professionnels. Bien que divers besoins et carences aient été identifiés, la proposition n'a cependant pas apporté de véritable solution. Les nouvelles conventions conclues au sein du "Forum du dialogue social sur la prévention des risques au travail" en décembre 2002 ont ouvert la voie à une réforme d'envergure de la loi sur la prévention des risques au travail en décembre 2003 (loi 54/2003). Parmi les principaux changements, citons :

- l'intégration de la prévention dans la responsabilité sociale des entreprises, avec obligation d'élaborer un plan de prévention détaillé doté de ressources internes appropriées pour prévenir les situations à risque ;
- un train de mesures mettant en œuvre les mécanismes de contrôle, de suivi et d'application ;
- l'adoption de changements législatifs de manière à prendre en compte les nouvelles formes d'organisation du travail, en améliorant la coordination des employeurs ; et
- la garantie du respect et de l'application de la législation sur les infractions et les sanctions.

### Interventions et perspectives des intervenants essentiels

#### ■ Les agences gouvernementales

Les agences gouvernementales de santé et de sécurité au travail sont chargées de garantir la santé et la sécurité des travailleurs à l'échelon national et régional. Les agences de santé se sont surtout concentrées sur la fixation du niveau minimum de ressources nécessaires à la mise en œuvre des services de prévention, à l'élaboration du système d'information sur la santé au travail et à la formulation de protocoles de surveillance sanitaire. Mais les agences publiques n'ont pas réussi à relever plusieurs défis cruciaux. Deux exemples : l'absence de mesures pour la mise en œuvre et l'application des réglementations et sanctions, et les liens très faibles entre la santé au travail et les autres politiques sociales et de santé publique. L'Inspection de la santé au travail manque clairement des ressources nécessaires pour s'occuper des nombreux problèmes (traditionnels et émergents) qui se posent sur un marché du travail de plus en plus fragmenté. Le nombre de contrôles a même diminué ces dernières années (7). Ceci s'avère particulièrement important pour les petites et moyennes entreprises, où la mise en œuvre de la prévention est difficile à contrôler. L'Institut national de santé et d'hygiène au travail est la plus grande institution nationale spécialisée dans la santé au travail. Même si la promotion, le soutien technique et la recherche sont ses fonctions principales, il n'a que très partiellement atteint ses objectifs.

#### ■ Les employeurs, les entreprises et les mutualités (*Mutuas*)

Depuis l'adoption de la loi sur la prévention des risques au travail (loi 31/1995), qui impose aux employeurs d'assumer la responsabilité de la prévention, les organisations patronales sont plus ouvertes au débat et aux changements sur diverses questions de santé au travail. Cependant, les employeurs ont pour la plupart eu tendance à s'opposer aux propositions formulées par les agences gouvernementales et à la pression imposée par les syndicats. Cette approche défensive se manifeste, par exemple, dans leur participation au "Forum du dialogue social", où ils n'ont que rarement soumis de nouvelles propositions de prévention des risques, ou par leur tendance à se contenter de parcourir superficiellement les motions. Il est manifeste que le marché des services de prévention se développe selon un schéma oligopolistique, dans lequel un petit nombre de services externes jouissent d'une position dominante. En 2002, seulement six mutualités couvraient environ 71% des travailleurs contre les lésions professionnelles (7).

L'externalisation des services de prévention reflète l'abdication des entreprises face à leurs responsabilités sociales (19). Cette externalisation fait que souvent, la prévention est considérée comme un produit, comme une activité dissociée de l'entreprise, qui ne requiert ni engagement ni participation de l'employeur, où les travailleurs n'interviennent pas, où la prévention reste un exercice purement théorique qui néglige les facteurs de risques émergents (27). En outre, la réglementation espagnole fait référence à diverses disciplines mais permet aux employeurs de se limiter à deux d'entre elles pour former un service de prévention.

