

DJOUDI BOURAS[*]

Essai d'évaluation des seuils de prise en charge et de l'impact économique des accidents du travail et des maladies professionnelles

L'environnement physique, économique et social de l'homme produit une somme de facteurs de risques qui tendent à influencer significativement le profil de morbidité des populations exposées[1]. Certains de ces risques tendent à se multiplier sous l'effet de l'accélération du rythme de développement, c'est-à-dire de l'intensification des échanges homme-nature.

Des risques à fort taux de survenance sont généralement intégrés comme préoccupation de l'action médico-sanitaire et l'action des secteurs sanitaires s'élargit à répondre aux multiples sollicitations externes, formulées par l'environnement physico-humain dans lesquels ils s'insèrent.

Parmi l'éventail des risques dommageables à la société et à l'individu, le problème des accidents du travail et des maladies professionnelles appelle une attention particulière, en raison de ses incidences économiques, sociales et humaines profondes et multiformes. Il constitue, en outre, un indicateur significatif des conditions de travail et du dispositif de protection et de prise en charge médicale en milieu ouvrier. Le problème des accidents du travail et des maladies professionnelles est, d'abord et avant tout, un problème de santé publique et dont les prolongements économiques sont importants du fait qu'il s'attache à une population en activité et donc, productive.

Toute altération de l'état de santé d'un travailleur présente une série de résultats qui ont pour effet :

- d'affecter, plus ou moins gravement, la vie sociale et familiale de l'individu et de rendre problématiques les conditions de sa reproduction sociale en tant qu'individu producteur ;
- d'impliquer, sous une forme directe, un manque à gagner pour l'entreprise qui l'emploie et, partant, pour l'économie nationale. Ce manque à gagner est d'autant plus important que l'altération subie est grave, invalidante ou irréversible.

Aussi, le profit qui peut être tiré de l'investigation du problème des accidents du travail et des maladies professionnelles est double :

– D'une part, d'éclairer le processus par lequel le système de prise en charge médicale répond à une demande localisée et s'adapte à un milieu régi par une organisation et des règles de fonctionnement spécifiques. Il ne s'agit pas seulement de la réponse d'un service spécialisé ou d'un segment de soins particuliers, mais de toute une organisation, en place, dont l'objet est de prévenir, efficacement, et de réparer avec le minimum de dommages, pour préserver la santé, et donc le potentiel productif des travailleurs. La médecine du travail déborde du champ médical (psycho-somatique) proprement dit pour répondre à des préoccupations, de plus en plus larges, nées de la complexification du travail humain et pour faire de la prévention des risques professionnels son objet principal.

Evoquant le problème de la fatigue et de ses répercussions neuropsychiques, H. Bartoli^[2] en vient à résumer le champ des préoccupations du médecin du travail, lequel, «déjà hygiéniste, chimiste, technologue et ergonomiste, devient également neuro-psychiatre».

En égard à son objet et, compte tenu des facteurs propres, qui lient son activité, simultanément à l'entreprise, et au secteur sanitaire, il s'agira, pour nous, de situer le niveau de développement de la médecine du travail et ses dysfonctionnements.

– d'autre part, de tenter une évaluation de l'impact économique, notamment en termes de coût monétaire, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les données statistiques descriptives du phénomène montrent, en effet, sa tendance à prendre des proportions de plus en plus importantes. Les états de morbidité, de mortalité et de handicap qui en résultent, produisent des coûts assez considérables, tant du point de vue de leurs effets socio-économiques directs, que des conséquences en chaîne, répercutées sur différents segments d'activité. Entre les prestations versées par la Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents du Travail (CNASAT), le coût de prise en charge médicale et le coût d'opportunité direct, comptabilisant le manque à gagner de l'entreprise, consécutivement à l'immobilisation du travailleur, il est, également laissé, l'expression aux coûts indirects monétaires et non monétaires et qui posent de multiples problèmes de quantification.

Cette étude des accidents du travail et des maladies professionnelles sera envisagée suivant trois axes :

- mesurer l'ampleur du phénomène observé et, éclairer sous un angle épidémiologique, les principales causes qui lui sont attachées ;
- situer le niveau atteint par la prévention des risques professionnels et faire un constat de l'impact de la médecine du travail ;
- déterminer les éléments de coûts subis à différents niveaux d'opérateurs et qui entrent dans la composition du coût économique et social.

1. Importance des accidents du travail en Algérie

Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont crû d'une manière significative, ces dernières années, en incidence, en prévalence et en gravité.

Ces phénomènes sont liés à des facteurs multiples dont l'accroissement de l'emploi dans les secteurs de l'Industrie et du B.T.P., secteurs présumés à risques. De même que la recherche de la productivité et les conditions de réalisation des projets de développement, suivant des critères de coût minimum, ont souvent occulté les problèmes relatifs à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs.

L'exposition des travailleurs aux risques professionnels est amplifiée par le manque d'expérience industrielle, les conditions de travail souvent astreignantes, les insuffisances observées dans l'hygiène individuelle et collective, les conditions de vie des travailleurs et un niveau de formation, donc d'aptitude à l'emploi postulé, très rudimentaire pour les catégories de personnels les plus exposées.

La prise en charge de la protection des travailleurs souffre d'un certain nombre d'insuffisances, tant au plan de la mise en place de moyens élémentaires de sécurité, qu'au plan de l'encadrement médico-sanitaire des populations exposées.

La conjonction de ces facteurs amplifie les risques et produit des niveaux de traumatismes et de morbidité qui dépassent assez largement les seuils tolérés.

1.1. Quelques données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

De moins de 40.000 en 1970, le nombre total des accidents du travail déclarés est passé à près de 100.000 en 1985. Nous avons cependant toutes les raisons de croire que les statistiques disponibles ne reflètent pas tout à fait la réalité des accidents survenus[3].

En première estimation, le volume des accidents du travail survenus durant la période, n'est pas seulement imputable à l'accroissement du volume de l'emploi, comme on pourrait le croire, dans une première analyse, mais résulte, également, de la détérioration des conditions d'hygiène, de sécurité et de protection des travailleurs. Ainsi, le taux global des accidents rapporté au volume des effectifs assurés est passé de 3,63 % en 1970 à 4,62 % en 1985, avec une hausse quasi-régulière sur toute la période d'observation.

Les accidents, avec arrêt entraînant une interruption de travail plus ou moins prolongée, par rapport au nombre total des accidents, ont également augmenté, passant de 64,23 % en 1970 à 74,3 % en 1985. L'interruption ainsi provoquée est comptabilisée en nombre de journées de travail perdues. En 1985, l'économie nationale a perdu

1.584.257 journées de travail, du fait des accidents, ayant provoqué un arrêt.

La durée moyenne des immobilisations, correspond à un accident, avec arrêt, en diminution depuis 1977, amorce une reprise à partir de 1983 et passe de 20,8 à 23,6 jours, en moyenne, en 1986. Proportionnellement au nombre des assurés, les accidents avec arrêt sont en diminution, mais provoquent, en tendance, une plus grande immobilisation des travailleurs, c'est-à-dire augmentent en gravité. Le taux d'incidence (nombre des accidents, avec arrêt, pour 1000 salariés) a évolué dans les proportions suivantes entre 1977 et 1985 :

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Taux d'incidence	51,0	46,7	44,0	43,8	39,3	35,6	35,8	32,3	32,7

Le nombre des accidents graves ayant entraîné une incapacité physique partielle (IPP) représente une moyenne de 10 % du nombre des accidents avec arrêt. Leur volume connaît une relative stabilité, entre 1977 et 1982 et se situe autour d'une valeur médiane de 6.600 par an, avec une tendance à la hausse qui se dessine à partir de l'année 1983. A l'exception d'un léger fléchissement en 1983, les taux d'IPP produits par les accidents graves enregistrent, aussi, une tendance générale à la hausse.

Le nombre des décès correspondant aux accidents mortels est, lui aussi, en progression, passant de 341 en 1977 à 678 en 1985, soit un taux d'accroissement d'environ 100 %. En comparaison, le nombre total des accidents graves a crû de seulement 12 % durant la période.

Les accidents, avec arrêt, graves et mortels, entraînent l'exclusion temporaire ou définitive du cycle de production des travailleurs atteints. En plus du nombre de journées perdues, suite à l'absentéisme, provoqué par les accidents avec arrêt, il y a lieu de comptabiliser les journées perdues du fait des invalidités et des décès survenus. Les normes de manque à gagner, calculées par le BIT représentent 6.000 journées de travail par décès ou taux d'invalidité de 100 %. Le calcul correspondant, toutes catégories confondues, montre que l'économie nationale a perdu, en 1985, l'équivalent de 11 millions de journées de travail, représentant le nombre de journées fournies par un collectif de 60.000 travailleurs, employés à plein temps, durant toute l'année.

Par secteur d'activité, c'est le BTP qui vient en première position quant au degré d'atteinte avec :

- 35,1 % du nombre total des accidents ;
- 38,6 % du nombre de journées perdues ;
- 46,8 % du nombre total des décès en 1984.

