

UNIVERSITE ABDERRAHMANE-MIRA DE BEJAIA.
FACULTE DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, DES SCIENCES DE GESTION
ET DES SCIENCES COMMERCIALES

Mémoire
En vue de l'obtention du diplôme
de Magistère en Sciences Economiques
Option : *Economie de la Santé et Développement Durable*

Thème

**ESSAI D'ÉVALUATION DE LA SITUATION
SANITAIRE DES TRAVAILLEURS AU NIVEAU DES
ENTREPRISES DE LA COMMUNE DE BEJAIA.**

Présenté par :

KANDI Nabil

Sous la direction du :

Pr. LAMRI Larbi

Composition du jury :

Présidente : Pr. Kaïd Tlilane Nouara, Université de Bejaia

Rapporteur : Pr. Lamri Larbi, Université d'Alger

Examineur : Pr. Brahmia Brahim, Université de Constantine

Examineur : Dr. Fellah Lazhar, M.C, Université d'Alger

Examineur : Dr. Haddad Zahir, M.C, Université de Bejaia

◀ **Année: 2010** ▶

Dédicaces

À mes Parents :

Pour tous les efforts consentis pour que je puisse conduire à bien mes études et la réalisation de ce mémoire.

À mes frères

Yassine, Djelloul, Lyes et Mahmoud.

À mes sœurs

Nassima, Yasmine (Touta).

À ma fiancée

Ghania (F.F).

À mes amis

Karim, Amer, Pounoune, Abdnasser, Hassan Bilal, Sofiane, Yassine, Mahdi et Rafik, Hamza, Nassima Oumadane, Tayeb et mes collègues de travail et enfin mes amis (e)s du service commercial de SOCERCA.

KANDI Nabil

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de mémoire, M^r LAMRI Larbi, professeur à l'université d'Alger, qui a bien voulu répondre favorablement à ma sollicitation, et ce, en dépit de ses diverses occupations professionnelles et a accepter de me diriger avec parfaite maîtrise et intégrité dans ce projet. Son accueil, sa disponibilité et son sens de responsabilité m'ont énormément marqué.

Mes vifs remerciements vont aussi à l'égard du Pr. KAÏD Tlilane Nouara, mon enseignante en post-graduation pour ses qualités d'enseignements, pour son aide précieuse, sa disponibilité en dépit de ses multiples occupations. Je tiens à remercies mes autres enseignants en post-graduation, le Pr. BRAHMIA Brahim, le Dr FELLAH Lazher, le Pr. AIT SADI Ahmed et M^{me} BAA. Mes vifs remerciements vont aussi à l'égard de Mr HEDDAD zahir, Mr SADI Nabil, Mr HAMITOUCHE Ahmed, Mr KHOUFACHE Fateh, Mme KACI Fadhila, Mr ZOUAGHI Moukhtar et Melle LAZRI Nadja (ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale).

Je remercie également le personnel de la Direction générale de la CNAS, du Centre familial de la CNAS, de l'Institut national du travail et du Conseil National économique et social pour leur confiance et leur aide.

Je tiens aussi à remercier tous les membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Je tiens à présenter mes vifs remerciements à toutes celles et tous ceux qui m'ont aidé à la réalisation de mon travail.

Que ceux que je n'ai pas cités, trouvent ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

KANDI Nabil

LISTE DES ABREVIATIONS

ACE : Analyse Coût-Efficacité.

ACA : Analyse Coût-Avantage.

ACB : Analyse Août-Bénéfice.

ACU : Analyse Coût-Utilité.

AESST : Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail.

ALOSS : Association Luxembourgeoise des Organisme de Sécurité Sociale.

AISS : Association Internationale de la Sécurité Sociale.

AMG : Assistance Médiale Gratuite.

ANR : Agence Nationale de Recherche.

AT : Accident de Travail

BIT : Bureau International du Travail.

CACOBATH : Caisse nationale des Congés payés et du chômage intempéries des secteurs du BTP et de l'Hydraulique.

CAIMED: Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mditerranean Region.

CASNOS : Caisse nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés.

CES : Conseil Economique et Social.

CGT : Confédération Générale du Travail.

CHS : Commission d'Hygiène et de Sécurité.

CNAC : Caisse Nationale d'Assurance Chômage.

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale.

CNES : Conseil National Economique et Social.

CNR : Caisse nationale des retraites.

CREAPT : Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail.

CNHSMT : Conseil National d'Hygiène, Sécurité et de Médecine de Travail.

DGSS : Direction Générale de Sécurité Sociale.

DRH : Directeur des Ressources Humaines.

DRT : Direction des Relations de Travail.

ENSP : École Nationale de la Santé Publique.

HCEA : Haut Commissariat à l'Énergie Atomique.

IGT : Inspection Générale du Travail.

INPRP : Institut National de Prévention des Risques Professionnels.

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité.

IRSST : Institut de Recherche en Sécurité et Santé au Travail.

JORA : Journal Officiel de la République Algérienne.

MP : Maladies Professionnelles.

MTPSFP : Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle.

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

OIT : Organisation Internationale du Travail.

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies (Programme des Nations unies Contre le VIH/SIDA)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OPREBATP : Organisme Professionnel Algérien de Prévention dans le Bâtiment et des Travaux Publics.

PIB : Produit Intérieur Brut.

RIT : Revue Internationale du Travail.

RN : Revenu Net.

SCTC : Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.

SPFSS : Service Public Fédéral de la Sécurité Sociale.

SST : Santé et la Sécurité au Travail.

TL : Temps de Loisir.

	PAGES
DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
SOMMAIRE	V
INTRODUCTION GENERALE.....	1
THÉORIES EN ÉCONOMIE DE LA SANTE ET ANALYSE ECONOMIQUE.....	7
Introduction	7
SECTION I : Théories en économie de la santé.....	9
I : Genèse de l'économie de la santé.....	9
II : Les hypothèses en économie de la santé.....	12
III : La coordination interne et logique marchande.....	19
IV : La demande des soins médicaux.....	23
V : L'hôpital public : Entreprise ou Administration	30
SECTION II : L'évaluation économique dans le domaine de la santé.....	41
I- L'analyse coût-efficacité (ACE)	42
II- L'analyse coût-avantage (ACA)	43
III- L'analyse coût-bénéfice (ACB).....	44
IV- L'analyse coût-utilité (ACU).....	45
Conclusion.....	46
RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LE TRAVAIL	47
Introduction	47
II. Conséquences économiques et sociales des risques professionnels.....	56
III. Les principales catégories des risques en milieu de travail	63
IV. Relation entre conditions de travail, santé et sécurité au travail.....	70
V. Rôle de la prévention des risques professionnels dans la réduction des coûts dans l'entreprise ..	76
VI. Les différents acteurs économiques de la prévention des risques.....	83
Conclusion.....	89
CADRE RÉGLEMENTAIRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU	90
Introduction	90
I : Aperçu historique de la couverture sociale	92
II : Cadre juridique des conditions de sécurité et de santé au travail.....	101
Conclusion.....	129

ENQUETE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS DE LA COMMUNE DE BEJAIA SUR LEUR SITUATION SANITAIRE EN MILIEU PROFESSIONNEL.....	130
INTRODUCTION	130
I- : Méthodologie et caractéristiques générales de l'enquête.....	131
II: Attitudes des enquêtés vis-à-vis du niveau d'instruction et de	137
III : Connaissances sur l'organisation et conditions de travail	139
IV : Situation sanitaire des travailleurs et indicateur de santé au	159
V- : Mesures sécuritaires et préventives des entreprises	172
Conclusion.....	178
CONCLUSION GENERALE	180
BIBLIOGRAPHIE.....	184
ANNEXES	197
LISTE DES TABLEAUX.....	216
LISTE DES FIGURES	218

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Évaluer la situation sanitaire des travailleurs est une idée intéressante tant au niveau économique que social. La santé et la sécurité au travail constituent une branche particulière de la discipline d'économie de la santé. Son étude dans le sens le plus général, doit viser à promouvoir et maintenir un plus haut degré possible de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans tous les métiers, prévenir les effets néfastes sur leur santé dus aux conditions de travail, protéger les travailleurs contre les dangers qui menacent leur santé, placer et maintenir les travailleurs dans un environnement adapté à leurs besoins physiques et mentaux.

Les accidents et les maladies professionnelles sont très coûteux et occasionnent de nombreux frais directs et indirects, aussi bien sur la vie des travailleurs et leurs familles que sur les entreprises aussi qu'un impact financier considérable sur l'économie du pays. C'est en effet, toute la société qui est affectée par les risques professionnels. Les victimes, particulièrement lorsqu'elles sont gravement blessées, sont souvent prises en charge au niveau des services de santé de l'entreprise (salaires des médecins de travail, coût du matériel et humain, etc.). De plus, elles bénéficient "de congés de maladie" (absentéisme, pertes de revenus, indemnités versées par les organismes d'assurance maladie, des journées perdues pour les entreprises, etc.), sans compter les dommages corporels qui devraient être réparés financièrement par les organismes d'assurances maladies.

En outre, les entreprises dépensent une part de leurs moyens financiers pour la prévention (établissement de santé : médecine de travail, comité d'hygiène et de sécurité, équipements de protection individuelle et collective, etc.). En dehors de la tragédie qu'ils suscitent pour les victimes et leurs proches, les accidents de travail et les maladies professionnelles engendrent des dépenses supplémentaires sur le budget de l'État dans le domaine de la santé publique ainsi des coûts économiques pour le système de santé.

Dans les pays en voie de développement, les statistiques sur les indicateurs de santé au travail sont méconnues, selon Kaïd ttilane N, "il existe peu de renseignements sur la santé au travail"¹. En l'absence d'études et de recherches approfondies et consacrées à un milieu de travail bien déterminé, certaines maladies passent inaperçues, il existe aussi le manque d'informations et de sensibilisations sur les produits que manipulent les travailleurs ; car certains produits peuvent être toxiques et dangereux pour la santé, particulièrement, les pays en voie de développement sont aussi le milieu où le travail est moins protégés par des lois régissant l'hygiène, les conditions de travail, les accidents et les maladies professionnelles.

En Algérie, le nombre d'accidents de travail et des maladies professionnelles ne cesse d'augmenter, les calculs économiques des risques professionnels permettent d'aider les entreprises et les organismes d'assurance sociale à estimer les coûts économiques des accidents de travail et des maladies professionnelles, ils servent enfin à trouver des solutions indispensables pour une meilleure prise de décision en matière de prévention et de sécurité dans le milieu du travail.

En Algérie, la santé au travail est un droit consacré par la constitution. Elle a évolué progressivement et a intégré la politique nationale de santé publique par la loi n°85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé et la loi N° 83-13 du 2 juillet 1983 qui organise la prise en charge des accidents de travail et des maladies professionnelles. Ainsi, ces derniers sont rattachés à la sécurité sociale qui leur reconnaît le caractère de risque social.