Plusieurs aspects doivent être examinés en ce qui concerne le rôle des mutualités dans la prévention. Premièrement, l'employeur décide de la mutualité de son choix. Celles-ci sont donc "à la botte" des employeurs. Deuxièmement, en termes financiers, l'on constate que la prévention au travail n'est guère plus qu'une activité marginale pour les mutualités (autrement dit, leur budget est en majeure partie consacré à l'indemnisation des incapacités et seul un tout petit pourcentage va à la prévention). En bref, la prévention n'est pas une priorité. Troisièmement, depuis quelques années, les mutualités tentent de s'implanter sur de nouveaux segments du système de santé publique. La privatisation de certaines activités de sécurité sociale a donc récemment débouché sur une augmentation de la participation des mutualités à la gestion des incapacités de travail liées à des maladies d'origine non-professionnelle.

#### ■ Les syndicats

Les deux grandes confédérations syndicales espagnoles sont les *Comisiones Obreras* (CC.OO) et l'*Union General de Trabajadores* (UGT), qui se définissent généralement comme des syndicats de

classe. En Espagne comme dans d'autres pays d'Europe méridionale, les syndicats sont moins puissants qu'en Europe du Nord. Même s'il n'existe aucune donnée officielle, les estimations de plusieurs sources laissent à penser que le taux de syndicalisation en Espagne s'échelonne entre 18 et 20% (environ 2,6 millions de travailleurs sur 13,1 millions) (28). C'est dans l'industrie que ce taux est le plus élevé (21%), et dans la construction qu'il est le plus faible (11,2%). Depuis toujours, les revendications des syndicats espagnols portent surtout sur les salaires et l'emploi. Les conditions de travail, les politiques sociales et les questions de santé au travail figurent depuis peu de temps à leur ordre du jour. Et pourtant, plusieurs actions et interventions syndicales menées ces dernières années ont contribué à améliorer l'environnement du travail pour la majorité des travailleurs, certaines d'entre elles ont probablement aussi amélioré la situation des travailleurs les plus vulnérables. Premièrement, la nouvelle loi sur la prévention des risques au travail et ses textes d'application ont renforcé la participation des travailleurs via l'action des représentants et délégués syndicaux, qui peuvent jouer un rôle spécifique dans la mise en œuvre des plans de prévention au travail. Deuxièmement, vu le grand nombre d'accidents du travail et la prévalence des conditions de travail dangereuses, les syndicats ont vertement critiqué le gouvernement pour son incapacité à consacrer suffisamment de ressources à l'inspection et à l'application. Ils ont plus particulièrement mis l'accent sur la piètre application de la loi sur la prévention, sur l'ampleur de la sous-traitance et de l'emploi intérimaire, et sur l'instabilité croissante du marché du travail, à leurs yeux les principaux facteurs à l'origine des accidents de travail. Troisièmement, vu le manque de représentants syndicaux dans beaucoup de petites et moyennes entreprises, et dans des secteurs comme la construction, qui compte une importante main-d'œuvre en situation précaire, les syndicats ont appelé à la mise en place de "délégués régionaux à la sécurité" qui officieraient en tant que délégués à la prévention (29). Enfin, en Espagne, les conventions collectives sont courantes dans le secteur public comme dans le secteur privé ; dans ce dernier, elles couvraient quelque 83% des travailleurs en 2003, malgré la pénétration syndicale relativement faible. La convention collective constitue un moyen essentiel de réguler et d'améliorer les conditions de travail qui contribuent à promouvoir les droits des travailleurs, l'égalité entre hommes et femmes et la santé au travail pour tous.

Aucun des syndicats espagnols ne s'est spécifiquement attardé sur les inégalités de santé liées au travail. En fait, celles-ci sont rarement abordées ou examinées dans les publications syndicales. Il est cependant important de signaler les efforts déployés par l'Institut syndical du travail, de l'environnement et de la santé (ISTAS), un institut technique indépendant à but non lucratif créée par les CC.OO pour promouvoir la santé au travail et la

protection de l'environnement dans l'intérêt de tous les travailleurs. En outre, le développement, par les syndicats, d'activités régionales de santé au travail contribue grandement à diffuser une nouvelle culture de prévention des risques. Par exemple, la stratégie des CC.OO concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale a réussi à formuler des revendications et à obtenir des mesures axées sur l'égalité entre hommes et femmes au travail et en matière de santé au travail, ce qui est malheureusement loin d'être courant dans le mouvement syndical (3) même s'il n'est pas encore possible de procéder à une appréciation globale de la mesure dans laquelle ces processus ont pu contribuer à réduire ces inégalités.