En raison de sa prédominance numérique, du point de vue du volume des effectifs des assurés sociaux et du faible niveau de protection dont il fait l'objet, le secteur du BTP exerce un effet certain sur la configuration et l'évolution des grandeurs significatives des accidents du travail.

En termes de gravité, le secteur de la chimie se situe en première position avec 66 accidents graves pour 1000 salariés, représentant plus du double de la moyenne des secteurs. En nombre d'accidents, avec arrêt, le secteur de la métallurgie (ISMME) enregistre le taux le plus élevé avec 82,4 ‰ avec une moyenne des secteurs de 35,6 ‰.

Statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles

Évolution de 1977 à 1985

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Effectif des assurés	1.096.246	1.265.086	1.439.445	1.504.217	1.728.410	1.775.021	1.825.000	1.955.565	1.946.000
Accidents avec arrêt	55.959	59.100	63.343	65.804	67.859	63.200	65.354	63.135	63.650
Accidents graves	6.304	7.009	6.747	6.474	6.671	6.188	6.129	7.319	7.067
Accidents mortels	341	482	439	462	571	438	640	620	678
Journées perdues par incapacité temporaire (1000)	1.293,5	1.408,3	1.475,9	1.419,1	1.448,3	1.316,6	1.411,5	1.440,3	1468,4
Somme des taux d'incapacité physique partielle	103.721	117.400	112.928	109.408	111.982	105.486	99.981	118.584	110.599

Source : CNASAT.

Évolution des maladies professionnelles déclarées

<i>Année</i>	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Nature de l'affectation :								
Intoxication par toxiques minéraux et composés du carbone	8	7	65	86	44	23	26	12
Intoxication par toxiques organiques	1	3	1	2	2	14	12	14
Pneumoconioses	13	34	17	37	89	160	181	171
Dermatoses et manifestations allergiques	59	93	69	64	55	72	96	141
Affectations causées par les ambiances physiques	17	62	90	8	44	46	38	64
Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires	4	11	10	3	4	5	31	66
Non précisée	34	48	27	53	89	14	14	62
TOTAL	136	258	279	253	327	334	398	530

Source : CNASAT, Bulletin de Statistiques Courantes O.N.S., Décembre 1987.

Le nombre et les taux d'atteinte des maladies professionnelles souffrent de sous-déclarations autrement plus importantes que les accidents du travail, en raison du fait qu'elles ne sont pas systématiquement dépistées et sont souvent diagnostiquées, en dehors des lieux de travail. De même que le tableau des maladies professionnelles – 62 maladies répertoriées en 1975 – n'a pas été modifié et actualisé depuis et ce, en dépit de l'essor industriel qui a précédé et suivi cette date.

Les données statistiques disponibles sont, de ce fait, loin de cerner avec précision le phénomène.

Les maladies professionnelles ou non-professionnelles, transposées en milieu de travail sont souvent aggravées par des conditions de vie qui ne répondent pas aux conditions de la reproduction de la force de travail et un diagnostic tardif, établi souvent, à partir du seuil d'irréversibilité.

Des études ponctuelles, réalisées dans certains secteurs d'activité, ont pu montrer la véritable dimension du problème des maladies professionnelles^[4] :

- Dans le secteur minier, on a pu relever un nombre important de travailleurs intoxiqués par le mercure (85 sur 145 examinés) à Azzaba, alors que dans la mine de Ain-Barbar, 35 % des travailleurs examinés étaient atteints de tuberculose professionnelle.
- Dans le secteur des textiles, 90 % d'un échantillon de 110 travailleurs étaient fortement atteints de surdité.
- Dans une unité de fabrication d'accumulateurs, 40 % des effectifs étaient atteints de saturnisme professionnel (intoxication par le plomb).

Ces quelques données partielles, prises parmi plusieurs autres données tout autant significatives soulignent l'importance du phénomène, sans qu'il soit possible de le cerner avec plus d'exactitude. L'insuffisant encadrement médico-sanitaire des unités de production et le manque de moyens appropriés d'investigation et de diagnostic occultent le problème et, de ce fait, ne permettent pas un dépistage précoce de la maladie. Cela n'implique souvent aucune mesure de protection particulière et l'exposition au risque peut se prolonger indéfiniment.

1.2. Causes immédiates des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont une étiologie très large qui déborde du domaine médical proprement dit. Aussi, l'interférence de causes exogènes résultant de l'influence de l'environnement et des conditions de vie, et endogènes résultant des conditions de travail et de protection, conduisent à traiter le problème sous un angle épidémiologique.

L'approche épidémiologique permet «d'établir un lien entre l'incidence des traumatismes et différentes variables et permet d'identifier les facteurs et combinaisons de facteurs les plus importants et qui auraient un intérêt dans les essais de lutte contre la morbidité et la mortalité dues aux accidents de la route et aux accidents professionnels[5].

Les accidents du travail apparaissent comme étant le résultat ultime d'un certain nombre de facteurs convergents, internes et externes au cadre professionnel, et toute politique dirigée de lutte en faveur de leur réduction doit tenir compte de l'ensemble des paramètres qui leur sont attachés.

Au titre des causes exogènes, extra-professionnelles, il y a lieu de considérer le problème des conditions de la reproduction de la force de travail comme étant prépondérant. Les conditions de vie confèrent au sujet, suivant les niveaux d'exposition au risque, une plus ou moins grande vulnérabilité par rapport à ses prédispositions physiques, psychiques, intellectuelles à accomplir certaines tâches.

Certaines relations de cause à effet tendant à démontrer l'influence positive des conditions de vie, par rapport à la survenance des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été mises en évidence. Quand elles sont associées à des niveaux de protection peu adaptés ou insuffisants, elles conduisent à des accidents plus nombreux et plus graves et à une morbidité amplifiée.

Les conditions socio-économiques attachées à la reproduction de la force de travail et qui intéressent directement le problème des risques professionnels concernent trois niveaux d'implications :

– certains caractères culturels larges, attachés à différents groupes des populations, et qui sont significatifs de niveaux de comportement

en adéquation ou en inadéquation avec le travail parcellisé et répétitif, des mesures de protection imposées, l'hygiène individuelle et collective... Ces facteurs de comportement ne sont pas figés et sont très sensible aux effets de démonstration et à toute autre forme de suggestion ;

– le profil de qualification professionnelle de la force de travail : niveau d'éducation d'alphabétisation, expérience industrielle,...

– les conditions de vie attachées à la reproduction de la force de travail comme niveau de satisfaction qualitative et quantitative des besoins correspondants : alimentation, loisir, logement, transport...

L'analyse de ces conditions n'entre pas directement dans l'objet de la présente étude. Cependant, les données disponibles indiquent des seuils de reproduction de la force de travail nettement insuffisants pour certains groupes sociaux. D'autre part, leur niveau de qualification professionnelle, très bas, contribue à les désigner comme étant des victimes potentielles des accidents du travail. Les statistiques d'accidents du travail disponibles montrent que c'est la catégorie des manoeuvres et des ouvriers spécialisés qui est la plus touchée. La part relative de cette catégorie représentait, par rapport aux volumes globaux, en 1982 :

- 67,9 % des accidents avec arrêt,
- 64,2 % des accidents graves,
- 52,8 % des décès,
- 64,8 % des taux d'incapacité physique partielle.

Les causes endogènes résultent de la combinaison de contraintes techniques véhiculées par les instruments de travail et de l'organisation du procès de travail. Ces contraintes opèrent à trois niveaux :

– suivant l'intensité du travail, les cadences exigées et l'état de la division du travail. Celle-ci tend à impliquer une perte d'intérêt pour la tâche accomplie et substitue des mécanismes de réflexes à des mécanismes conscients et coordonnés ;

– au niveau de l'ambiance de travail qui produit ses propres éléments de risque «bruits, ambiance thermique, humidité relative, mouvement de l'air, éclairage, saletés, poussières, esthétique générale des moyens de production, apportent leur tribut à la charge de travail[6] ;

– suivant l'exposition au risque et les mesures de protection dont a été entourée l'exécution des tâches.

Certains facteurs aggravants tel que le travail de nuit, le travail posté, certaines expositions particulières au danger... accentuent les risques, tout en entraînant une usure physique prématurée du sujet et une diminution des réflexes née, quelquefois, d'un dérèglement des processus métaboliques.

Le caractère récent de l'expérience industrielle de l'Algérie et les phénomènes d'inadaptation aux postes de travail, associés à une insuffisante sensibilisation au problème des risques professionnels et à des mesures de protection parfois réduites à leur plus simple expression tendent à accroître démesurément, dans certains secteurs, tel le BTP, le nombre des accidents du travail.

Les examens psychosomatiques d'embauche n'étaient pas, jusqu'à une date récente, systématiquement réalisés, ce qui a entraîné, dans certains cas, la transposition de maladies et de tares physiologiques en milieu professionnel, développant ainsi les cas d'inadaptation au travail.