La santé au travail est l'un des enjeux d'actualité. Au niveau international, beaucoup d'organisations mondiales s'intéressent à ce domaine comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation Internationale de Travail (OIT). Au niveau national, nous citons le ministère de la Santé de la population et de la réforme hospitalière et le ministère de l'Emploi, du

¹ Kaïd ttilane N : Actes du colloque CIES 02 : Santé et Sécurité au Travail, Développement et Mondialisation- Université de Bejaia, 06 et 07 juin 2009. P 01.

Travail et de la sécurité sociale. Les préoccupations dans ce domaine relèvent directement des contraintes économiques liées aux coûts engendrés par les soins des maladies professionnelles et des accidents de travail, contraintes humaines attachées à la mort et au handicap et contraintes financières engendrées par des perturbations au niveau de la production et de la productivité et des pertes de marges de profit au niveau des entreprises.

Elle est aussi un domaine qui fait l'objet d'un cadre particulier de promouvoir et maintenir un plus haut degré de bien-être physique et mental des travailleurs, offrir de bonnes conditions de travail et protéger leurs emplois contre les accidents de travail et les agents pathogènes causants les maladies professionnelles.

À partir des années 90, l'ouverture de l'Algérie sur l'économie de marché a créé des mutations au niveau des conditions de travail et la réglementation qui les régit. Ces changements agissent directement sur la santé des travailleurs. La mise en œuvre de nouvelles technologies pourrait réduire des risques anciens, mais génèrent de nouveaux problèmes. Cela fait surgir de nouveaux défis en matière de santé et de sécurité au travail afin de prendre en charge les risques économiques et humains auxquels sont désormais exposés les travailleurs.

Les entreprises algériennes doivent trouver des solutions et agir à travers une politique de prévention contre les accidents de travail et les maladies professionnelles. Cette politique est destinée à maîtriser les risques, améliorer les conditions de travail et limiter les conséquences humaines et économiques de l'entreprise.

L'Algérie a connu un progrès dans le développement économique et social qui touche plusieurs aspects du travail tel que la préservation du capital humain. Mais beaucoup de travailleurs exercent dans le secteur informel ne sont pas assurés. On estime en moyenne que 25%² seulement des travailleurs ont accès à des services de la médecine du travail.

² www.ands.dz

Notre objectif à travers cette recherche est de tenter d'évaluer la situation sanitaire des travailleurs de la commune de Béjaia et d'essayer à travers l'enquête que nous mènerions auprès des travailleurs de la commune, de déterminer les différents indicateurs de la santé au travail, de connaître la fréquence des accidents de travail et des maladies professionnelles, leur impact sur la production et la productivité de l'entreprise et notamment les secteurs dont la fréquence est élevée.

Un suivi de santé et de sécurité sur le lieu de travail peut aider à réduire les risques et leurs effets dans le but d'améliorer la santé physique et morale des travailleurs, ceci permettra d'augmenter la productivité par une valeur ajoutée au profit de l'employeur.

Une politique de prévention relative à la sécurité des travailleurs doit soutenir l'état de santé de l'homme au travail en tant qu'acteur dans le processus de la production et de rentabilité. Ce qui nous amènera à poser les questions suivantes:

- Les conditions de travail algériennes relèvent-elles des normes internationales du travail ?
- Les risques auxquels sont confrontés les travailleurs au niveau de l'entreprise algérienne sont-ils pris en charge correctement par la réglementation nationale ?
- Quelles sont les maladies professionnelles et les accidents de travail les plus répandus et dans quels secteurs économiques?
- Quelles sont la fréquence et l'importance de ces situations les plus dramatiques?
- Quel est l'impact sur la productivité de l'entreprise?

La réponse à ces diverses préoccupations permettra de mieux cerner les principaux facteurs explicatifs de l'état de santé des travailleurs au niveau de l'entreprise algérienne en particulier dans la commune de Béjaia.

Notre contribution à la réflexion de la problématique de la santé en milieu professionnel s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- La médecine du travail en Algérie reste encore insuffisante au regard des objectifs et des activités que les pouvoirs publics lui ont assignés.
- Les entreprises algériennes manquent de mesures de prévention contre les accidents de travail et les maladies professionnelles.
- La santé en milieu professionnel au niveau national est confrontée à l'absence de moyens humains et techniques et l'absence d'une culture de prévention de la part des travailleurs.

Dans ce travail, nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante : d'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques et règlementaires de la santé au travail. Plusieurs bibliothèques universitaires nationales ont été visitées, à savoir : l'Université de Béjaïa, l'Université d'Alger, l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Conseil National économique et social (CNES).

De plus, nous avons réalisé une recherche documentaire et une collecte de données relatives au thème auprès des organismes suivant : le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (MTSS), la Direction générale de la CNAS, Institut national du travail (INT), la CNAS de la wilaya de Béjaïa.

Outre la recherche documentaire et la collecte de données sur le thème et dans le but de combler les insuffisances de références bibliographiques et le manque de données disponibles au niveau national et local, nous avons procédé à une enquête par questionnaire auprès des travailleurs dans la ville de Béjaïa. La présentation de l'enquête et l'analyse de ses résultats sont exposées dans le quatrième chapitre.

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en quatre chapitres, présentés comme suit :

Le premier chapitre porte sur les théories en économie de la santé et l'analyse économique, d'abord, nous expliquerons l'émergence de la discipline « économie de la santé », ensuite, nous développerons les théories micro-économiques et organisationnelles de la santé, enfin, nous montrerons les pratiques les plus utilisées en économie de la santé.

Le deuxième chapitre, combine la relation santé-travail. Nous avons procédé, dans un premier temps, à la présentation théorique de la relation santé et travail. Ensuite, nous avons montré les conséquences économiques et sociales des AT/MP au niveau mondial. Après cela, nous avons développé les différents risques et dangers présents dans les lieux de travail. Enfin nous terminerons par le développement du rôle de la politique de prévention dans la réduction des coûts AT/MP et les acteurs de prévention.

Le troisième chapitre, porte sur le cadre conceptuel et réglementaire de la santé au travail. Nous avons essayé de réaliser un aperçu historique au sujet de la couverture sociale des travailleurs au niveau international et national. Ensuite, nous présenterons le cadre juridique des conditions de sécurité et de santé au travail au niveau international (politique normative de l'OIT) et la réglementation en vigueur en Algérie.

Le quatrième chapitre, consiste en la collecte de données statistiques et les résultats de l'enquête, nous avons essayé de présenter l'étude empirique réalisée auprès des travailleurs de la commune de Béjaïa. Nous avons d'abord estimé le niveau de connaissances réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail. Ensuite, nous avons tenté d'analyser les réponses fournies par les enquêtés en essayant de positionner leur situation sanitaire et estimer le coût moyen des AT. Enfin, nous avons situé les moyens de prévention mis en œuvre par les entreprises de la commune de Béjaïa en faveur des travailleurs de la commune.

CHAPITRE I :

THÉORIES EN ÉCONOMIE DE LA SANTE ET ANALYSE ECONOMIQUE

THÉORIES EN ÉCONOMIE DE LA SANTE ET ANALYSE ECONOMIQUE

Introduction

L'économie de la santé s'est développée ces dernières années dans le but de pratiquer la gestion de la santé et les structures qui dispensent les soins. « Parler d'économie en matière de santé c'est bien souvent se heurter à des obstacles et se confronter à des pesanteurs historiques. En effet consulter son médecin, être hospitalisé, acheter un médicament apparaissent moins comme des comportements économiques que lorsque frappe la maladie »³. Les économistes semblent concernés par la remarquable montée des coûts de santé ou les ressources d'allocations sont rares.

La nécessité de développer des approches théoriques et pratiques appliquées à la santé est un moyen de rationaliser les ressources et contrôler les coûts sans cesse croissants d'une médecine toujours plus efficace à laquelle la population recourt de plus en plus souvent. L'économie de la santé présente certaines caractéristiques qui font qu'elle échappe aux théories néoclassiques. En effet, le marché de la santé est très particulier. Il présente de nombreux monopoles, les besoins futurs en services de santé comme le résultat des traitements sont incertains, les individus qui consomment les services ne les financent pas directement, ils ne possèdent pas toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doivent s'en remettre aux professionnels de la santé. Il est donc clair que les prix ne sont pas la résultante d'une simple confrontation de l'offre et de la demande et qu'il sera nécessaire de mettre en place des mécanismes de régulation permettant de corriger les effets pervers, en termes d'efficacité et d'équité, qui peuvent découler de ces déviations par rapport à la théorie de l'équilibre général.

Beaucoup d'approches théoriques et pratiques ont été déjà fondées dans le domaine de l'économie de la santé, la logique de la discipline conduit les économistes de la santé à se mobiliser dans le cadre théorique de l'analyse économique de la santé, la quasi-totalité des travaux menés appartient au domaine de l'analyse néo-classique qui se base sur la rationalité substantielle et la logique marchande des biens.

³ Roche L, Sabatini J, Serange-Fonterme R. : L'économie de la santé : Que sais-je ?, 4^{ème} Edition, Edition MASSON, 1998, Paris. P 05.

Malgré la complexité du domaine de la santé, la réalité de l'analyse micro-économique est contestable, les économistes alors devront envisager une problématique adaptée aux spécificités des systèmes de soins. D'autres approches opposent à l'analyse micro-économique de la santé, les approches organisationnelles de la santé supposent que la rationalité des agents économiques est procédurale et c'est à l'intérieur de l'organisation que se passe la logique non marchande du bien "santé", la particularité du domaine de la santé est évaluée du point de vue de l'incertitude et de l'asymétrie de l'information et la difficulté de la prise de décision dans ce domaine qui repose sur des règles de contrats et de valeur entre les membres de l'organisation.

Quant à l'évaluation économique, c'est une analyse qui identifie, mesure et compare différentes alternatives par rapport à un certain nombre de critères, dont généralement le critère de l'efficacité, avantage, bénéfice et utilité qui s'apprécie en termes d'amélioration de la qualité et de prolongement de la vie ou de consommation évitée de ressources de santé et le critère de coût. Contrairement à certaines idées reçues, il n'est pas uniquement question de coûts en économie de la santé. La comparaison des coûts d'un programme et de ses effets sur la santé par rapport à un autre programme a plusieurs issues possibles. L'objectif va être de prouver qu'une stratégie est moins coûteuse qu'une autre, en recensant les différents coûts engagés et évités par chacune d'entre elles.