## Les priorités

En Espagne, les problèmes de santé au travail font aujourd'hui peser un énorme poids, tant sanitaire qu'économique, sur les travailleurs, les entreprises et la société en général. Le nombre élevé de lésions professionnelles est révélateur des profondes lacunes qu'un pays industrialisé ne peut se permettre en matière de prévention. Les règles et réglementations relatives à la prévention des risques au travail n'ont été appliquées que partiellement, les interventions en santé au travail sont limitées et aucune politique adéquate ni aucun budget approprié n'ont été mis en œuvre à ce jour (7). Le coût économique des accidents du travail a été estimé à 12 milliards d'euros en 2002, alors que cette même année, les pénalités ne se sont élevées qu'à 103 millions d'euros (30). Évaluer les risques au travail ne signifie pas pour autant que des stratégies adéquates seront élaborées. De même, l'établissement de rapports techniques énumérant de multiples stratégies et mesures n'est pas pour autant synonyme de prévention efficace, et la mise en œuvre des réglementations de santé au travail, bien que nécessaire, ne suffit pas à améliorer la prévention en entreprise.

Les besoins que nous identifions ci-après appellent à une évolution radicale de la prévention au travail, tant sur le plan des politiques que des services. En Espagne, comme dans beaucoup d'autres pays européens (31), les changements législatifs n'ont pas réellement amélioré le quotidien dans les petites et moyennes entreprises, et beaucoup de travailleurs, par exemple les indépendants, ne sont pas couverts. Il y a des lacunes considérables quant au champ d'application et aux fonctions des services de prévention au travail ainsi que d'importantes limitations en ce qui concerne la collecte de données actualisées. Il manque toujours une agence de santé au travail efficace constituant la source d'information spécialisée requise pour mener des politiques fondées sur les faits. Certaines améliorations de la législation, des connaissances, de la formation et de la recherche ont produit une réaction pour l'instant très limitée en termes de politiques et d'interventions

efficaces. En outre, il n'est guère probable que les interventions conçues pour des salariés masculins, de race blanche, sous contrat à durée indéterminée et travaillant dans de moyennes et grandes entreprises, et ciblant des risques traditionnels, répondent aux besoins du nouvel environnement de travail flexible. En effet, la généralisation des conditions de travail précaires constitue l'un des principaux obstacles à l'amélioration de l'environnement du travail et à la réduction des inégalités de santé liées au travail (16). À ce jour, les besoins en santé au travail et la santé des travailleurs ne figurent toujours pas en tête des priorités politiques espagnoles.

Les politiques ou interventions en faveur de l'amélioration de l'environnement du travail ne figurent pas parmi les objectifs principaux des stratégies de santé nationales et régionales. En outre, aucune politique ni intervention régionale ou nationale n'ont été menées spécifiquement pour réduire les inégalités de santé d'origine sociale et professionnelle (16-31). Pourquoi si peu d'initiatives de l'Etat ? Essentiellement à cause de la faiblesse des groupes de santé publique, des syndicats et d'autres groupes sociaux, et du manque de volonté politique du gouvernement conservateur national et de beaucoup de gouvernements régionaux. Pour réduire les inégalités de santé liées au travail, il est essentiel d'accroître nos connaissances et d'entreprendre un vaste éventail d'interventions et de politiques à mettre en œuvre et à évaluer à tous les niveaux. Les syndicats, les organisations politiques proches des syndicats, les associations et, surtout, les gouvernements à l'échelon national, régional et local, doivent concevoir – en prenant leurs responsabilités – des politiques de santé au travail conformes à la législation et une application garante de la santé au travail pour tous. En effet, l'un des plus grands défis politiques actuels consiste à réussir à placer la connaissance et la réduction des inégalités de santé liées au travail en tête des priorités des gouvernements, des syndicats et des autres institutions sociales. Nous devons faire primer la santé au travail sur les considérations économiques, améliorer la connaissance de tous les problèmes de santé liés au travail, mettre en œuvre des formes d'intervention plus efficaces, renforcer la participation des travailleurs et appliquer et évaluer comme il se doit les interventions politiques (7-31).