Du côté de l'employeur, les préoccupations de sécurité sont absentes dans les contrats de réalisation des projets. Certaines mesures de protection sont sacrifiées aux coûts ou à d'autres considérations entrant dans les conditions d'acquisition des équipements. Certains équipements, conçus pour les travailleurs des pays industrialisés, s'adaptent difficilement (moyennant un effort physique permanent) aux conditions de taille et de force physique des travailleurs des pays non industrialisés[7]. Ni le médecin du travail, ni un autre corps de profession concerné par l'hygiène et la sécurité en milieu professionnel ne sont associés à la conception et à la réalisation des projets de développement et les conditions de sécurité sont laissées ainsi à la discrétion du constructeur étranger. Les normes de sécurité sont souvent insuffisantes, parfois inadaptées au contexte algérien, ou peuvent simplement échapper à la compréhension ou même à l'entendement des travailleurs.

En matière de moyens de protection individuels (gants, casques, lunettes,...) le marché national est insuffisamment fourni ; certains moyens de protection dont le port est obligatoire ne sont pas systématiquement portés et certains travailleurs tendent à rejeter tout ce qui gêne leur mouvement ou les encombre, faute de mesures strictes de sécurité, ou d'une sensibilisation appropriée[8].

La situation au plan de l'hygiène du travail reste l'objet de préoccupations. A différents niveaux de gravité, l'ensemble des établissements industriels sont concernés par le problème d'hygiène, de l'environnement et des ateliers. Aussi, des négligences graves voire mortelles sont-elles souvent constatées.

Ces quelques observations situent différents niveaux de carences qui caractérisent la prévention des risques professionnels. Une partie de ces insuffisances est directement imputable aux conditions de l'exercice de la médecine du travail laquelle n'arrive pas, pour un certain nombre de raisons que nous nous proposons d'examiner maintenant, à réaliser l'ensemble des missions qui lui sont confiées.

2 – Impact de la médecine du travail

L'accident du travail peut être défini comme étant «l'atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une cause

extérieure, d'un traumatisme survenu, quelle qu'en soit la cause par le fait ou à l'occasion d'un travail»[\[9\]](#).

De par ses causes, l'accident du travail peut être dû à des causes fortuites, à l'insuffisance ou au non-respect des règles de sécurité, à des facteurs humains d'adaptation... L'origine des accidents étant difficilement identifiable, la classification qui en est faite se base généralement sur l'élément matériel en cause : poussières, chutes, électrocution... Partant de ces considérations et si la responsabilité de la médecine du travail paraît pleinement engagée dans le domaine du dépistage des maladies professionnelles, il peut ne pas en être ainsi, s'agissant d'accident du travail, obéissant à des causes autant fortuites qu'imprévisibles.

Une étude statistique effectuée sur 342 cas d'accidents mortels a donné les résultats suivants :[\[10\]](#)

- 20 % sont dûs à des causes fortuites,
- 37 % des accidents sont dûs à une absence de mesures préventives et à une protection insuffisante,
- 43 % des accidents sont dûs à une mauvaise adaptation de l'homme à son travail (facteur humain).
- Parmi les cas mortels imputables au facteur humain,
- 25 % sont des fausses manœuvres exécutées par des ouvriers non qualifiés,
- 28 % sont des accidents survenus à des ouvriers qui n'auraient pas dûs être occupés à ces postes de travail,
- 47 % sont des incapacités physiologiques vis-à-vis de l'emploi.

Suivant ces observations et relativement à son objet théorique, la médecine du travail intervient sur plusieurs fronts et développe plusieurs types d'actions :

– Une action médicale de type classique et qui se manifeste sous la forme d'une exploration psychosomatique du candidat à l'emploi sous la forme de visites périodiques pour suivre l'aptitude au travail.

– Une action sanitaire qui concerne l'hygiène des ateliers, l'éducation sanitaire des travailleurs... Les préoccupations attachées à l'hygiène et à l'ambiance de travail restent essentielles, en ce sens, qu'elles prennent en charge, dans un but préventif, «l'étude de l'environnement de l'homme au travail et prennent en compte tous les paramètres qui relient la physiologie humaine aux exigences de la tâche»[\[11\]](#).

– Une action ergonomique dont l'objet est de juger de l'adaptation de l'homme au poste de travail en partant des conditions physiologiques requises, par rapport aux exigences du poste de travail : effort physique, tension nerveuse, acuité visuelle, auditive, facultés intellectuelles, psychiques,...

– Une action technique d'identification des risques professionnels en relation avec certaines données technologiques (pollution, apparition

de nouveaux agents pathogènes,...).

La prise en charge de ces différentes fonctions reste conditionnée, tant par les moyens humains, matériels et réglementaires dont disposent les services de la médecine du travail, que par la qualité de leur articulation avec l'entreprise qui constitue le point d'impact de leur activité et avec les secteurs sanitaires qui leur fournissent l'essentiel de leur assise logistique.

Afin de donner une image plus complète des contraintes subies par la médecine du travail à différents niveaux, nous nous proposons d'examiner, brièvement, en premier point, l'organisation de la prévention des risques professionnels et en second point, les conditions de prise en charge par les structures de santé publique.

2.1. L'organisation de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise

L'action de la médecine du travail reste intimement liée à celle des commissions d'hygiène et de sécurité (organes de la GSE, créés en 1974) et qui sont chargées de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Les relations privilégiés de ces commissions, en tant que commissions paritaires, avec la direction de l'entreprise, avec l'inspection du travail (à qui elle fait part, suivant une procédure réglementaire, des accidents du travail), avec le médecin du travail (qui est son conseiller attitré et avec le collectif des travailleurs (dont elle est l'émanation) en font le centre nerveux du système de prévention tel qu'il est conçu.

Cependant, le bilan établi après plus de 10 ans de fonctionnement, fait ressortir de nombreuses insuffisances et, à l'heure actuelle très peu de CHS ont rempli convenablement leur mission. Parmi les raisons qui expliquent cet échec relatif, il y a lieu de citer [\[12\]](#) :

- Le renouvellement périodique des commissions qui s'est opposé à la capitalisation de l'expérience, ce qui dénote une forme d'organisation inappropriée au contexte ;
- Le peu de qualification de ses membres dans les domaines couverts ;
- Le peu d'appui et de soutien prodigués par la Direction qui n'a pas accordé l'attention nécessaire à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- L'absence de liens et de points de jonction entre les CHS d'unité et de secteur qui auraient permis l'échange d'expérience et une organisation plus efficiente de la prévention.

Pour l'ensemble de ces raisons et qui ne sont certainement pas exhaustives, les CHS, dans leur grande majorité, n'ont pu jouer le rôle qui était attendu d'elles et, de ce fait, la médecine du travail s'est trouvée coupée de son prolongement au niveau de l'entreprise. Ceci a notamment eu pour conséquence de la priver d'un point d'ancrage qui

lui aurait permis de s'implanter véritablement sur les lieux de travail. Et c'est ce qui explique, au moins partiellement, l'occultation de la fonction de prévention en entreprise.

Autour des CHS gravitent des organismes et institutions publics spécialisés chargés de la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'amélioration des conditions de travail : Institut National d'Hygiène et de Sécurité (INHS), Organisme de Prévention du Secteur du Bâtiment (OPREBAT), Organisme de Prévention des Assurances Sociales (qui gère le fond des accidents du travail) ainsi que les inspections du travail qui jouent un rôle de contrôle de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires, en matière d'hygiène et de sécurité du travail.

L'INHS et l'OPREBAT constituent un support logistique pour les entreprises et fournissent une somme de prestations de services : documentation, formation, stages de sensibilisation, études techniques...

L'action conjuguée des différents organismes, bien que présentant les prémisses d'un renforcement accru, n'a toutefois pas eu l'impact escompté dans les différents domaines couverts :

- En raison du manque d'engagement des CHS à assurer les liaisons attendues entre les situations professionnelles et les activités de prévention développées par ces organismes ;
- En raison de l'insuffisante sensibilité des opérateurs économiques et des employeurs aux problèmes des risques professionnels ;
- En raison de moyens et, consécutivement, d'un volume d'activité relativement peu suffisant, ainsi que d'une démarche assez peu adaptée au contexte.

Dans le domaine de la médecine du travail et jusqu'en 1984, le principal opérateur concerné par la prévention des risques professionnels était l'ONIMET (Office National Inter-Entreprise de Médecine du Travail).

A la veille de sa dissolution, l'assiette contractuelle de l'organisme était constituée de 14.000 entreprises totalisant un effectif de 600.000 travailleurs. De 1981 à 1983, 536.499 consultations ont été effectuées dans un cadre professionnel (visites d'embauche, de contrôle, interventions,...). Les entreprises recourant aux prestations de service de l'ONIMET contribuaient, par des versements financiers, au prorata du nombre de travailleurs, et étaient suivies à échéancier plus au moins fixe, alors que les entreprises à risques ou importantes sur le plan des effectifs pouvaient créer, avec le concours de l'ONIMET, leurs propres centres de médecine du travail. Les avantages tirés du fonctionnement de l'ONIMET étaient assez nombreux dont entre autres :

- la contribution à la création d'un environnement spécifique de dépistage, de prévention et de recherche ;

– la coordination plus étroite avec les secteurs et branches d'activité permettant une approche sectorielle des problèmes de médecine du travail ;

– la cohérence des actions engagées dans le secteur de la médecine du travail.