SECTION I : Théories en économie de la santé**I : Genèse de l'économie de la santé****I-1 : L'émergence de la discipline « économie de la santé »**

Au cours de ces dernières années, l'économie de la santé émerge à la connaissance en tant qu'une discipline jeune. Elle s'intéresse aux problèmes de financement et de gestion de la santé. «On peut, en effet, situer à la fin des années cinquante aux États-Unis et en Grande-Bretagne, au début des années soixante-dix en France, les premières tentatives pour regrouper de manière organisée et cohérente un ensemble de réflexions et de recherches jusqu'à lors hétérogène et disparates, mais qui avait cependant, pour point commun le choix du secteur santé comme domaine d'application voir de vérification d'analyse économique et de développement théorique à caractère plus générale »⁴. À partir des années cinquante, la science économique et la science médicale se rapprochaient grâce aux efforts fructueux de jointure entre les deux sciences. Comme le notait J Bourbon-Busset : « Il est particulièrement important de créer et développer des rapports étroits entre les différents secteurs de recherche. Il faut d'ailleurs noter que c'est presque toujours à la jointure de deux disciplines que se passent les choses importantes. Ce n'est pas un hasard si les sciences portant deux noms sont celles qui se développent plus vite. L'expérience prouve que la confrontation entre les disciplines les plus éloignées est très féconde. Il est donc tout à fait urgent d'abattre les cloisons de mettre fin aux chasses gardées et aux situations de monopole de faire de la recherche de plein vent »⁵.

La rapidité de développement de l'économie de la santé s'explique à la fois par la pratique de la gestion de la santé et des structures qui dispensent les soins et l'émergence de contraintes économiques de plus en plus prégnante venue contrarier les exigences sociales des populations en matière consommation médicale et d'accessibilité généralisée aux soins. Cette avancée n'est qu'une nouvelle illustration de la variété des rapports que les économistes entretiennent au cours de l'histoire récente comme le notait A- Sauvy au XVIII siècle, « la science économique était très avancée sur la science médicale alors qu'aujourd'hui c'est l'inverse. Le témoin de cette transformation c'est F-Quesnay économiste et médecin, fondateur de la physiocratie, nous

⁴ Delande G. : Introduction l'économie de la santé, Collection Décision Hospitalière, 1991, France. P 01.

⁵Idem, P 02.

consultons encore avec fruit son " tableau économique ". Mais je doute que beaucoup de médecins contemporains aient lu son " traité sur la gangrène ". Pour quoi cette évolution ? C'est qu'en face le médecin, il y a celui que l'on appelle le patient, devenu d'ailleurs bien souvent l'impatient. Non seulement il veut être soigné vite, mais il tient à choisir son médecin et même ses remèdes. Les économistes qui à certain égard, sont les médecins de la société, ont cependant longtemps donné l'alarme lors de politique trop facile, mais qualifiés si souvent de technocrates sans entrailles, ils se sont quelque peu retirés du champ, ont renoncé à prêcher, je ne dis pas la vertu mais la santé économique. Ce sont bien souvent les maladies qui dans l'économie dirigent les soins. Du moins tant qu'ils n'ont pas 40° de fièvre. A ce moment, ils acceptent le sauveur, malgré ses médecins de cheval ».⁶

La fécondité entre la science économique et la science médicale a donné naissance à une nouvelle discipline qui s'intéressait à la fois à acquérir une efficacité dans les soins et satisfaire une demande de plus en plus exigeante en matière de consommation médicale, mais elle s'intéressait aussi à rationaliser les dépenses de santé et de faire des meilleurs rapports coût-efficacité et coût-avantage comme l'écrit Labourdette A : « Cette tendance qui se manifeste tant en France qu'à l'étranger s'explique par l'inquiétude grandissante que suscite auprès des pouvoirs publics un secteur dont les dépenses croissent à un rythme supérieur à celui du produit intérieur brut. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'à côté des épidémiologistes, médecins, socialistes, juristes et les économistes aient tenté d'apporter leurs contributions »⁷.

Le corps médical et la médecine s'occupent des malades sans prendre en considération les contraintes économiques et financières qu'engendrent les dépenses médicales en matière de coûts. En effet, la préoccupation primordiale des médecins est d'en sauver des vies humaines et contribuer au bien-être des individus, mais Zambrowski J, J. montre qu'« on connaît bien la formule selon laquelle si la santé n'a pas de prix, elle a un coût »⁸. Les malades et les offreurs de

⁶ Delande G. : Introduction l'économie de la santé, Collection Décision Hospitalière, 1991, France. P 03.

⁷ Labourdette A. : Économie de la santé, Edition PUF, 1^{ère} édition 2007, Juin 1998, Paris. P 09.

⁸ Zambrowski J, J. : Théorie et pratique de l'économie de la santé à l'usage des pharmaciens d'officine, Le quotidien de pharmacien, Edition MASSON, 2001, Paris. P 01.

soins font partie intégrante de la sphère économique qui s'explique par leurs comportements de consommation et de production des soins.

La logique économique est différente de la logique médicale, la première est dite utilitaire ; elle prend en charge les coûts de la maladie (soins préventifs et curatifs) et les coûts de gestion des établissements sanitaires, en effet, le bien « santé » est considéré comme un bien rare et la problématique économique est l'allocation des ressources rares par la rationalisation des dépenses de santé et l'efficacité des décisions prises par les acteurs du système de santé. La seconde logique est dite « éthique », qui consiste à allouer les moyens nécessaires y compris le progrès technologique quelque soit le prix. Cette logique privilégie la vie humaine et le bien-être de la population sans limitation de moyens mis en œuvre.

I-2 : Définition de l'économie de la santé

Le but de l'économie de la santé est d'assurer une meilleure protection de la santé de la population, et la prémunir contre les coûts financiers de la maladie. Certains seraient donc tentés de ne considérer l'économie de la santé que sous son seul aspect financier : " si la santé n'a pas de prix, elle à un coût ". « Dès lors, parler d'économie de la santé ne serait se limitée à des considérations comptables, même ces dernières doivent nécessairement être prise en compte »⁹.

Bejean S, définit l'économie de la santé comme : «une discipline (jeune) dit-on. En effet, le domaine de la santé ne devient une préoccupation des économistes qu'à partir des années soixante. Les raisons évoquées en sont la croissance des dépenses, la part croissante de la santé dans le budget de la nation, la « crise » du système de santé, de la sécurité sociale de l'Etat providence. S'est devenu maintenant un lieu commun de justifier le bien-fondé d'une approche économique du système de santé en ces termes »¹⁰.

⁹ Zambrowski J, J. : théorie et pratique de l'économie de la santé à l'usage des pharmaciens d'officine, Le quotidien de pharmacien, Edition MASSON, 2001, Paris. P 01.

¹⁰ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 01.

Selon l’OMS, « L’économie de la santé est l’application des théories et des techniques économiques au secteur de la santé. La santé n’est pas en elle-même quelque chose qui peut être achetée ou vendue – dans certaines situations, aucune somme d’argent dépensée en traitements ne peut ramener la vie ou la santé. Ce sont les soins de santé qui sont des biens marchandables. Donc en pratique, l’économie de la santé est l’application de théories et techniques économiques pour pourvoir aux besoins en soins de santé (préventifs ou curatifs) »¹¹.

II : Les hypothèses en économie de la santé

Depuis 1970, les économistes s’intéressent de plus en plus à la part croissante des dépenses de santé dans les budgets des États. A cet effet, plusieurs écoles de pensée économique s’intéressent dans le domaine de l’économie de la santé comme angle particulier dans la pensée économique comme le montre PARET H. « l’économie politique n’est pas un corps homogène de théories ; il existe plusieurs écoles de pensées. La quasi-totalité des publications d’économie politique de la santé appartiennent au domaine néoclassique qui se base sur la théorie de valeur utilité/rareté : c’est une analyse essentiellement micro-économique. Les références keynésiennes sont limitées malgré la présentation macroéconomique de données par certains économistes de la santé. Appliquée à un secteur particulier de l’économie, L’économie de la santé n’est pas le lieu des controverses qui ont émaillé le cours de la pensée économique ces dernières années »¹².

Le marché de la santé est un marché très spécifique. Il présente des situations de monopoles, les besoins futurs en services de santé comme les résultats des traitements sont éventuels, les consommateurs financent leurs services de santé par l’intermédiaire d’un organisme d’assurance maladie, ils ne disposent pas de toute l’information nécessaire à une prise de décision éclairée et doivent s’en remettre aux professionnels de la santé.

¹¹ OMS : Economie de la santé : Principes d’évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé VIH/SIDA, tuberculose et paludisme : Faire reculer le paludisme, Edition Provisoire Juillet 2003. P 05. In www.who.int

¹² Paret H. : L’économie des soins médicaux : Initiation économique, Editions Economie et Humanisme, Les Editions ouvrières, 1978, Paris. P 08.

Contrairement à la théorie économique classique, l'économie de la santé présente certaines caractéristiques qui font qu'elle échappe à certaines hypothèses de la théorie classique sur l'agrégation des préférences individuelles en une préférence collective. Il est donc clair que les tendances des prix ne sont pas la résultante d'une simple confrontation de l'offre et de la demande.

Les économistes doivent fournir des outils d'analyse nécessaire pour unifier une logique de la discipline économique et l'autre du domaine de la santé. Il est donc important de distinguer une théorie plus adéquate et plus reconnue jusqu'à une période récente de celle du cadre théorique néo-classique, mais il est aussi important aux économistes de penser à construire et à constituer de nouveaux cadres théoriques adaptés aux particularités du système médical et sanitaire et à rechercher de nouvelles approches théoriques dans le domaine de l'économie de la santé. Ces dernières années, les économistes ont opté pour les apports de la théorie des organisations en général et la théorie d'agence, la théorie des contrats et l'économie de conventions en particulier. Ces derniers sont d'une grande importance pour l'analyse économique des systèmes de santé et l'étude du comportement des consommateurs vis-à-vis des soins médicaux en raison des problèmes de l'asymétrie de l'information et la rationalité limitée des acteurs du système de soins.

Béjean S. montre que « jusqu'à une période récente, la logique de la discipline a conduit les économistes à ne mobiliser que le cadre théorique de l'analyse néo-classique. La légitimité de l'approche micro-économique trouve sa justification dans les problèmes associés aux comportements des professionnels et des usagers de la médecine. On définit alors un modèle producteur-consommateur, qui sert de cadre à l'analyse de la médecine libérale, et un modèle de l'hôpital-entreprise, qui fonde l'analyse du système hospitalier. L'édifice est solide et cohérent, mais, malgré les spécificités accordées au domaine, l'adéquation avec la réalité d'une telle analyse du système de santé reste contestable, et sa capacité prévisionnelle est assez faible »¹³.

¹³ Béjean S. : *Economie du système de santé : Du marché à l'organisation*, Collection : *Approfondissement de la connaissance économique*, Edition Economica, 1994, Paris. P 02.