Les priorités spécifiques les plus importantes sont :

1. Sur un marché du travail de plus en plus déréglementé, un défi essentiel consiste à *concevoir des politiques sociales qui contribuent à améliorer la structure du marché du travail et la participation des travailleurs*. Les politiques qui visent à réduire le chômage, le sous-emploi et l'emploi précaire (en particulier chez les jeunes, les femmes et les immigrants, dont certains travaillent dans l'économie parallèle), devraient être une priorité absolue.
2. *Élargir et améliorer les bases de données et l'information sur la santé au travail* en tant

que moyen de mettre en œuvre des mesures fondées sur les faits. La qualité insuffisante des indicateurs des sources d'information actuelles ne permet pas de procéder à des évaluations appropriées des risques ni des problèmes de santé au travail.

3. Il est absolument essentiel *d'accroître la recherche sur les risques du travail peu connus et les nouveaux facteurs de risques*. Les recherches sur la santé au travail devraient se centrer sur les facteurs de risques les plus importants et les problèmes de santé négligés. Une attention toute particulière devrait être accordée aux interactions entre les inégalités de santé au travail et la classe sociale et le genre, en particulier chez les travailleurs les plus vulnérables. Les travailleurs qui sont exposés à plusieurs facteurs de risques sociaux et problèmes de santé ne seront pas pleinement pris en compte si des études séparées sont menées ou si les facteurs de risques sont considérés isolément de l'organisation du travail.
4. Il est nécessaire *d'élaborer des politiques intégrées qui améliorent l'environnement du travail et renforcent la participation des travailleurs, leurs perspectives et leurs droits*. Il est tout à fait prioritaire de se concentrer sur les politiques axées sur les facteurs de risques (plutôt qu'uniquement sur les problèmes de santé) qui se penchent sur la situation des entreprises à haut risque, des petites entreprises, des travailleurs indépendants et du personnel de maison. L'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale est un droit qui ne doit pas être tributaire de la bonne volonté de l'employeur.
5. *Il est urgent de procéder à la réforme des services de prévention au travail*. Le nombre des services de prévention en entreprise doit augmenter jusqu'à obtenir une couverture universelle. Les petites entreprises et les travailleurs indépendants ne doivent pas être tenus à l'écart. Les services de santé au travail devraient comporter davantage de disciplines pour devenir réellement multidisciplinaires. Ils doivent être plus intégrés et de meilleure qualité. Les services de prévention en entreprise devraient être élargis, et le recours aux services externes réservé à des cas précis. Il est absolument nécessaire d'ouvrir un débat social sur la nécessité de moderniser les mutualités. Enfin, les agences publiques devraient effectuer un suivi régulier des services de santé au travail pour déterminer s'ils assurent une protection adéquate des travailleurs dans la pratique.
6. *La mise en œuvre et l'application adéquate d'interventions qui vont au-delà des dispositions actuelles de protection des travailleurs* revêtent une importance cruciale. Bien que le développement du cadre législatif actuel constitue une étape importante, l'application d'actions efficaces allant au-delà d'une pure formalité administrative est cruciale. Par exem-

ple, le besoin de réformes en profondeur des services d'inspection - y compris l'allocation de plus de ressources -, de coordination des activités nationales et régionales, et d'application accrue des sanctions, se fait cruellement sentir. Des récompenses devraient être accordées aux entreprises qui satisfont aux exigences normatives et obtiennent de meilleurs résultats.

7. *Une grande priorité devrait être accordée aux interventions qui répondent aux besoins des travailleurs les plus vulnérables*. Les problèmes des femmes (autrement dit, l'équilibre entre exigences familiales et professionnelles), des immigrants, des travailleurs manuels et en situation de précarité ainsi que ceux des petites entreprises, méritent une attention toute particulière. Davantage de ressources devraient être consacrées aux familles plus démunies et à l'intégration des personnes handicapées dans la vie active.