Au plan des inconvénients, il y a lieu de souligner le détachement de la médecine du travail des autres disciplines médicales et sa non prise en charge, en tant que spécialité, aux niveaux hospitalo-universitaire et de la recherche médicale. A cela s'ajoutent les diverses contraintes de fonctionnement parmi lesquelles :

* L'insuffisante coordination entre le secteur de la santé publique et celui du travail, à l'origine d'un hiatus entre les actions développées par l'ONIMET et leur prolongement au niveau des structures de santé publique (analyses médicales, soins...).

* Une couverture inégale des secteurs d'activité : étant issu de la restructuration de groupements privés de médecine du travail, l'ONIMET s'est appuyé, pour développer son action, sur les structures existantes qui ont naguère, manifesté très peu d'intérêt pour les secteurs d'activité à risques élevés (cas des mines...).

* Le manque de moyens d'investigation et de praticiens. En 1981, pour un effectif suivi de 550.000 travailleurs, 138.444 visites médicales, 443 visites d'entreprises et 16.764 examens complémentaires ont été réalisés avec un effectif de 45 médecins. Suivant les statistiques disponibles, on peut noter à partir de 1978 un déclin du volume de l'activité de l'ONIMET :

	Nombre de travailleurs affiliés	Visites médicales	Taux de couverture
1978	457 000	215 320	47,1 %
1979	505 000	194 000	38,4 %
1980	459 000	140 000	30,5 %
1981	550 000	130 000	23,6 %

Source : ONIMET. Bilan de l'activité 1981.

La dissolution en Février 1984 de l'ONIMET a permis le transfert de ses attributions aux services de médecine du travail créés auprès des secteurs sanitaires [\[13\]](#).

A l'heure actuelle, tous les secteurs sanitaires semblent avoir procédé à la mise en place de Services de Médecine du Travail (SMT). Par contre, ainsi que nous le verrons, les conditions de fonctionnement de ces SMT offrent une panoplie de situations particulières et se heurtent à des contraintes nées de l'opacité de l'environnement dans lequel

s'insère l'activité, du manque de moyens et d'une imprécision des règles de fonctionnement.

L'identification des structures médico-sanitaires attachées à la médecine du travail conduit à évoquer, succinctement, la contribution des centres médico-sociaux (CMS). Malgré leur nombre relativement important (près de 500 dénombrés en 1984), la contribution des CMS à la médecine du travail a été jugée assez peu efficace. Le contenu de l'activité des CMS «n'offre pas de prédispositions particulières à s'intéresser à la médecine du travail, sinon sous l'angle de soins curatifs ou de visites, dans un cadre général, sans qu'il y ait, forcément, rapport avec les risques et la réalité des maladies professionnelles»^[14]. Avec la restructuration des entreprises, les CMS ont été intégrés sur le plan des conditions de leur fonctionnement au secteur de la santé publique. Certains d'entre-eux ont reconverti leur activité et servent, de ce fait, de point d'appui au niveau de l'entreprise à la médecine du travail.

Ce bref tour d'horizon du contenu de l'action développée par les opérateurs chargés directement ou indirectement de la prévention des risques professionnels conduit à plusieurs conclusions :

* La prise en charge des risques professionnels reste fragmentaire et n'est pas soumise à une réglementation appropriée ;

* Le manque de complémentarité entre différents intervenants... «il n'existe actuellement aucune coordination particulière qui permette d'organiser leur apport respectif à une prise en charge correcte de la politique de prévention des risques professionnels. Cela se traduit par une absence de clarification des concepts de la prévention réduite, le plus souvent, à la défense du patrimoine, ce qui revient à développer des services de gardiennage ou de lutte contre l'incendie au détriment de la sécurité des travailleurs des machines et des installations».

La médecine du travail ne s'est pas intégrée efficacement aux préoccupations de protection contre les nuisances professionnelles des travailleurs ; elle n'a pas pu trouver auprès des CHS, notamment, l'assise nécessaire à l'extension et au développement de ses activités.

Le cadre de l'exercice de la médecine du travail apparaît ainsi, et de prime abord, comme étant marqué par de multiples contraintes qui s'ajoutent à celles vécues par le service, lui-même, et que le chapitre suivant se propose d'examiner à la lumière de deux années d'expérience de fonctionnement des SMT.

2.2. Les conditions de prise en charge par les structures de santé publique

L'évaluation des conditions de prise en charge par les structures de santé publique peut paraître assez prématurée au regard de l'intégration récente de la médecine du travail dans le cadre de l'activité des secteurs sanitaires. En effet, l'appréciation des formes de structuration d'un service, encore marqué par l'instabilité de son

assise matérielle humaine et organisationnelle, peut manquer d'objectivité et anticiper sur une situation appelée à être améliorée et qui ne peut être jugée sur ses résultats actuels.

D'un autre point de vue, il semble nécessaire d'évaluer l'expérience acquise au bout de deux années d'activité, au moins pour esquisser certaines tendances. Si le secteur de la médecine du travail peut mûrir et se développer progressivement, suivant les moyens dont il sera doté, l'état de santé des travailleurs n'attend pas et les insuffisances observées dans la prise en charge à n'importe quel moment, se répercutent négativement sur l'état de santé des travailleurs, induisant des coûts économiques et sociaux importants, à la charge de la collectivité.

L'environnement, pesant d'un poids relativement contraignant, joue comme facteur limitatif de l'extension du champ d'action de la médecine du travail. Dans ces conditions, la portée de cette action se trouve restreinte au domaine médical, sans atteindre la dimension préventive attendue.

A l'heure actuelle, et en dehors de certains rares services qui ont fait oeuvre de pionniers et qui ont obtenu des résultats très encourageants, la médecine du travail ne dispose pas de point d'ancrage véritable au niveau des secteurs et établissements de production.

A cette configuration d'ensemble vis-à-vis du secteur de la production, s'ajoutent les contraintes particulières propres au secteur de la santé :

* Contraintes de fonctionnement de la médecine du travail en tant que service disposant d'une somme de moyens tendant à la réalisation d'un nombre précis d'objectifs, fixés réglementairement.

* Contraintes de l'articulation des services de médecine du travail aux autres services des secteurs sanitaires et des conditions de prise en charge des accidents de travail et maladies professionnelles par les structures de santé publique pour les analyses complémentaires et les soins ambulatoires et hospitaliers.

En dépit de la création généralisée de services de médecine du travail auprès des secteurs sanitaires (SS), le taux de couverture des besoins des unités de production reste insuffisant, qualitativement et quantitativement. Souvent, l'activité de médecine du travail garde un cachet plus dominé par l'aspect curatif, ce qui met en évidence le fossé qui continue de la séparer de la production. En raison du cadre de coopération médico-professionnel peu valorisé et de la faiblesse des moyens tant humains que matériels, la prévention accuse un retard assez préjudiciable au développement de la médecine du travail.

2.2.1. Organisation et activité des services de médecine du travail

Les conditions de fonctionnement des SMT, en tant que centres autonomisés, les uns par rapport aux autres, couvrent des réalités

diverses qui ne peuvent être approchées d'une manière extensive. Leur organisation n'est également pas uniforme, tant du point de vue implantation, que du niveau de développement des réseaux.

L'examen des situations vécues en matière d'organisation révèle certains cas d'adaptation assez remarquables qui contrastent avec un déphasage parfois total dans d'autres cas. L'expérience du SMT de Rouiba, à l'instar d'autre SMT, illustre un type d'organisation qui essaie de s'adapter à une forte demande née de la forte concentration industrielle qui caractérise cette région.

Le SMT du secteur sanitaire de Rouiba fonctionne à la manière d'un centre de coordination qui réalise, simultanément, plusieurs fonctions : de formation, de médecine du travail, de documentation médicale, de prestations de soins et de dépistage des MP, de coordination intersectorielle des centres de médecine du travail (CMT) implantés dans les entreprises importantes, du point de vue de leur effectif, ou présumés à hauts risques (fonction inter-entreprise).

Suivant cette organisation, le centre de médecine du travail du complexe véhicules industriels (20.000 travailleurs) fonctionne, lui aussi, à la manière d'un centre de coordination et coiffe plusieurs centres secondaires correspondant aux différents ateliers qui composent le complexe (forge, carrosserie, fonderie, usinage). Il dispose, à son propre niveau, d'un appareillage de diagnostic et de dépistage (Radiologie, laboratoire d'analyses médicales, appareils d'audiométrie, de spectrométrie, de capacité respiratoire,...) ainsi que du nécessaire pour la petite chirurgie. Le CMT dispose, également, d'un centre de formation. Chaque atelier dispose à son tour de moyens (élémentaires) de diagnostic et gère ses propres dossiers administratifs. Le suivi médical des travailleurs est facilité, comme sont rendus plus efficaces les dispositifs de protection et de prévention mis en place.