II-1 : Les hypothèses des approches théoriques en économie de la santé

La difficulté d'appliquer les approches théoriques de l'économie de la santé envisage à supposer de nouvelles hypothèses adaptées aux spécificités du système de santé. Le but de cette conception est de construire un modèle théorique plus proche de la réalité et de la complexité du système. Selon Sophie BEJEAN « le modèle néo-classique ou standard (selon la terminologie de Favereau) précédemment évoqué comme étant fondateur des approches théorique en économie de la santé, repose sur quatre hypothèses principales »¹⁴ :

- Une rationalité substantielle, calculatrice et individualiste des agents économiques,
- Un avenir certain ou risqué, mais probable, fonction d'une liste des événements susceptibles de se réaliser comme a priori
- Un environnement informationnel parfait,
- Une économie d'allocation de ressources,
- « la coordination marchande des comportements individuels »¹⁵.

La rationalité substantielle est définie comme étant le comportement d'optimisation des individus. La prise de décision des agents économiques est en fonction des résultats attendus, donc cette hypothèse suppose que l'individu calcule ses conséquences en fonction de son utilité ou ses gains, autrement dit l'individu adopte un comportement individualiste, qui anticipe avec sa fonction prévisionnelle les objectifs attendus. On peut donc constituer un modèle micro-économique sa fonction est donc : Maximisation de l'utilité de l'individu (objectifs et conséquences) sous la contrainte exogène et endogène (imposé par le monde interne et externe de l'individu).

Le contexte de l'incertitude de l'environnement de l'individu produit une certaine complexité à ce modèle, l'information qu'il possède soit est imparfaite, incomplète ou asymétrique.

¹⁴ Béjean S., coordonné par Claude Saily J, Lebrun T. : Dix ans d'avancées en économie de la santé : Actes des XIX^{es} Journées des économistes de la santé Française, 1997, Paris. P04.

¹⁵ BEJEAN S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 03.

La rationalité des agents économiques est limitée non seulement par la contrainte externe de l'environnement de l'individu, mais aussi par la contrainte interne ; l'aptitude des agents économiques à calculer les estimations prévisionnelles de l'information est limitée aux procédures de sa collecte pour la prise de décision.

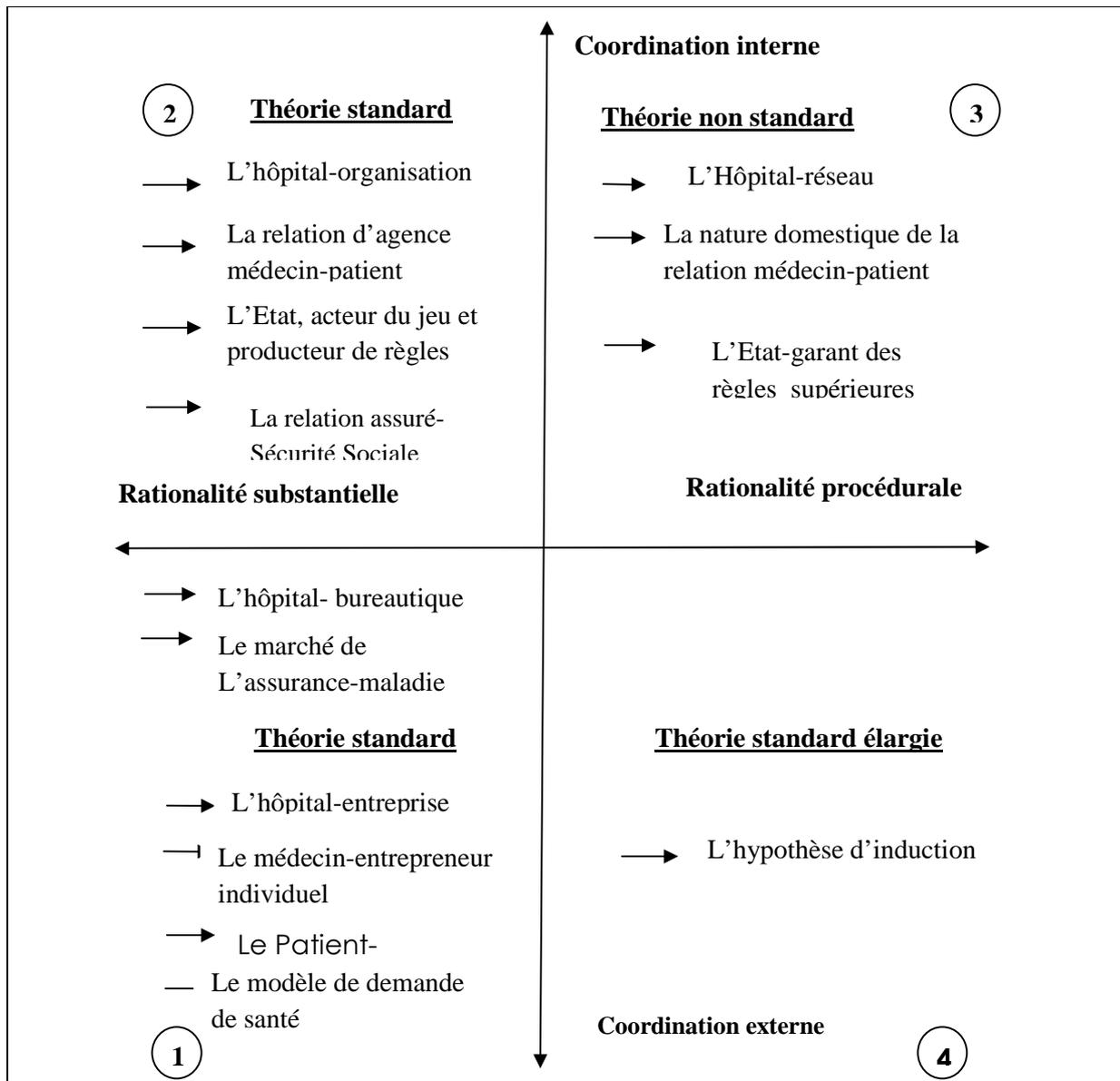
II-2 : L'hypothèse de la coordination marchande et de la coordination non marchande

La coordination marchande est l'agrégation des décisions individuelles en termes de l'offre et de la demande, cette confrontation donne un prix et un lieu de rencontre qui est le marché de la décision. La coordination non marchande est celle des décisions à l'intérieur de « l'organisation »¹⁶, elle repose sur des règles conçues comme des prescriptions auxquelles, il est nécessaire de se conformer et indiquer quel comportement est requis ou préféré ou interdit. En résumé, la coordination marchande est reliée essentiellement à un marché de la décision, autrement dit à l'extérieur de l'organisation, et la coordination non marchande ou organisationnelle est celle qu'avant de connaître l'information dans le marché de la décision, il faut la connaître à l'intérieur de l'organisation.

La figure n°01, est donnée par Favereau O. (1989) et Batifoulier P (1992) positionnent les différentes approches théoriques du système de santé.

¹⁶ *L'organisation* est « une gamme variée de phénomènes depuis les simples règles de comportement jusqu'au système que sont les institutions collectives avec ou sans contrainte de viabilité financière. Ces phénomènes ont en commun de dénoter un mode de coordination des activités de base de règles (à côté ou à la place des prix) c'est-à-dire que l'organisation n'est plus (ou plus seulement) un autre individu, comme l'entreprise de la micro-économie élémentaire ; elle est l'autre du marché » définie par O favereau In BEJEAN S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P05.

Figure n°01 : Positions épistémologiques des approches économiques du système de soins.



Source : Figure réalisée à partir de : Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 07

II-2-1 : Le premier quadrant

Il représente la théorie standard qui combine la rationalité substantielle et la coordination marchande, elle consiste en un échange entre le producteur et le consommateur. Le bien « santé » est considéré comme un bien marchand, dans ce cas, il existe deux fonctions dont la première est

celle de la demande des soins de santé, la seconde est l'offre des biens de santé. La confrontation entre ces deux dernières constitue un prix. Le médecin est considéré comme étant un producteur de soins de santé dans le cadre de l'analyse de la théorie néo-classique. Il maximise sa fonction-objectif et fait un arbitrage travail-loisir. En contrepartie, le patient ou l'utilisateur est considéré comme étant un consommateur des biens de soins de santé qui maximise son utilité (capital-santé).

On accorde une spécificité à la demande des soins, cependant, le corps médical est un demandeur de l'infrastructure de l'hôpital. Le modèle d'hôpital-bureaucratique se situe entre le quadrant 1 et le quadrant 2. En effet, l'hôpital, est considéré comme étant une organisation, il effectue des échanges marchands qui se font entre l'hôpital et la tutelle (le financeur des soins de santé), ces modalités sont associées à la coordination marchande, le manager de l'hôpital dit "bureaucrate" détient le pouvoir de l'information qui peut effectuer une influence sur le financeur des soins en dégageant un budget discrétionnaire.

Si on considère l'hôpital comme étant une entreprise privée, et que les autres acteurs de système de santé détiennent l'information, donc il est imposé de faire un passage de la coordination externe à une coordination interne, or que le manager de l'hôpital influence les autres acteurs du système de santé avec son pouvoir détenteur de l'information, c'est pour cela, le modèle hôpital-bureaucratique est positionné dans le premier quadrant.

Le financement des soins médicaux est analysé dans le cadre de la coordination marchande à cause de l'incertitude du marché des soins médicaux, voir l'inégalité de répartition de l'information ce qui engendre l'existence d'une rationalité limitée des acteurs de façon extérieur. En résumé, le financement des soins se situe entre le premier et le deuxième quadrant.

II-2-2 : Le deuxième quadrant

Cette partie constitue l'analyse du système des soins dans le cadre de la théorie standard élargie (théorie des contrats et des incitations), elle s'appuie sur le concept de la rationalité substantielle des acteurs. Cette théorie se base sur le contexte de l'incertitude et l'asymétrie de l'information, ces variables externes limitent la rationalité substantielle des agents économiques. Il existe une relation entre les acteurs. Sophie BEJEAN stipule que « la théorie de l'agence conçoit l'organisation comme un nœud de relation contractuelle libérale, selon un système de règles qui sont, soit des règles-contrats, c'est-à-dire mutuellement consentie par les contractants, soit des règles-contraintes, imposées de façon exogène aux décideurs »¹⁷. La théorie intègre le principe de la coordination marchande et l'organisation des marchés.

L'application de cette théorie à l'analyse du système de santé considère que ce dernier est une organisation c'est-à-dire un ensemble de relations contractuelles. La conception d'hôpital-organisation permet de dire l'existence d'une coordination de décision entre les décideurs (managers). En d'autres termes, l'existence d'un comportement stratégique des décideurs envers l'information. La tutelle (assurance maladie) joue un rôle comme étant une contrainte exogène, qui intervient à la régulation du jeu qui s'effectue entre les différents acteurs (hôpital, médecin ambulatoire, ou le financement des soins).