## Remarques de conclusion

Les conditions de travail affectent grandement la santé de beaucoup de travailleurs en Espagne et constituent une importante source d'inégalités en matière de santé. Chaque année, des centaines de milliers de travailleurs sont victimes de lésions et de maladies professionnelles, et plus de 1000 meurent chaque année d'accidents du travail. Mais le manque de données occulte l'ampleur réelle du problème. Nous ne voyons aujourd'hui que la partie émergée de l'iceberg que composent les multiples facteurs de risques et problèmes de santé auxquels sont confrontés les travailleurs espagnols. En plus des problèmes non résolus "traditionnels" comme les risques physiques, l'on assiste à la progression de "risques émergents" comme l'intensification du travail et l'insécurité d'emploi, souvent invisibles ou peu étudiés, qui débouchent sur des affections musculo-squelettiques, des troubles mentaux et une insatisfaction professionnelle. En outre, les conditions de travail se détériorent pour bon nombre de groupes de travailleurs et les inégalités s'accroissent. La faible priorité accordée aux problèmes de santé au travail est encore plus préoccupante dans la mesure où les risques sont considérables et évitables, que les travailleurs ont le droit de travailler dans des conditions saines et sûres, et qu'un piètre niveau de santé au travail et l'invalidité des travailleurs occasionnent d'énormes pertes économiques. Pour résoudre les problèmes de santé émergents créés par la généralisation du travail précaire, il faut des politiques intégrées qui tiennent compte des facteurs techniques, économiques, culturels et politiques.

D'énormes obstacles restent à surmonter pour améliorer le niveau de santé au travail en Espagne. Les mesures requises pour réduire les risques au travail les plus importants ne devraient cependant

pas être envisagées d'un point de vue purement technique ou économique. La mise en œuvre d'un nouveau programme de santé au travail se heurtera inévitablement à la question des responsabilités et des conflits d'intérêts. Les différences de répartition des attributions politiques et économiques ont une profonde influence sur l'environnement du travail et les paramètres fondamentaux de la santé tels que les réglementations de santé qui seront adoptées, les conditions de travail qui seront considérées comme acceptables, les travailleurs qui seront exposés aux risques, les risques qui seront considérés comme acceptables et les priorités qui seront posées. La politique espagnole de santé au travail traverse une étape décisive. Malgré le nombre inquiétant de décès, de maladies, de lésions et de souffrances causés par des conditions de travail dangereuses, la santé au travail demeure bien bas dans l'ordre du jour politique. La plupart des autorités nationales et régionales n'apportent pas les connaissances scientifiques adéquates ni les interventions sanitaires requises pour protéger la santé des travailleurs espagnols. La réalisation d'une politique de santé au travail efficace et équitable passe par la mise en œuvre concrète des priorités identifiées ci-dessus. ■