Cette organisation est spécifique ; elle est, en fait, redevable des traditions établies en matière de médecine du travail. Aussi, l'intérêt de la mise en place de centres, de médecine du travail au niveau des entreprises et se ramifiant jusqu'au sein des ateliers de fabrication, vaut sur le triple plan :

- de l'efficacité par la prise en charge des problèmes résultant de risques professionnels localisés, ce qui permet d'accumuler l'expérience nécessaire à la recherche de moyens de protection adéquats et d'investir le champ des pathologies professionnelles ;
- de la prévention, par une action de sensibilisation permanente et l'élimination progressive des facteurs de risque ;
- de la réduction des coûts imputables à l'absentéisme : réduction du temps de déplacement du malade et de l'assistante sociale, minimisation du temps d'absence grâce à un diagnostic précoce, et prise en charge des soins de premier recours.

Le C.M.T. travaille en liaison étroite avec les services d'hygiène et de sécurité, par le biais de l'établissement de programmes communs de prévention, incluant la protection médico-sanitaire des travailleurs.

En revanche, les cas d'inadaptation sont très fréquents. Ils peuvent résulter de plusieurs facteurs de blocage de nature diverse. Il s'agit du point de vue des contraintes spécifiques à la médecine du travail, du manque fréquent de moyens matériels et humains, permettant de mettre en place un dispositif, même rudimentaire, de prise en charge.

Il s'agit aussi, du point de vue de facteurs externes, du manque de sensibilisation de certains employeurs qui n'offrent pas à la médecine du travail les moyens même sommaires, de développer son activité (salle de consultation). En raison de son caractère inachevé, le cadre juridique ne précise pas les obligations des employeurs dans le domaine. Dans de nombreux cas, les rejets observés des requêtes des médecins du travail, l'ignorance des mises en demeure formulées par l'inspection du travail et les accidents répétés, ayant quelquefois, la même origine, sans pour autant qu'elle soit éliminée, témoignent d'un manque de sensibilisation des employeurs. Cette constatation n'est pas sans poser le problème de la responsabilité, devant la loi [\[15\]](#).

Si la responsabilité de l'employeur est avérée, il n'est pas fait état des sanctions encourues, ce qui encourage la passivité.

D'autres cas révèlent des services de médecine du travail réduits au contrôle de l'absentéisme au sein de l'entreprise, «encouragés en cela par l'absence d'un statut de médecin de travail codifiant, clairement, ses obligations et ses droits» [\[16\]](#).

En certains endroits, des situations potentiellement conflictuelles existent entre le médecin du travail et l'administration, en raison d'une différence sensible de points de vue dans le domaine de la soumission des travailleurs au contrôle et au suivi médicaux.

En dépit de problèmes organisationnels multiples, la médecine du travail a enregistré un accroissement du volume de son activité entre 1984 et 1985. Le résultat est, de prime abord, imputable à l'élargissement de la base de la médecine du travail ; entre le passage d'une médecine du travail centralisée, conçue à l'échelle d'un organisme inter-professionnel et la décentralisation de l'activité opérée par le biais des secteurs sanitaires, le gain en extension de couverture des risques professionnels peut être assez considérable. A titre comparatif, le nombre de consultations médicales effectuées par l'ex ONIMET, durant les trois dernières années précédant sa dissolution, s'élève globalement, toutes visites confondues, à 536.499.

En seulement deux années d'activité (84 et 85) les S.M.T. ont réalisé 737.326 visites (hors examens), ce qui apparaît comme étant relativement important, comparativement au volume des consultations réalisées par l'ONIMET. Le bilan de l'activité du SMT se présente comme suit pour les années 84 et 85 :

Activités Visites

	<i>VISITES</i>			<i>TOTAUX VISITES</i>		<i>EXAMENS</i>	
	<i>Embauche</i>	<i>Période</i>	<i>Spontan.</i>	<i>Reprise</i>	<i>Médicales</i>	<i>Radiolo.</i>	<i>Bidogiques</i>
1984	40921	107983	84539	38244	271.697	49212	95166
1985	82859	178001	192458	12311	465629	115364	150625
TOTAL	123780	285894	276997	50555	737326	164576	245791
Evol. 85/84	202,5	165,0	227,7	32,2	171,4	234,4	158,3

Activités de Dépistage

	<i>Maladies profession- nelles dépistées</i>	<i>Maladies à caractère profess. dépistées</i>	<i>Changement de postes dûs aux</i>		
			<i>Accidents</i>	<i>Mal.prof</i>	<i>Autres motifs</i>
1984	474	261	2536	226	3965
1985	923	1074	3553	550	3621
Total	1397	1335	6089	776	7568
Evolution 85/84	194,7	411,5	140,1	243,4	91,3

Source : 2e C.N.P.R.P., Mars 1986.

Ainsi, entre 1984 et 1985, on peut constater un accroissement très sensible du volume de l'activité des S.M.T. L'indice de l'activité a été, en moyenne, multiplié par deux.

En relativisant l'interprétation de ces données, trois conclusions principales apparaissent en ce qui concerne les visites :

– En premier lieu, la tendance à la couverture exhaustive des visites d'embauche. Le nombre de celles-ci paraît appréciable, au regard de l'évolution quantitative de l'emploi, durant la période ;

– En second lieu, l'insuffisance quantitative des visites médicales ; celle-ci est corroborée par l'indice de couverture seulement de 23 % (correspondant à un collectif d'environ 2000.000 de travailleurs pour les régimes général et minier en 1985) et ceci sans tenir compte des visites rapprochées des collectifs bénéficiant d'un encadrement médical satisfaisant[17]. Elle est également confirmée par la relative importance des visites spontanées qui représentaient, en 1985, environ 43 % du nombre total de visites.

– En troisième lieu, une tendance à l'amélioration des conditions de prise en charge et de la recherche des causes de morbidité. Le nombre des examens biologiques et radiologiques a doublé entre 1984 et 1985 et le nombre d'analyses médicales correspondant à la

somme des consultations effectuées, exprimé en taux, est passé de 46,6 % en 1984 à 55,7 % en 1985.

Dans le domaine de dépistage, on peut également noter un accroissement sensible de l'activité, en termes relatifs, mais qui reste assez peu significative sur le plan de la quantité. Les causes sont probablement à rechercher au niveau du sous-équipement, en moyens de dépistage, qui caractérise les S.M.T. et d'une insuffisante pénétration du monde du travail.

Au total et au regard de l'évolution enregistrée sur deux années, il y a lieu de souligner le redémarrage de la médecine du travail. Toutefois, son impact reste insuffisant, tant en termes de couverture des besoins, qu'en termes d'élargissement de son champ d'activité.

2.2.2. Articulation avec les structures de soins

En matière de moyens matériels, la situation se présente d'une manière assez inégale suivant les S.M.T. dont on peut dire qu'ils sont, en général, insuffisamment équipés que ce soit en moyens d'investigation ou en moyens de dépistage.

Outre les moyens traditionnels, la médecine du travail utilise un appareillage spécifique permettant d'effectuer certaines mesures de capacité physique des travailleurs (audiométrie, acuité visuelle,...) et d'ambiance de travail (chromatographes...). Certains de ces moyens sont d'un usage exclusif et, en dehors des préoccupations manifestées par certaines entreprises pour leur acquisition, ils ne semblent pas figurer dans la nomenclature des équipements des secteurs sanitaires.

Le dépistage des maladies professionnelles exige le recours à des analyses de laboratoire qui, sans être sophistiquées, exigent néanmoins un minimum de moyens : que ce soit pour la formule sanguine, la glycémie, la recherche du bacille de Koch, ou l'hépatite... Ces examens que ce soit de laboratoire, auxquels sont, en principe, soumis régulièrement l'ensemble des travailleurs, sont pratiqués à grande échelle. Il arrive, très souvent, que les S.M.T., ne disposant pas de moyens adéquats, se voient obligés de recourir aux services de l'hôpital pour la prise en charge de ces analyses et examens complémentaires, ce qui introduit, suivant les secteurs sanitaires, une marge d'incertitude, plus ou moins grande, quant à l'aboutissement, dans les formes et délais fixés, de ces analyses.

L'analyse de l'articulation des S.M.T. avec les autres services structurant les secteurs sanitaires dénote une insuffisante intégration aux activités spécialisées. De ce fait, l'appui technique et logistique que les autres services sont censés fournir aux S.M.T. s'avère, dans de nombreux cas, très réduit. Les examens complémentaires rendus pour le dépistage des maladies professionnelles et les consultations spécialisées restent assez problématiques. Par rapport à la médecine du travail, deux facteurs sont en cause :

– Le premier a trait à l'insuffisante codification des rapports entre les structures de soins et services spécialisés et les S.M.T. qui sont obligés de recourir aux moyens lourds et légers des secteurs sanitaires pour pallier aux insuffisances de leurs équipements ;

– Le second a trait à l'inexistence d'un cadre contractuel régissant les rapports des entreprises et des structures de santé publique. Les rapports entre l'ex-ONIMET et les entreprises étaient établis sur la base de conventions assurant au premier une compensation financière calculée sur la base de la couverture projetée et de l'effectif à couvrir, et à la seconde, une prise en charge et la surveillance de l'état de santé de ses travailleurs. Après l'intégration de l'activité de médecine du travail aux secteurs sanitaires, la gratuité des soins s'appliquant au domaine, les entreprises ne sont plus astreintes aux redevances de couverture. Par ailleurs, l'accroissement du volume des effectifs couverts, consécutivement au redéploiement de l'activité de médecine du travail, ne s'est pas accompagné d'un investissement additionnel visant à couvrir les besoins induits en équipements et produits consommables.