II-2-3 : Le troisième quadrant

Ce quadrant consiste à une analyse non standard, qui intègre à la fois le mode de coordination marchande et l'hypothèse de la rationalité substantielle, la théorie de l'économie des conventions est une conjonction de la rationalité procédurale et l'hypothèse de la coordination non marchande. Béjean S écrit la perspective consiste à :

- En matière de rationalité, à privilégier l'environnement interne du décideur pour prendre l'adéquation des décisions à l'environnement externe ;

¹⁷ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 10.

- En matière de coordination, à mettre en lumière l'existence de règles-conventions qui assurent la coopération entre les individus et qui grandissent l'efficacité d'éventuels modes alternatifs de coordination marché, règles-contrats, règles-contraintes) »¹⁸. L'analyse des systèmes de santé par cette théorie (économie des conventions) consiste à reformuler les modalités de la coopération par ce qu'on appelle la convention.

II-2-4 : Le quatrième quadrant

L'hypothèse de la demande induite par l'offre est présente dans le marché des soins médicaux, en effet, le médecin exerce un pouvoir discrétionnaire sur les patients, cependant, il détient l'information sur les connaissances médicale et sur la production et la qualité des soins. Ce qui produit une certaine manipulation de la demande, autrement dit, la demande induite par l'offre. Cette hypothèse se situe à la frontière du premier et le quatrième quadrant. Béjean S. montre que « l'hypothèse de la demande induite peut être considérée comme une théorie standard critique pour au moins deux raisons :

- Tout d'abord, elle remet en cause l'un des piliers de l'analyse néo-classique, à savoir l'hypothèse de l'indépendance de la demande par l'offre.
- Se faisait, à l'accord au bien « santé » une différence de nature, plutôt que le degré »¹⁹

III : La coordination interne et logique marchande

L'analyse du système de santé nécessite en premier lieu l'identification du marché des soins dans le cadre de la rationalité substantielle des acteurs du système de santé et la coordination marchande de leurs décisions. Dans la médecine ambulatoire, le médecin consulte l'état de santé des patients qui nécessitent souvent les moyens de progrès techniques et la production des soins médicaux s'apparentent plus à des soins ambulatoires. L'identification du marché des soins médicaux prouve l'existence de trois marchés, le premier est celui de la médecine ambulatoire, le second est le marché du produit hospitalier et le troisième est celui de l'assurance maladie.

¹⁸ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 11.

¹⁹ Idem P 09.

Par contre, l'analyse de la demande des soins médicaux consiste à étudier les modalités de financement des soins médicaux consommés, le patient ne prévoit pas les conséquences de la maladie à cause de son caractère aléatoire. « Le patient formule une demande de contrat d'assurance visant à couvrir le risque qu'il encourt. On distingue donc un marché de l'assurance maladie »²⁰. L'analyse du cadre néo-classique des deux premiers marchés postule une rationalité substantielle, mais la rationalité des acteurs est limitée de l'information qu'ils disposent. Le modèle hôpital-bureaucratique est aussi intégré à la même démarche puisqu'il existe une relation de pouvoir entre le manager de l'hôpital et l'assurance maladie sur l'asymétrie de l'information.

III-1 : Production et financement des soins

L'étude de la réalité du fonctionnement du système de santé qu'on peut analyser à partir du modèle néo-classique est inspirée de la théorie micro-économique, à côté de l'hypothèse centrale de la rationalité substantielle, ils existent certaines hypothèses auxiliaires telles que :

- L'hypothèse de la concurrence pure et parfaite souvent irréaliste et substituée par un contexte plus variable, on distingue des situations de concurrences monopolistiques, contraintes, institutionnelles et monopoles discriminants, et fixation des prix.
- L'hypothèse de l'information parfaite est remplacée par l'hypothèse de l'asymétrie de l'information. Certains acteurs détiennent le pouvoir discrétionnaire de l'information sur les autres acteurs de système de santé.

III-1-1 : Le médecin de ville, un entrepreneur individuel

L'étude de comportement individuel du médecin libéral, s'explique selon S. Darbon et A. Letourny qui doutent est ce que l'application de la micro-économie des soins médicaux doit nécessaire à être inespéré par le modèle néo-classique, par contre M.O. Carrière prouve que l'analyse néo-classique peut apporter beaucoup à l'analyse de la médecine ambulatoire, ces difficultés se trouvent à la coordination marchande et à la formation des prix. « Toutefois, au-delà de cette satisfaction globale, il apparaît que si il existe une information abondante et aisément

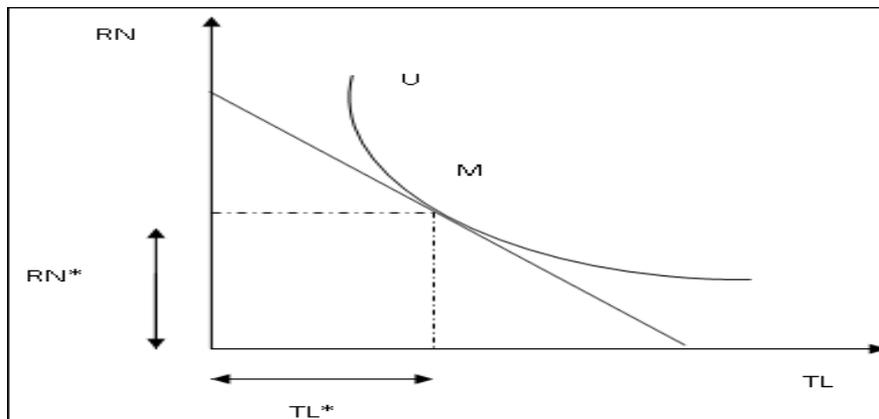
²⁰ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 16.

disponible, il est difficile pour les médecins de l'organiser, de la hiérarchiser, dans certaines études, le volume de l'information est considéré comme excessif. »²¹.

III-1-2 : Arbitrage travail-loisir en médecine libérale

L'analyse néo-classique considère que le médecin est un producteur de services de santé dont le comportement est individuel et libéral. Bien qu'il soit soumis à des contraintes institutionnelles et juridiques induites par la réglementation qui guide son intérêt économique. Il effectue un arbitrage travail-loisir. Les travaux de M.O Carrière montre que la rationalité substantielle est postulée à l'utilité du travail de médecin par son revenu net (RN) et son temps loisir (TL), à partir de ces deux objectifs à satisfaire, sa fonction d'utilité est présentée comme suivant : $U = f(RN, TL)$. Le schéma ci-après montre l'arbitrage travail-loisir en médecine libérale.

Figure N° 02 : Arbitrage travail-loisir en médecine libérale.



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du Graphique N°1 de Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 23.

Le médecin essaye de maximiser son utilité devant un choix d'optimisation, selon le schéma ci-dessus, on remarque que sa fonction d'utilité est décroissante, ce qui explique les comportements

²¹ Bras P.L, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant Y. : L'information des médecins généralistes sur les médicaments, Rapport N° RM 2007-136p, Septembre 2007. P 05. In www.imagence.com

des substitutions. Si le médecin diminue son temps de loisir, donc il fait recours au travail productif, ce qui augmente ces recettes nettes, et s'il diminue son temps de travail productif, autrement dit si le temps de loisir augmente, cela engendrera une diminution de ces recettes nettes.

Les influences du modèle

Les activités du médecin (visites et consultations) sont influencées par la demande des soins et si l'offre est égale à la demande, le médecin est satisfait, mais lorsque la demande excède l'offre, le praticien va faire recours à une demande nouvelle et abandonne une partie de sa clientèle potentielle. Lorsque la demande est inférieure à l'offre, le médecin cherche à satisfaire son intérêt économique optant pour une clientèle à domicile pour satisfaire une demande supplémentaire. Autres, les influences individuelles sont un recueil d'ambitions propres à chaque médecin. Comme le disait Béjean S « un médecin âgé est supposé avoir une préférence plus forte pour les loisirs qu'un jeune médecin cherchera à augmenter son activité avec une préférence pour les visites alors qu'un médecin plus âgé modifiera son activité en privilégiant les consultations »²². Face à ses préférences, il peut jouer sur la vitesse de réalisation de ses actes médicaux en fonction de la demande en changeant le rythme de son travail.

Le rôle des prix

Le marché de la médecine ambulatoire est pratiquement partagé en deux modèles, le modèle concurrentiel qui est considéré libéral, le second est celui du modèle où l'Etat intervient comme financeur de soins.

Le modèle concurrentiel

Pour qualifier un modèle de néo-classique il faut qu'il est y une concurrence pure et parfaite c'est par rapport à l'atomicité, l'homogénéité du produit, la libre entrée sur le marché et la transparence de l'information « parfaite ». L'application de ces hypothèses à la médecine

²² Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. p. 25.

ambulatoire est confrontée à des difficultés, mais on trouve que Frédman M stipule que « cependant, il ne s'agit pas ici de discuter du réalisme des hypothèses du modèle de concurrence pure et parfaite, ce qui ne rapporterait rien dans cette étape quant à la réalité empirique du modèle concurrentiel appliqué à l'analyse du marché de la médecine ambulatoire (Frédman M, 1959), mais de confronté les prédictions du modèle concurrentiel avec la réalité du fonctionnement de ce marché »²³.

Concurrence monopolistique et monopole discriminant

Le médecin joue un rôle dans le maintien de l'information vis-à-vis des patients, dans certains cas, les patients peuvent révéler les informations dont ils ont besoin cependant, « en rencontre ce type de comportement surtout dans les situations suivantes : Essai de nouvelles techniques de soin, essai clinique, manque de matérielles, manque de personnel, si les assurés veulent acquérir les informations, ils doivent y consacrer un certain temps et un certain coût. Il n'est pas certain qu'ils y parviennent d'une manière efficace »²⁴. Le manque d'information de la part des patients donne l'avantage aux médecins d'exercer un pouvoir de monopole, de ce fait, le médecin peut discriminer les prix.

IV : La demande des soins médicaux

Dans le cadre de l'analyse néo-classique, la demande est indépendante de l'offre, il est clair que le consommateur dispose d'un budget qu'il consomme en fonction de certaines contraintes telles que le prix et le revenu, mais aussi en fonction de ses préférences. Dans le cadre théorique appliqué à la santé. Il existe certaines difficultés face à ces modèles, la réalité de la demande de soins est contestable ; dans son livre « économie de la santé » Labourdette A. énonce que « appliquée au domaine de la santé, une telle supposition est contestable, car une personne ignore l'état précis dans lequel elle se trouve et connaît mal les effets possibles des traitements administrés. Néanmoins, selon le degré d'information du patient l'ampleur des divergences entre

²³Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. p.27.