## Références

- (1) Benach, J., Borrell, C., Daponte, A., Social and economic policies in Spain with potential impact on reducing health inequalities, in Mackenbach, J.P., Bakker, M. (eds), *Reducing inequalities in health: A European perspective*, Routledge, 2002:262-273.
- (2) Navarro, V., Quiroga, A., Políticas de estado de bienestar para la equidad [Politiques sociales pour atteindre l'équité], in Borrell, C., García Calvente M<sup>a</sup> del Mar, Vicente, J. (eds), Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración sanitaria (SESPAS) 2004, *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Gac Sanit (sous presse).
- (3) Munar Suard, L., Espagne : La conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale, in Vogel, L., *La santé des femmes au travail en Europe. Des inégalités non reconnues*, Bureau technique syndical, 2003:315-330.
- (4) Muntaner, C., Benach, J., Hadden, W., Gimeno, D., Benavides, F.G., *A Glossary for the social epidemiology of work organization*, (soumis).
- (5) Alaón, A., Gómez de Antonio, M., *Una evaluación del grado de incumplimiento fiscal para las provincias españolas*, Instituto Estudios Fiscales. <http://www.minhac.es/ief/principal.htm> [page consultée le 19-11-03].
- (6) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), *Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2002*, [page consultée le 08-01-04]. Disponible à l'adresse: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00>.
- (7) Durán, F., Benavides, F.G., coords., *Informe de salud laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España, 2003* [Les risques de santé au travail et leur prévention. Espagne, 2003], Barcelone, Zurich, 2004.
- (8) Kogevinas, M., Maqueda, J., De la Orden, V., Fernández, F., Kauppinen, T., Benavides, F.G., Exposición a carcinógenos laborales en España: aplicación de la base de datos CAREX, *Archivos Prevención Riesgos Laborales* 2000, 3:153-159.
- (9) Benavides, F.G., Benach, J., DelClos, G., et al., *Temporary employment and risk of traumatic occupational injuries* (soumis).
- (10) Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J.L., Rodríguez, C., Increased socioeconomic differences in mortality in eight spanish provinces, *Soc Sci Med*, 1995;41:801-7.
- (11) Lostao, L., Regidor, E., Aiach, P., Dominguez, V., Social inequalities in ischemic heart and cerebrovascular disease mortality in men: Spain and France, 1980-1982 and 1988-1990, *Soc Sci Med*, 2001, 52:1879-87.
- (12) Urbanos, R.M., Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. El caso español, 1987-1995 [Analyse et évaluation de l'équité horizontale dans la prestation publique de services de santé. Le cas espagnol, 1987-1995], Madrid, Universidad Complutense, Thèse de doctorat, 1999.
- (13) Navarro, V., Benach, J., and the Scientific Commission for the study of health inequalities in Spain, *Desigualdades sociales en salud en España* [Inégalités sociales en Espagne], Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- (14) Daponte, A., Socioeconomic environment and trends in inequalities in health in Spain (1987-2001), PhD Dissertation (sous presse).
- (15) Artazcoz, L., Cortes, I., Benach, J., Benavides, F.G., Les desigualtats en la salut laboral [Les inégalités de la santé au travail], in Borrell, C., Benach, J. (coords), *Desigualtats en salut a Catalunya* [Les inégalités de la santé en Catalogne], Barcelone, Mediterrànea, 2003:251-282.
- (16) Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., Artazcoz, L., Cortés, I., Menéndez, M., Benavides, F.G., *Work-related health inequalities in Spain* (sous presse).
- (17) Amable, M., Benach, J., González, S., La precariedad laboral y su impacto sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multi-métodos, *Arch Prev Riesgos Laboral*, 2001, 4:169-184.
- (18) Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands, *J Epidem Community Health*, 2001, 55: 639-647.
- (19) Vogel, L., Espagne : la grande faiblesse des services de prévention, *Newsletter du BTS*, N° 21, juin 2003:33.
- (20) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), Plan nacional de seguimiento de empresas con alta siniestralidad, Madrid, 2001.
- (21) Boletín Oficial del Parlamento de Navarra, Declaración política sobre siniestralidad laboral en Navarra, N° 36, 31 mars 2001:9-16.
- (22) Benavides, F.G., Delclos, G.L., Cooper, S.P., Benach, J., Comparison of Fatal Occupational Injury Surveillance Systems between the European Union and the United States, *Am J Industrial Medicine*, 2003, 44:385-391.
- (23) Artazcoz, L., Encuesta sobre condiciones de trabajo: reflexiones y sugerencias [Enquête sur les conditions de travail : réflexions et suggestions], *Arch Prev Lab*, 2003, 6:1-3.
- (24) Whitehead, M., Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European Perspective, *The Milbank Quarterly*, 1998, 76:469-92.
- (25) Borrell, C., Benach, J. (eds), *Desigualtats en salut a Catalunya* [Les inégalités de la santé en Catalogne], Barcelone, Mediterrànea, 2003.
- (26) Boix, P., Sprint o carrera de fondo. Reflexiones para un balance de situación acerca de la prevención de riesgos laborales, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 1999, 14:17-32.
- (27) García Jiménez, J., Rapport présenté lors d'une conférence organisée par la Confédération générale grecque du travail, Pirée, avril 2003.
- (28) Bonet, X., Centre d'Estudis i Recerca Sindicals (CERES) [Centre d'études et de recherches syndicales], Communication personnelle, janvier 2004.
- (29) Miguélez, F., Strike over accidents and subcontracting in construction sector, 2000. <http://www.eiro.eurofound.eu.int/2000/04/word/es0004282fes.doc> [page consultée le 08-01-04].
- (30) García, J., ¿Quién paga la no prevención? [Qui paie l'absence de prévention?], *Por experiencia*, N° 23, janvier 2004:8.
- (31) Benach, J., Muntaner, C., Benavides, F.G., Amable, M., Jódar, P., A new occupational health agenda for a new work environment, *Scand J Work Environ Health*, 2002, 28:191-6.