Le problème se prolonge au niveau de la sécurité sociale qui a toujours dégagé un excédent entre les cotisations des employeurs couvrant les risques professionnels et les indemnités versées par la CNASAT aux victimes. La participation forfaitaire de la sécurité sociale au financement des budgets de fonctionnement des secteurs sanitaires ne spécifie pas le type de couverture médicale visé. Entre les différentes structures concernées, la situation reste assez confuse.

Par rapport à la prise en charge des consultations spécialisées et des examens et analyses complémentaires, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de priorité consacrée ni de filière spécifique pour la prise en charge des travailleurs. Les visites s'effectuent, quelquefois, sur recommandations personnelle du praticien ou, massivement, dans un cadre ordinaire de consultation avec rendez-vous. Les délais d'attente sont souvent longs et pèsent d'un poids relatif sur le temps de travail. Cette situation vaut particulièrement pour les petites et moyennes entreprises qui ne disposent pas de centres de médecine du travail ni de moyens élémentaires d'investigation ni même de médicaments d'urgence.

Il existe une relative inadéquation entre le caractère essentiellement curatif des soins dispensés par le secteur sanitaire et le caractère préventif attaché à la médecine du travail. La dotation de celle-ci, en moyens d'investigation spécifiques, sans préjudice de l'appui technique et logistique des autres structures du secteur sanitaire, pourrait permettre de redynamiser et d'intravertir cette activité.

La dernière observation va aux conditions spécifiques de prise en charge des pôles industriels qui concentrent des moyens humains importants et qui sont caractérisés par des risques à fort taux de survenance. Ces pôles nécessitent des moyens d'investigation plus nombreux et plus élaborés que ceux dont ils sont actuellement dotés. Les pôles industriels régionaux, étant identifiés, aucune mesure

dérogatoire ou promotionnelle ne semble avoir été prise à leur endroit : certains de leur S.M.T. ne sont pas mieux lotis que la plupart des S.M.T.

L'affectation rationnelle des moyens disponibles devrait être davantage commandée par la nature, la fréquence et la gravité des risques résultant des activités professionnelles déployées à l'intérieur d'un espace donné, plutôt que par le souci d'adjoindre un service opérationnel de médecine du travail à tout secteur sanitaire quelle qu'en soit la configuration sur le plan des risques. L'accroissement de l'efficacité de la médecine du travail et l'amélioration de l'état de santé des travailleurs passent par une répartition plus judicieuse des moyens suivant des critères de choix plus objectifs.

3- Les coûts des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les coûts induits par les AT et MP se situent à différents niveaux des processus qui lient la victime à son environnement professionnel, social, familial...

A considérer le nombre d'accidents mortels, graves et invalidants ou entraînant une incapacité physique partielle, et l'état pathologique provoqué par certaines MP et qui requièrent des soins longs et onéreux, les pertes subies par l'économie nationale en nombre de journées de travail «perdues» ou en prestations sociales, sanitaires,... s'avèrent être assez considérables.

En raison du fait que les accidents s'attachent à des personnes exerçant des responsabilités professionnelles sociales et familiales, ces coûts, apparaissent comme étant multiformes. Ils sont, de prime abord, le résultat de plusieurs facteurs qui opèrent en concomitance :

- perte de capacité de travail qui se manifeste sous la forme d'une immobilisation plus ou moins longue (la moyenne nationale étant de 22 jours par accident) ou d'une exclusion définitive de la production ;
- détérioration de l'état de santé, ce qui nécessite une réparation plus ou moins longue et plus ou moins coûteuse ;
- perte d'autonomie de la victime qui devra s'appuyer sur toute forme d'aide et de solidarité, familiale ou sociale, pour pouvoir subsister.

Ce sont là les effets immédiats et les plus apparents des accidents du travail. D'autres effets secondaires apparaissent quand on examine les multiples cas de figures induits. Les préjudices subis, à différents niveaux, restent importants et incitent à investir d'une manière plus organisée la notion de coût pour en donner une idée qui se rapproche de la réalité et pour montrer, que du point de vue de leurs incidences secondaires, les AT et MP restent souvent incontrôlables.

3.1. Nature et contenu des coûts

La problématique des coûts des AT et MP est suffisamment large pour englober les principales conséquences, directes et indirectes, résultant de la détérioration de l'état de santé d'un travailleur. Du point de vue de leur acception générale, «the costs of illness comprise not only the direct costs of health care system, but also indirect costs, i.e., the loss of output to the economy due to the presence of illness, disability and premature death» [18].

En s'en tenant à cette approche, deux types de coûts, combinant des effets directs et indirects, sanctionnent les AT et les MP :

- Un coût d'opportunité économique et sociale.
- Un coût de réparation de la force de travail.

Le coût d'opportunité économique et sociale exprime :

- Le manque à gagner subi par l'entreprise et partant par l'économie tout entière, du fait de l'exclusion du processus de production d'un travailleur productif. Ce manque à gagner s'exprime en nombre de journées de travail perdues. Cette perte s'accompagne, en général, de perturbations au niveau des systèmes de production qui obéissent à des scénarios aussi divers que variés, suivant les circonstances de l'accident et la place de l'accidenté, dans la chaîne de production ;

- Le manque à gagner subi par la communauté, du fait de la réduction, à des degrés divers, de l'espérance de vie des accidentés, tout en suscitant un vieillissement prématuré de leur force de travail. D'autre part, les lésions et traumatismes subis par un accidenté conduisent, souvent, à son affectation à un autre poste de travail ne correspondant forcément pas aux aptitudes de l'intéressé.

Le coût de réparation de la force de travail comprend plusieurs niveaux de prestations, dont :

- Les frais de prise en charge médicale, se présentant sous la forme d'actes médicaux (soins hospitaliers et ambulatoires) et paramédicaux (rééducation, cures thermales...). Les effets indirects de coûts sont constitués par des investissements de prévention destinés à supprimer les causes de l'accident ;

- Les frais de prise en charge sociale correspondant aux indemnités de réparation versées par la CNASAT (indemnités journalières de compensation pour incapacité physique temporaire, rente permanente pour incapacité permanente, capital décès pour les ayants-droits) ;

- les préjudices subis par la famille et la collectivité d'appartenance de la victime qui sont d'abord d'ordre affectif. Le manque d'autonomie de la victime va avoir pour résultat «la mise au point d'une série de stratégies de comportements individuels et sociaux destinés à pallier les carences de l'individu malade» [19] par le biais :

- de la redéfinition d'une nouvelle division du travail au sein de la famille ;

– du recours, le cas échéant, à un système organisé de prise en charge sociale.

En raison des multiples implications suscitées par les AT et MP à différents niveaux de la chaîne des processus, il apparaît très difficile de quantifier l'ensemble des coûts induits, certains ne se prêtant à aucune possibilité de quantification, d'autres nécessitant une information souvent indisponible.

Aussi, nous nous limiterons à retracer brièvement le contenu des coûts économiques résultant du manque à gagner, subi par les entreprises, des coûts de réparations sanitaires et de prise en charge par la CNASAT, ces trois postes de coût monétaire étant les plus importants et les plus significatifs.

3.2. Le coût d'opportunité économique

Son incidence la plus directe et la plus expressive résulte, essentiellement, de la perte de production consécutive aux arrêts de travail. L'hypothèse sous-jacente à la quantification de cette perte de production est de considérer qu'un travailleur immobilisé pour des raisons de santé (AT ou MP) procure à l'entreprise et, partant, à l'économie nationale, un manque à gagner équivalent à la productivité moyenne qu'il réalise en période d'activité^[20].

Le calcul de ce manque à gagner se base sur la productivité moyenne, exprimée sous forme de valeur ajoutée, par emploi, observée pour un certain nombre de branche d'activité économique. Etant donné les limites introduites par l'insuffisance de données statistiques, cette évaluation ne sera effectuée que pour les secteurs couverts par le régime général des assurances sociales pour lesquels l'information est disponible (industrie, BTP, commerce). Pour, également, des raisons d'indisponibilité de l'information, elle ne sera établie que pour l'année 1982. Les données de base utilisées pour ce calcul sont :

- l'emploi total, toutes catégories confondues ;
- la valeur ajoutée au coût des facteurs ;
- les AT et MP en ce qu'ils impliquent comme journées de travail perdues, comme incapacité physique partielle et pertes dues aux décès.

Il a été retenu comme hypothèse, suivant en cela l'évolution fournie par le BIT, qu'un décès équivalent à un taux d'IPP de 100 % correspond, en moyenne, à 6.000 journées de travail perdues.