²⁴ Mahyaoui Y. : Étude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins, Doctorat Système de Soins Hospitaliers, Université Paris VII DENIS DIDEROT, décembre 2003, Paris. P 05. In www.annuaire-secu.com

situation réelle et schéma abstrait vrai. Or les explications proposées sont multiples, les unes supposant des individus rationnels à des degrés divers, les autres des individus se trouvant dans une position de grandes dépendances par rapport aux médecins »²⁵.

IV-1 : La demande de santé est elle un investissement ou une consommation ?

Pour expliquer la notion de la demande des soins, il faut d'abord comprendre la notion du besoin, le Dr Paret H. explique le besoin comme : « pour avoir une vision médicale des besoins, on peut suivre le Dr G. Roch lorsque il décrit trois types de besoins de santé : un besoin absolu qui ferait partie de l'instinct de conservation ; un besoin technique qui correspondrait ; la diffusion maximale est immédiat de toutes les techniques existantes (besoin impossible à satisfaire en raison de la rapidité de du progrès (technique médical) ; enfin, un besoin de ressenti qui se traduit par la morbidité déclarée ou ressentie »²⁶. Du point de vu économique, la notion de besoin appliqué par le Dr Paret H. est expliquée par trois types : un besoin de type A, est un besoin de nature médicale qui est liée à la maladie ; un besoin de type B, est un besoin est subjectif et propre aux patients ; un besoin de type C, est un besoin supporté par les ménages, les entreprises et les administrations sanitaires comme le cas des transferts médicaux vers d'autres établissements sanitaires.

La demande de santé est considérée comme une consommation s'il s'agit d'une satisfaction directe d'un besoin, ou un investissement si la santé est utilisée comme un instrument de production (capital humain). L'application de ces deux notions sur la demande de santé nous conduit à définir deux approches ;

IV-1-1 : La demande de santé est un investissement ou un capital de santé

Dans l'approche de la théorie du capital humain, nous expliquons la demande de santé sous un angle particulier. Fellah L. écrit « on peut retenir comme définition du capital humain celle donnée par M. Riboud : le capital humain peut se définir comme un ensemble d'aptitudes, de

²⁵ Labourdette A. : Économie de la santé, Edition PUF, 1^{ère} édition 2007, Juin 1998, Paris. P26.

²⁶ Paret H. : L'économie des soins médicaux : Initiation économique, Editions Economie et Humanisme, Les Editions ouvrières, 1978, Paris. P 15.

connaissances et de qualifications possédées par chaque individu, celle-ci sont en partie innées héritées à la naissance : pour autre partie, elles sont acquises tout au long de la vie...cette acquisition est coûteuse, mais rapporte un flux de services productifs futurs. Il s'agit donc d'un investissement ; c'est le nom du capital, au sens de Fisher, est donné à ce stock de connaissances. L'adjectif »humain vient simplement rappeler que cette forme de capital, par opposition à d'autres, ne peut être dissociée de son propriétaire. Qui plus est, il n'y a pas de vente, ni d'achat possible du capital humain dans la société non esclavagiste seuls les services de stock sont vendus sur le marché du travail »²⁷. Béjean S. explique la notion du capital humain, « utilisant l'apport des nouvelles théories du consommateur (K J. Lancaster 1966, G S. Becker.1965), M. Grossman 1972 développe un modèle où la santé n'est plus considérée comme une variable exogène qui s'impose lors de la détermination de la fonction de demande de soins, mais qui est endogène. La santé est ici considérée comme un bien durable intégré en capital humain. L'ambition du modèle de M Grossman est donc, non plus prédire l'évolution de la demande des soins, conditionnée par l'état de santé individuelle, mais de prédire l'état de santé lui-même on postulant que cette évolution résulte d'un comportement optimisateur de l'individu rationnel »²⁸.

Dès sa naissance, L'homme hérite un capital de « santé » initial, avec l'âge les effets de dépréciation se montrent sur lui, mais avec les investissements, il peut augmenter son stock de capital santé au cours de sa vie, il est soumis à des contraintes à la fois budgétaires et temporelles. Le Dr H. Paret. Montre que « certaines activités affectent le revenu monétaire et d'autre les revenus psychologique c'est-à-dire la consommation. Faire de la voile affecte la consommation, la formation sur le tas affecte d'abord le revenu monétaire et l'éducation peut affecter les deux »²⁹. Le problème de l'individu est alors de gérer son stock de capital de santé sous contraintes du revenu et de temps. L'introduction de la notion de temps dans l'analyse économique se traduit par la notion de coût et la dépréciation du capital humain-santé. C'est à partir des travaux de G S. Becker et avec sa théorie de l'allocation du temps que Grossman M. inspire sa théorie du capital humain-santé. Le principe de la procédure « temps » est que

²⁷ Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention Algérien : Déterminisme et problématique, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, Décembre 1998. P 23.

²⁸ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 38.

²⁹ Paret H. : L'économie des soins médicaux : Initiation économique, Editions Economie et Humanisme, Les Editions ouvrières, 1978, Paris. P 43.

l'individu le consacre non seulement pour l'achat des biens et services médicaux, mais aussi, il envisage le temps de la maladie, outre, les individus qui possèdent un revenu élevé, ils payent plus pour ne pas gaspiller les périodes d'attentes. Par contre les plus modestes, ils évitent les dispensaires où le prix de la consultation est faible, mais la durée d'attente est longue. En plus à ces deux contraintes précédentes, M Grossman rajoute une relation entre l'éducation et la production du capital-santé. Cette variable (éducation) est importante dans la formation du capital et prolonge la durée de bonne santé.

Labourdette .A, montre avec la théorie du capital humain qui s'appuie sur un modèle micro-économique que le rendement marginal est un élément psychologique. Si l'individu augmente son stock de capital d'une unité supplémentaire, il élève son sentiment de bien-être. Comme cet élément n'est pas quantifiable, il est remplacé par le rendement marginal monétaire (S_n), ce dernier est en fonction de trois variables ;

- Le revenu (W_n) ;
- Le produit marginal de santé (G_n) : les nombres de jours en bonne santé qu'entraîne une unité supplémentaire de stock santé.
- Le cout marginal (C_{n-1}) : Investissement brut en santé, on a donc la formule :

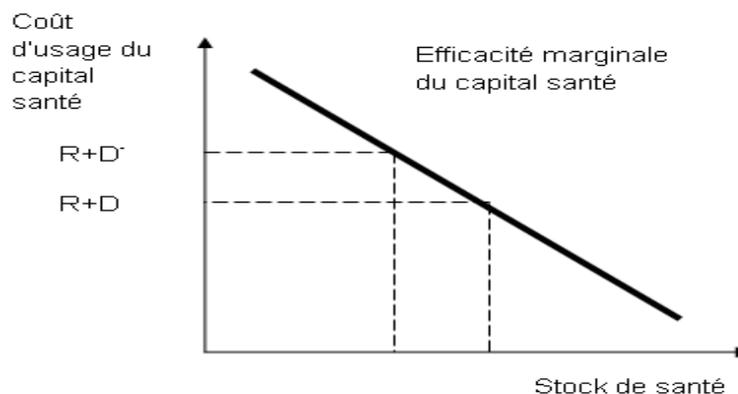
$$S_n = \frac{W_n G_n}{C_{n-1}}$$

Crossman M. constate l'existence d'une relation inverse entre le produit marginal et le stock de santé, en effet, il admet que si le produit marginal diminue, ce qui implique que le stock de santé augmente. La notion du coût marginal d'utilisation de capital santé se décompose en deux parties : la première est le taux de dépréciation en période n (D_n) et le taux d'intérêt (R_n) pour augmenter l'actif de l'individu d'une unité de stock de santé, à l'optimum en période n ;

$$S_n = \frac{W_n \cdot G_n}{C_{n-1}} = D_n + R_n$$

Cette analyse permet d'abord d'examiner la notion de l'âge ; Labourdette A. suppose que les composantes du modèle soient indépendantes les uns des autres de l'âge (le salaire, le produit marginal de la santé et le coût marginal de l'investissement), « la position de la droite reflétant la liaison entre le rendement marginal de l'investissement et le stock de santé – ou en d'autres termes de l'efficacité du capital santé – ne change donc pas avec l'âge – en revanche, ce dernier agit sur le taux de dépréciation qui relève. Cella ne signifie pas que toutes les personnes âgées se portent moins bien que les jeunes, mais simplement que le capital santé d'un individu donné se déprécie plus vite quand il vieillit. Avec ces hypothèses, la dépréciation augmentant, à l'optimum, le rendement marginal de l'investissement doit augmenter et le stock de santé diminue, ainsi M Grossman suggère que l'on se contente au cours des années d'un état de santé de plus en plus mauvais : arrive un moment où le niveau du stock initial descend au-dessous du minimum nécessaire à la vie où survient la mort »³⁰.

Figure N° 03 : Augmentation du taux de dépréciation et stock de santé



Source : Figure réalisée par nos soins à partir de la figure N°1 de Labourdette A. : Economie de la santé, Edition PUF, 1^{ère} édition 2007, Juin 1998, Paris. P28.

Dans un deuxième cas et après avoir étudié la notion du temps (âge), il est important d'expliquer la notion des salaires et leurs effets sur l'augmentation du stock de capital santé. Si le salaire de l'individu s'élève, la valeur accordée au produit marginal de la santé devient plus forte et le coût

³⁰ Labourdette A. : Economie de la santé, Edition PUF, 1^{ère} édition 2007, Juin 1998, Paris. P27.

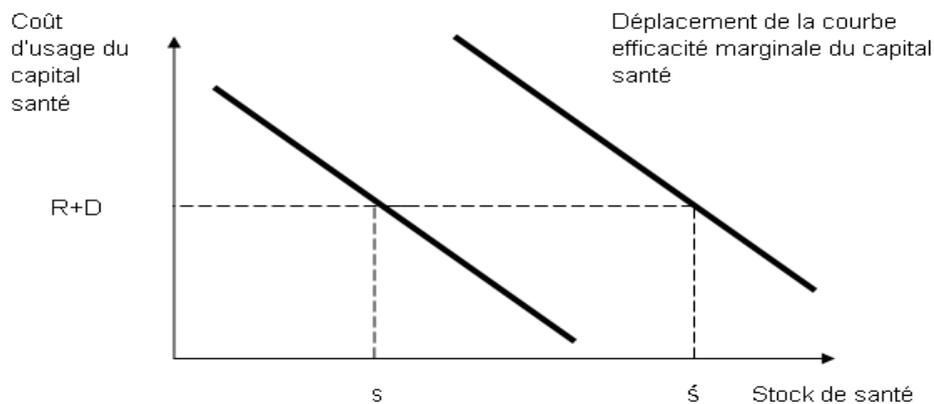
marginal de l'investissement brut qui comprend une composante temporelle augmente également, si nous considérons que :

- W : le salaire horaire ;
- T : le temps consacré à l'investissement en santé ;
- Z : la valeur des imputs entrant dans l'investissement.

Si le salaire horaire croît de ($X\%$), la valeur du produit marginal croît aussi de ($X\%$), en revanche, le coût marginal de l'investissement croît d'un pourcentage où (Z) est différent de Zéro.

Le schéma ci-après nous montre le déplacement de la courbe de l'efficacité marginale du capital santé vers le haut

Figure N° 04 : Incidence de la hausse des salaires et stock de santé



Source : Figure réalisée par nos soins à partir de la figure N°2 de Labourdette A. : Economie de la santé, Edition PUF, 1^{ère} édition 2007, Juin 1998, Paris. P31.

À un taux d'intérêt et une dépréciation donnée, le stock optimal de santé passe de (S) à (\hat{S}), l'investissement du capital santé ne dépend pas de la variation ($R+D$) de rémunération, mais d'une hausse des salaires.

Ce qui diffère le modèle de M. Grossman aux autres modèles de l'analyse du capital humain est l'hypothèse de la santé qui « ne détermine pas le taux de salaire »³¹, elle n'influe que sur le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie, le modèle de M Grossman ignore une partie de la population qui ne dispose pas de travail (chômeurs, femmes au foyer, handicapés et enfants).en matière de consommation des soins.

IV -1-2: La demande de santé : une consommation de soins

Dans le cadre du modèle néo-classique, le consommateur des biens et des services dispose d'un budget donné et connaît parfaitement les caractéristiques du bien qui maximise son utilité, il constitue ainsi un consommateur rationnel. Cependant, dans le domaine de la santé, le consommateur de soins méconnaît l'état précis de sa santé dans lequel il se trouve, il perçoit les effets possibles du traitement sur son état de santé. Un consommateur de soins de santé consomme des services auprès des médecins, « un soin est un service produit par un médecin est consommé (dans le sens de destruction finale) par le patient. Dans cette optique, l'acquisition d'un bien -santé ne peut être qu'une consommation en vue d'améliorer l'état de santé ou bien modifier un état pathologique »³². Les soins médicaux sont considérés selon la tradition économique une consommation. La souffrance qui réside le malade lui donne la nécessité de consulter le médecin. Le traitement est pour lui une façon de reconstituer son état de bonne santé et source de bien-être, les services médicaux que paie le malade sont alors assimilés à un acte de consommation. « La consommation des soins médicaux peut être saisie de trois manières »³³ ;

- Par l'intermédiaire de la production : après la production des soins médicaux, sont destinés directement à la consommation (consommation finale) ;
- Par l'intermédiaire de l'assurance maladie : évaluer les coûts de la consommation des soins grâce aux remboursements qu'elle effectue ;
- L'achat des soins médicaux : ce qui débourse théoriquement le malade pour chiffrer la consommation des soins.

³¹ Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention Algérien : Déterminisme et problématique, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, Décembre 1998. P 26.

³² Cheriet F. : Essai d'évaluation des effets du programme d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : Cas de la wilaya de Béjaia, Magistère en Sciences Economiques, Université de Béjaia, 2001. P 16.

³³ Paret H. : L'économie des soins médicaux : Initiation économique, Editions Economie et Humanisme, Les Editions ouvrières, 1978, Paris. P 21.

Peaucelle I. montre l'existence d'une relation entre l'accroissement du volume des soins et la consommation des autres biens, « Quand les dépenses publiques de santé sont assimilées à la consommation finale d'une partie du produit national par les ménages, elles produisent l'effet multiplicateur sur la croissance même restant éventuellement neutre pour le niveau de santé. Dans cet esprit, les travaux de ce courant de pensée expliquent comment l'accroissement du volume de soins peut modifier la consommation d'autres biens et services et dans quelle mesure encourager la croissance économique. Ce résonnement a été adopté dans la conception du modèle AGORA (1978) où la production est déterminée à partir de la demande. Les quatre types d'agent sont introduits: secteurs marchands, secteurs non marchands (éducation, santé, administrations), ménages et le reste du monde. »³⁴. Cette analyse des dépenses de santé est une vision macro-économique de la consommation des soins des ménages, elle montre que la demande de santé est une consommation possible à estimer à partir du financement réparti entre le financement collectif et celui restant à la charge des ménages. Les coûts de fonctionnement du système de soins sont estimés par des matrices d'emploi et de consommation intermédiaire des biens marchands appliqués aux paramètres d'activité des filières du secteur de santé.

V : L'hôpital public : Entreprise ou Administration

A la fin de la période des trente glorieuses, l'expansion économique permet des financements génériques du secteur de santé de réaliser des progrès techniques dans les hôpitaux, mais aussi une époque où se développent des analyses économiques de l'hôpital en termes d'entreprise et de marché. Selon la théorie néo-classique, l'hôpital-entreprise se comporte comme une entreprise privée, il cherche à maximiser sa production en services de soins de santé, il dispose en effet, un comportement d'une entreprise rationnelle. Contrairement à ce modèle, le modèle « l'hôpital bureaucratique est développé à partir des applications à l'hôpital public de l'analyse économique de la bureaucratie »³⁵. Cette analyse se fait de l'extérieur autrement dit du marché des soins à l'organisation de l'hôpital.

³⁴ Peaucelle I. : Santé et productivité : De l'économie à la psychologie sociale et au modèle de propagation, Séminaire "Economie du travail et inégalités" Irina Peaucelle, Version : décembre 2003. P 05. In www.pse.ens.fr

³⁵ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 42.

V-1 : L'hôpital-entreprise et le modèle producteur-consommateur

Dans ce modèle, l'hôpital est considéré comme une entité privée dont la fonction principale est la combinaison des facteurs de production et la transformation des biens et services en d'autres biens et services destinés à la consommation pour dégager des profits. Dans cette analyse, le modèle hôpital-entreprise est conditionné par des caractéristiques différentes de celle de l'entreprise privée en termes de l'hypothèse de la rationalité. Du côté de l'offre, l'hôpital-entreprise cherche à exposer un plus nombre de quantités produites dans le but de maximiser la rentabilité et le profit, mais aussi une meilleure qualité des biens et des services à partir de la fonction-objectif que partage le médecin et l'administrateur de l'hôpital. Béjean S. écrit « l'hôpital est considéré comme une entité dont les caractéristiques permettent d'assimiler cette entreprise à une unité de production et diriger par un administrateur. Son rôle de « manager » l'amène à rechercher la performance de l'entreprise. L'objectif de maximisation de profit est cependant écarté par les auteurs de ce modèle qui intègre ainsi le statut non lucratif de cette institution en faveur des objectifs de maximisation de la qualité ou de la quantité ou de ces deux éléments conjointement »³⁶.

Concernant la demande, l'hôpital-entreprise doit assurer une meilleure satisfaction des besoins de consommateur, le patient est un demandeur de soins, lorsqu'il tombe malade, il s'adresse à l'hôpital, la consommation des biens et services hospitaliers lui assure l'amélioration de son état de santé. L'hôpital est aussi un demandeur en matière l'infrastructure et les moyens de progrès techniques, « la demande conditionnelle développée par M, V. Pauly (1980). Tout en étant le fait des patients dépend des informations, conseils et décisions fournis par les médecins comme les usagers – demandeurs de l'hôpital, du plateau technique, de l'infrastructure administrative du personnel paramédical... »³⁷. On distingue alors une demande primaire exprimée par l'initiative individuelle du patient à l'entrée sur le marché des soins et une demande secondaire celle des médecins et le personnel paramédical comme usagers de l'infrastructure et l'appareillage hospitalier.

³⁶ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P P 44.

³⁷ Idem. P 50.

V-2 : Le modèle Hôpital-bureaucratique

Si on perçoit que l'hôpital est une organisation, nous étudierons alors la structure du pouvoir exercé à cette entité. L'hôpital public à caractère administratif est analysé comme une institution bureaucratique qui regroupe plusieurs centres de décisions. Le fonctionnement de l'hôpital public est étudié en fonction de :

V-2-1 : Le rôle du droit dans le fonctionnement d'une organisation

Selon la théorie des droits de propriété de (E. J. Furobotin et S. Pijovitch, 1974) l'activité dans l'hôpital public n'est qu'un profit, rien n'échappe à la règle d'efficacité pour survivre quelque soit le statut de l'organisation que ce soit privé ou public, alors, la loi de la concurrence domine les contraintes juridiques, mais dans une situation de monopole, la possibilité d'avoir des profits anormaux apparaît et les caractéristiques juridiques de l'organisation peuvent affecter des décisions relatives à sa production, aux coûts et aux prix. Selon Launois R, « le théorème le plus élémentaire, mais le plus fécond, la théorie économique nous apprend que tout individu agit en fonction de son propre intérêt, et que nous traduisant dans notre vocabulaire d'économistes en disant qu'il s'efforce de maximiser son utilité, cela ne veut pas dire qu'il soit égoïste ou mû exclusivement par son intérêt personnel et étroitement conçu. Cela signifie simplement qu'il ne prend ses décisions qu'après avoir comparé tous les inconvénients et les avantages d'une action quelconque»³⁸.

Le comportement rationnel de l'individu lui procure à partir de son activité des bénéfices monétaire et psychique qui contribuent à son bonheur, on utilise donc une fonction d'utilité généralisée dont les arguments sont les revenus monétaires qu'il reçoit de son activité professionnelle et les revenus non pécuniaires, ces revenus sont plus aux moins substituables et s'il est impossible de déterminer la valeur de substitution de chacun d'eux, il est possible de déterminer leurs coûts d'option c'est-à-dire ce que l'on doit sacrifier en retour lorsque cella est choisit d'acquérir l'un d'eux, si le coût d'option diminue la demande diminue et réciproquement.

³⁸ Launois R. : La Théorie de la Bureaucratie à l'Hôpital : Les colloques de l'INSERM – Conceptions, mesures et actions en santé publique INSERM Vol. 104, pp. 625-652, 1981. P 03. In www.rees-france.com

Le recours aux entreprises anonymes et la négligence organisationnelle déterminent le rôle du droit dans la gestion de l'organisation. En effet, les actionnaires se désintéressent de la gestion et l'affaire de l'organisation. Ils ne se présentent pas dans les assemblées générales, leurs absences s'expliquent par le manque de compétences que par le but de placement en souscrivant leurs actions. La direction générale de l'hôpital public est agencée par des managers dont les compétences sont indispensables à la bonne marche de l'hôpital et les actionnaires investissant leurs actions, Béjean S. écrit « les structures juridiques de l'hôpital public rendent celui-ci comparable à une société anonyme dont les droits des propriétés sont détenus par les actionnaires dont la gestion est assurée par les managers. Dans le cas de l'hôpital public la tutelle qui finance est détentrice des droits de propriété sans autant pour en exercer la fonction managériale on en l'occurrence assurée par la direction de l'hôpital »³⁹.