La démarche adoptée consiste à calculer une valeur ajoutée, par emploi, et par branche d'activité économique, et ainsi à déterminer la part relative de la V.A. perdue à partir de la conversion de l'IPP, décès et absentéismes induits par les AT et MP en unités-travail.

Il y aurait probablement certaines choses à dire à propos de la démarche utilisée au sens critique, notamment par rapport aux normes et moyennes utilisées. Les résultats obtenus éclairent,

cependant, en ordre de grandeur, les pertes réelles ou potentielles subies.

Suivant les résultats obtenus, l'économie nationale a perdu en 1982, en équivalent V.A., la somme de 4160 millions de DA représentant 2,79 % de la V.A. totale créée par les secteurs étudiés. Cette somme représente près de 10 % de la masse des salaires versés durant l'année (hors agriculture).

En valeur absolue, le secteur des hydrocarbures enregistre le volume de perte le plus important en raison de la forte V.A. qu'il crée. Il est, en cela, suivi par le secteur du BTP dont le volume des pertes est expliqué par le nombre prépondérant des AT enregistrés. En valeur relative, ce sont les secteurs des mines et matériaux de construction (pierres et terre à feu) qui enregistrent avec près de 5,5 % le taux de V.A. perdue le plus élevé ; ils sont, en cela, suivis par le secteur de la chimie. Ces taux peuvent être significatifs d'un niveau de risque plus élevé pour ces secteurs.

3.3. Le coût de réparation sanitaire

Le coût de réparation sanitaire pose également de multiples problèmes d'évaluation en raison de l'inexistence d'une comptabilité, par filière de soins, au niveau des structures de santé publique ; les dépenses de santé de certaines entreprises sont, elles-mêmes, confondues dans leur budget social et n'apparaissent pas de façon distincte.

Une tentative d'évaluation des dépenses effectuées par les structures de santé publique peut être faite, en prenant comme base de calcul :

- Le volume des effectifs des SMT.
- Les budgets des secteurs sanitaires.
- Le nombre total des consultations médicales.
- Le nombre de consultations réalisées dans le cadre des SMT.

L'hypothèse principale sous-jacente à cette quantification est de considérer qu'une visite médicale réalisée par un SMT peut être suivie d'effets sur le plan des examens complémentaires, mettant en oeuvre les moyens des structures hospitalières, dans les mêmes proportions moyennes que les consultations réalisées dans un cadre ordinaire. Dans ces conditions, le nombre de visites médicales réalisées est significatif d'un volume d'activité.

La plus grande partie du budget des secteurs sanitaires étant consacrée aux dépenses de personnel, il convient de pondérer par le volume des effectifs utilisés par les SMT ; de même qu'il s'avère nécessaire d'exclure les dépenses d'alimentation destinées exclusivement aux hôpitaux.

Évolution des maladies professionnelles déclarées

<i>Année</i>	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Nature de l'affectation :								
Intoxication par toxiques minéraux et composés du carbone	8	7	65	86	44	23	26	12
Intoxication par toxiques organiques	1	3	1	2	2	14	12	14
Pneumoconioses	13	34	17	37	89	160	181	171
Dermatoses et manifestations allergiques	59	93	69	64	55	72	96	141
Affectations causées par les ambiances physiques	17	62	90	8	44	46	38	64
Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires	4	11	10	3	4	5	31	66
Non précisée	34	48	27	53	89	14	14	62
TOTAL	136	258	279	253	327	334	398	530

Source : CNASAT, Bulletin de Statistiques Courantes O.N.S., Décembre 1987.

Fermer

Imprimer

Les éléments qui entrent dans l'évaluation des coûts sont les suivants (pour l'année 1985) :

* Le budget des secteurs sanitaires était de 6.368,5 Millions de DA dont 4.293,7 Millions de DA et 300 MDA ont été consacrées respectivement aux dépenses de personnel et à l'alimentation.

* Le nombre de visites médicales effectuées s'est élevé à 31,5 Millions dont environ 500.000 effectuées dans un cadre professionnel^[21].

* Le nombre de médecins en exercice était évalué à 1.500 (hors secteur privé) dont 1.850 spécialistes et le personnel para-médical à 60.000.

* Le secteur de la médecine du travail employait en 1985 environ 300 médecins généralistes et spécialistes et environ 300 agents para-médicaux, des techniciens de la santé, pour l'essentiel.

Suivant ces données, on a pu calculer que près de 75 MDA ont été consacrés pour le fonctionnement des SMT en 1985, se répartissant en 45 MDA pour les frais du personnel et 28,8 MDA pour les soins, la prévention et les autres consultations spécialisées.

La désagrégation de ces résultats donne :

– un coût unitaire moyen en frais de personnel par médecin ou équivalent-médecin de 9.300 DA mensuel (charges sociales comprises) ;

– un coût unitaire moyen de la consultation (y compris soins et analyses médicales) de 130 DA.

A titre comparatif, le coût moyen de la consultation calculé sur la base du budget prévisionnel de l'année 1983 de l'ex. ONIMET était de 134 DA correspondant à un volume global prévisionnel de 380.000 visites médicales.

Cet ordre de grandeur reste purement indicatif en raison du fait que l'ONIMET subissait des frais de fonctionnement assez importants.

3.4. Le coût de prise en charge sociale

Le coût de prise en charge sociale est principalement constitué par les prestations que versent l'administration et l'organisme de sécurité sociale aux accidentés ou aux ayants droit (capital décès).

Les prestations fournies par la CNASAT comprennent les frais médicaux et pharmaceutiques qui sont directement remboursés aux accidentés et différentes indemnités versées aux victimes ou à leur ayants droit :

- indemnités journalières pour les interruptions limitées de travail ;
- rentes d'incapacité physique totale ou partielle pour les victimes

d'accidents graves invalidants ;

– capitaux-décès pour les ayants droit des victimes d'accidents mortels.

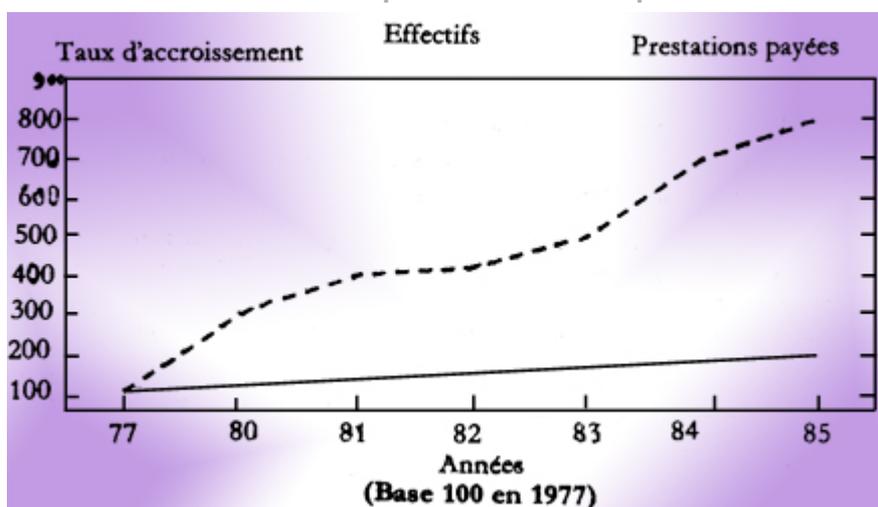
Les dépenses afférentes aux AT et MP sont couvertes à concurrence de 2 % de la masse globale des cotisations versées à la caisse, lesquelles représentent 29 % de la masse des salaires (se répartissant à raison de 24 % à charge de l'employeur et 5 % à charge du salarié pour le régime général). Les 29 % provenant des cotisations sont réglementairement répartis de la manière suivante :

– Assurances sociales :	14
%	
– Retraite :	7
%	
– Prestations familiales :	6 %
– Maladies professionnelles et accidents du travail :	2 %

Le volume des ressources dégagées correspondant à la quote-part des AT et MP représentait en 1985, une somme de 1.312,4 Millions DA. Le volume des prestations fournies par la CNASAT en compensation représentait 760 Millions DA, ce qui dégage un excédent net de 552,4 Millions DA. Une partie de cet excédent sert à couvrir les actes médicaux fournis par les structures de santé publique, sans avoir une idée précise des frais.

Les prestations payées par la caisse, bien que largement couvertes par les cotisations, sont en hausse régulière et ont été multipliées par plus de 12 sur une période de 10 ans, passant de 39,4 MDA en 1975 à 479,2 MDA en 1984. Cette évolution est significative du phénomène d'aggravation des accidents du travail.

Évolution comparée des taux d'accroissement des volumes des effectifs assurés et des prestations versées par la CNASAT



Complémentairement aux prestations versées par la CNASAT, il y a lieu de tenir compte des dotations pour accidents du travail inscrites

au budget des administrations centrales (régime fonctionnaire). Celles-ci représentaient en 1985, la somme de 15 Millions DA. En 1981 les dotations se situaient aux alentours de 6 MDA. Les dotations les plus importantes sont inscrites à l'actif des Ministères de l'Intérieur et des Collectivités Locales (1,97 MDA), de l'Education Nationale (1,57 MDA), de l'Hydraulique, de l'Environnement et des Forêts (4,27 MDA), des Travaux Publics (3 MDA) au titre de l'exercice 1986. Ces secteurs ont une dimension opérationnelle qui présente une somme de risques correspondant aux activités déployées. En réalité, les taux de consommation des crédits ouverts étant inconnus, il demeure difficile d'apprécier les choses à leur juste mesure.

Au titre des dépenses de prévention, l'action conjointe de l'OPREBAT et de l'INHS «soutenue» financièrement par l'organisme de prévention de la sécurité sociale est à prendre en compte. Chacun de ces deux organismes a dépensé "grosso-modo" 15 Millions DA au titre de l'exercice budgétaire 1985.

L'organisme de prévention de la sécurité sociale a été, quant à lui, doté d'un budget initial de 16 MDA pour l'année 1986 et qui a servi à concurrence de 6 MDA, à financer les activités de l'INHS (prestation d'étude). Le reliquat finance ses propres activités et projets de prévention, notamment l'élargissement de la base d'information statistique du secteur.

Cette approche générale, bien que reflétant la réalité des processus de formation des coûts, ne saisit cependant pas pleinement la dimension des coûts sociaux induits en raison des problèmes de délimitation et de quantification qui leur sont attachés. Ces coûts sont principalement imputables :

- à la mortalité précoce des sujets gravement atteints et par là même à la réduction de l'espérance de vie des catégories de travailleurs les plus exposés aux risques ;
- au placement «social» des handicapés à des postes spécifiques requérant peu d'efforts physiques, mais ne correspond probablement pas aux aptitudes de l'intéressé ;
- à la prise en charge des accidentés et handicapés par les établissements spécialisés de la protection sociale. L'accroissement du nombre des handicapés acquis implique le développement d'un système d'assistance sociale et d'infrastructures permettant de répondre à des besoins spécifiques : centres de rééducation, établissements de cure, centres de repos...

Conclusion

A la faveur de l'analyse des causes et des incidences socio-économiques des AT et MP, la conclusion immédiate qui se présente est de dire que le domaine des risques professionnels est insuffisamment investi et pris en charge, à tous les niveaux de responsabilité impliqués, et que la pluralité des intervenants et des

formes d'intervention, plus au moins réglementées, diluent les responsabilités et atténuent l'impact et l'efficacité des actions entreprises.

La médecine du travail qui a la charge de suivre médicalement les travailleurs et de veiller aux conditions sanitaires et de sécurité du travail, ainsi qu'à l'adaptation des travailleurs à leur poste, ne remplit pas intégralement sa mission et présente des signes de carence. Si le secteur de la médecine du travail, dans sa globalité, semble avoir mûri précocement, ayant bénéficié de l'apport de l'expérience de l'ONIMET et de la ténacité de certains praticiens qui ont fait de leur profession un véritable sacerdoce, les difficultés auxquelles il se trouve actuellement confronté introduisent une note d'incertitude pour atteindre sa véritable dimension et raison d'être à court terme.

La médecine du travail ne saurait, en effet, être réduite à des visites d'embauche et de dépistage – pour peu que celles-ci bénéficient de moyens d'investigation adéquats – ainsi que les tendances actuelles le laissent paraître. Elle doit, au contraire, s'intégrer, en symbiose au monde du travail, pour une couverture préventive efficace des risques professionnels.

Pour ce faire, il y a lieu :

- de définir les prérogatives et le champ d'activité que doit couvrir la médecine du travail et d'investir le médecin du travail de l'autorité nécessaire ;
- d'ouvrir, en toute priorité, les structures de soins aux travailleurs, suivant les exigences de la prévention des risques professionnels en définissant des canaux appropriés de prises en charge ;
- d'instaurer une complémentarité entre les parties impliquées dans le processus de la prévention des risques professionnels et de réactiver le fonctionnement des CHS.

L'estimation des coûts produits par les AT et les MP montre que le pays subit une charge financière excessive, qu'il est possible de réduire d'une manière très avantageuse par une prévention et une prise en main du domaine plus renforcées.

Une mention spéciale va au secteur privé industriel et à celui de l'agriculture qui ne bénéficient d'aucune couverture organisée, aussi sommaire soit-elle. La part prépondérante de l'emploi que ces deux secteurs concentrent, les conditions de travail astreignantes, souvent en marge des conditions postulées par la législation du travail, que propose l'un et les présomptions de risques importants qui demeurent insuffisamment investis sur le plan pathologique, qui affectent l'autre doivent constituer des motifs suffisants pour leur accorder un plus grand intérêt.

Notes

[*] Chef de Département à l'O.N.S

[1] Levy, Bungener, Dumenil, Fagnagi : *Economie du système de santé*, p. 310 et suivantes, Dunod, 1975.

[2] H. Bartoli : «*Economie et création collective*», *Economica*, 1977, p. 181.

[3] La proportion des accidents, avec arrêt, par rapport à l'ensemble des accidents déclarés se situe aux alentours de 70 %. La non-déclaration reste le fait des grandes entreprises qui arrivent à fournir des soins aux accidentés, sans faire de déclarations, évitant ainsi de s'exposer aux pénalités prévues par la législation du travail. D'autre part, et par rapport à l'ensemble des adhérents affiliés à la CNASAT et qui représentait 63.577 employeurs en 1982, seulement 13,5 % ont déclaré au moins un accident avec arrêt.

[4] Première conférence nationale pour la prévention des risques professionnels, FLN, Mars 1984.

Confère également le dossier sur l'hygiène, la sécurité et la prévention des risques professionnels établi par l'UGTA à l'occasion des journées d'études des 2 et 3 Avril 1984.

[5] Lowe, Kostzewski : *Epidémiologie : Un guide pour les méthodes d'enseignement*, Editions Médicales Polonaises, p. 3.

[6] H. Bartoli : *op. cit.*, p. 230.

[7] En Algérie, le problème a été soulevé dans le secteur de la confection dominé par le travail féminin. La hauteur des machines et le décalage existant entre le siège et la machine, par rapport à la taille de l'opératrice, confèrent une relative pénibilité au travail effectué qui tend, souvent, à s'accompagner de courbatures.

[8] Suivant une enquête de l'ONIMET (Organisme National Interprofessionnel de Médecine du Travail, actuellement dissous) et sur un échantillon de 600 unités de production industrielle du secteur public, 50 % des machines utilisées ne sont pas pourvues d'un dispositif de protection et 34 % des unités ne fournissent pas l'équipement individuel de sécurité au travailleur.

[9] «*Larousse encyclopédique*».

[10] H. Desoille : «*La médecine du travail*», *Que sais-je*, 1967, p. 62 et suivantes.

[11] H. Frémont – M. Valentin : «*L'ergonomie, l'homme au travail*», Dunod, 1977, p. 27.

[12] Pour un exposé plus détaillé sur la question, confère le rapport établi à l'occasion de la 1ère CNPRP.

[13] Arrêté ministériel n° 00399 du 25 novembre 1984 portant création et organisation des services de médecine du travail au sein des secteurs sanitaires.

[14] Rapport bilan de la 1ère Conférence Nationale pour la prévention des Risques Professionnels.

[15] Suivant les articles 13 et 14 du S.G.T., l'employeur est rendu responsable devant la loi des risques professionnels survenus.

[16] Rapport de la première C.N.P.R.P.

[17] La périodicité des visites est, en principe, fixée par voie réglementaire. Elle dépend de la nature des risques encourus et de la période d'incubation des différentes maladies suivant les types de risques identifiés comme tels.

[18] B. Lindgren : *The cost of illness in sweden 1964-1975*, p. 278. Textes présentés par E. Levy in *Accounting for Health Economica 1982*. «Les coûts de la maladie comprennent non seulement les coûts directs du système de soins, mais aussi les coûts indirects, c'est-à-dire la perte de production imputable à la maladie, aux invalidités et aux décès prématurés». (Traduction).

[19] P. Maillat, P. Larde : *Evaluation des conséquences économiques et sociales de divers états pathologiques*. Revue consommation n° 3 et 4, 1979.

[20] Il existe certaines objections à cette démarche mettant en exergue le coût de remplacement quasiment nul pour l'entreprise du travailleur à son poste, notamment en période de chômage. Ce point de vue peut avoir une signification suivant un raisonnement de type micro-économique. Au plan macro-économique, il perd sa crédibilité en considération des principes de l'économie du travail. Le coût de la détérioration de l'état de santé d'un travailleur est supporté par la collectivité et se réalise davantage à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'entreprise et reste, en tout état de cause, supporté par la collectivité.

[21] Il y aurait lieu de majorer le nombre de visites médicales effectuées dans un cadre professionnel, en raison du fait que certains secteurs sanitaires n'avaient pas manifesté d'activité de médecine du travail en 1985

et, qu'en conséquence, les visites ont eu lieu dans un cadre ordinaire, ceci sans mentionner les visites libres ou spontanées pour des traumatismes ou des états pathologiques d'origine professionnelle.