Si la propriété et la gestion sont confondues entre les mains d'une seule personne alors, toutes décisions non efficaces engendrent un coût financier personnel, « dès lors que la propriété et la gestion sont dissociées, le manager ne supporte plus le contre coup financier des décisions qu'il prend puisque les profits distribués par l'entreprise n'entrent dans les revenus que les directeurs perçoivent »⁴⁰.

À court terme, le salaire des managers reste inchangés même si leur gestion est efficace, mais à long terme, ils peuvent subir des réactions de la part des actionnaires lors d'une décision inefficace, mais une telle réaction est inévitable, le coût engendré par une décision inefficace est partagé par les membres actionnaires et la perte est peu sensible entre eux, c'est pour cela, il coûte moins cher à ces derniers d'employés les dirigeants salariés de l'hôpital que d'organiser sa gestion autour d'objectifs en conflit avec la recherche de profit.

³⁹ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 62.

⁴⁰ Launois R. : La Théorie de la Bureaucratie à l'Hôpital : Les colloques de l'INSERM – Conceptions, mesures et actions en santé publique INSERM Vol. 104, pp. 625-652, 1981. P 04. In www.rees-france.com

Le statut des sociétés anonymes aux hôpitaux est particulier, Launois R. montre que « Les organismes de direction de l'hôpital sont calqués sur les sociétés anonymes. On y trouve sinon les assemblées des actionnaires, du moins un conseil d'administration et un directeur. Mais derrière les apparences se cache une réalité forte différente. Les trois principes sur lesquels reposent la société anonyme, l'omnipotence du conseil d'administration, la hiérarchisation des responsabilités et la prédominance du contrôle interne ne se retrouvent pas dans l'organisation intérieure des établissements de soins. »⁴¹. Le fonctionnement et le contrôle de l'hôpital sont donc externes, car, il existe une transposition du pouvoir collégiale vers le pouvoir directionnel.

V-2-2 : Budget discrétionnaire et hôpital public

Le manager de l'hôpital est considéré comme un monopoleur de l'information qu'il détient, il offre une activité à l'autorité de la tutelle en contrepartie d'un budget « celui-ci est alloué par la tutelle en fonction d'une évaluation effectuée d'après la fonction, de coût d'un bureau et les résultats de ses activités, mais aussi en fonction de l'utilité sociale de cette activité ou de l'importance de la demande qui s'y adresse. Le monopole informationnel détenu par la bureaucratie vis-à-vis de ces caractéristiques lui permet d'adopter un comportement discrétionnaire (H. Leibenstein, 1966) visant à maximiser son utilité individuelle, fonction d'arguments tels que pouvoir et prestige qui sont eux même fonction de l'importance du budget alloué »⁴².

C'est par rapport à trois facteurs que l'hôpital décroche un budget :

1. le monopole de l'information dont dispose le manager hospitalier pour évaluer l'activité de son établissement et lui donne le pouvoir de négociation avec les autorités publiques.
2. l'existence d'un système de sanction et récompense exercé par l'État, la tutelle dispose des paramètres de jugement vis-à-vis aux activités du manager de l'hôpital.

⁴¹ Launois R. : La Théorie de la Bureaucratie à l'Hôpital : Les colloques de l'INSERM – Conceptions, mesures et actions en santé publique INSERM Vol. 104, pp. 625-652, 1981. P 04. In www.rees-france.com

⁴² Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 63.

3. le contrôle direct de l'affectation des ressources ; la direction de l'hôpital cherche une combinaison optimale des facteurs, « cette prétention s'affirme directement soit par une transformation de la législation qui accorde l'autonomie aux établissements publics hospitaliers »⁴³.

VI : Le financement des soins par l'assurance maladie

Selon (E. Levy 1976), « l'intervention tutélaire des pouvoirs publics est légitimée, du point de vue de l'économie publique par les caractéristiques de bien « santé », indivisibilité partielle, l'effet externe et caractère aléatoire de la maladie en font un bien qualifié de (collectif divisible) »⁴⁴. Le caractère aléatoire de la maladie entraîne des souffrances psychologiques et physiologiques et sociales de l'individu et même des pertes de ressources financières à la fois pour lui-même et pour le financeur des soins.

Selon Lamri L. « l'assurance maladie est un concept qui couvre de larges définitions. L'avènement maladie présente deux caractéristiques particulières : l'incertitude et le coût. La maladie est un phénomène qui ne se programme pas et le coût de sa prise en charge varie énormément. A l'origine donc, et compte tenu des caractéristiques particulières de cet avènement, l'assurance maladie se présente comme une garantie contre les risques liés aux états morbides et par conséquent aide les bénéficiaires à faire face aux dépenses de soins et la perte momentanée ou totale des revenus liés à l'activité »⁴⁵. Il existe essentiellement deux moyens de couverture des risques morbides et financiers, l'individu fait recours à l'assurance privée ou à la sécurité sociale.

⁴³ Launois R. : La Théorie de la Bureaucratie à l'Hôpital : Les colloques de l'INSERM-Conceptions, mesures et actions en santé publique INSERM Vol.104, pp. 625-652, 1981. P 13. In www.rees-france.com

⁴⁴ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 73.

⁴⁵ Lamri L. : la monographie de l'assurance maladie en Algérie, OMS/EMRO et RESSMA, Septembre 2001. P 21.

VI-1 : Le fondement du mode de financement de la santé

Les économistes cherchent traditionnellement à éviter en grande partie le jugement de valeur que portent les concepts « santé, justice, solidarité, l'équité sociale et l'éthique ». Se sont des jugements imposés par la tutelle en raison de l'accès de tout le monde aux soins de santé.

Il est essentiel de rappeler que chaque pays adopte un système de sécurité sociale qui diffère des autres, mais en général, le financement des soins de santé et le caractère aléatoire de la maladie se fait dans un mode de protection contre le risque « maladie » selon diverses modalités telles que la prévention, l'autoprotection des individus par l'épargne, assurance privée et assurance sociale. Selon Béjean S. « il s'agit ici de montrer les raisons économiques de cette « difficulté »⁴⁶, en se référant à deux idéaux types- protection volontaire et protection obligatoire – et en montrant que le premier, fondé sur le libre fonctionnement des mécanismes du marché, ni cependant pas optimal au sens de Petro. La couverture de risque maladie par une protection obligatoire de type sécurité sociale est alors un moyen d'accroître le bien-être individuel et collectif »⁴⁷.

Dans le cadre du système de protection volontaire contractuelle, l'individu est supposé posséder une rationalité substantielle, elle lui assure une capacité d'anticiper les risques à venir, dans des situations incertaines et pour assurer une meilleure garantie assurantielle, il opte pour une assurance privée qui fonctionne dans un marché de concurrence supposée parfaite, mais « D. Kessler (1986) le montre dans une synthèse remarquable résultant de la confrontation de ces comportements ne sont pas réalisés »⁴⁸. Le cadre d'analyse micro-économique suppose l'hypothèse de l'information parfaite, mais en réalité, l'individu est confronté à l'incertitude de l'environnement qui limite son savoir sur l'avenir assurantiel autrement dit, il estime son assurance vis-à-vis des risques aléatoires de manière subjective.

⁴⁶ « Difficultés » de substitution entre une protection assurantielle et protection obligatoire

⁴⁷ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 81.

⁴⁸ Idem. P 82.

La maladie est une variable à la fois endogène et exogène vis-à-vis du comportement du l'individu, elle influence ses dépenses de santé induite par l'occurrence du risque. Ses connaissances sur l'information médicale sont limitées, alors que les pouvoirs publics disposent d'une information plus complète les dotant d'un horizon spatial et temporel plus étendu, il assure une protection plus efficace par rapport à la protection individuelle.

VII : La coordination interne et la logique de l'organisation

Après avoir abordé la notion de coordination externe et la logique du marché, nous allons présenter ce qui se passe à l'intérieur de l'organisation et la recherche des modalités de la coordination interne et la logique de l'organisation.

La coordination interne repose sur un échange non marchand « l'approche contractuelle et l'approche conventionnaliste permettent de soulever le voile posé sur le fonctionnement interne de l'organisation »⁴⁹. L'approche contractuelle possède une conception positive sur le contexte réel des prises de décision individuelle (incertitude et asymétrie de l'information), elle interprète la coordination des décisions des managers et les comportements individuels comme étant le résultat d'une régulation contractuelle, en revanche, l'approche conventionnaliste se base sur l'hypothèse de rationalité procédurale qui s'intéresse non seulement à la coordination externe de prise de décision, mais aussi à la procédure interne de celle-ci.

VII -1 : Système d'agence et relation d'agence

La théorie de l'agence est formulée à partir des concepts d'incertitude, de divergence d'intérêt et d'asymétrie de l'information, Béjean S. montre que « les critiques de l'application du modèle néo-classique en économie de la santé et apports des notions de risque moral et sélection adverse dans le domaine de l'assurance ont conduit les économistes de la santé à mettre l'accent sur les asymétries de l'information et les divergences d'intérêt qu'une coordination purement marchande ne peut permettre de réduire, l'application de la théorie de l'agence (normative et positive) en

⁴⁹ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P158.

économie de la santé permet en effet de dépasser certaines des limites du modèle néo-classique et fournir des éléments d'aide à la décision en matière de politiques économiques »⁵⁰.

Cette théorie analyse les relations entre les différents acteurs en terme de relation d'agence entre le mandant et le mandataire qui constitue un gain aléatoire, cependant, l'organisation peut être étudié comme un mode d'allocation des ressources alternatives au marché, la coordination de l'action collective face à un environnement incertain est analysée par la règle des contrats, autrement dit « dispositifs collectifs » (Favereau), le passage d'une rationalité substantielle à la rationalité procédurale permet d'avoir un apprentissage organisationnel et acquérir des connaissances et les transmettre comme un savoir collectif. Provost A, C. montre que « Le choix de la forme d'organisation repose dès lors sur un critère de *satisfaction* et non plus d'optimisation : un individu recherche non pas l'action qui donne le meilleur résultat dans des conditions données, mais une action qui conduit à un résultat jugé satisfaisant compte tenu des connaissances et des capacités de calcul dont on dispose »⁵¹.

Les agents de l'administration doivent déterminer les termes du contrat de telle sorte que l'agent trouve son intérêt. Cependant, l'acquisition des informations cachées non seulement sont coûteuses, mais peu efficaces, selon Bureau D. et Mougeot M « Une réflexion devrait donc être engagée pour refonder les règles en ce domaine, en intégrant les définitions des missions données ci-dessus et les contraintes de mesure de la performance. En particulier, celles-ci doivent leur fixer des missions aussi définies que possible, pour que les agents sachent ce qu'ils ont à faire et que leur performance soit mesurable. Simultanément les besoins de coopération entre agences doivent être identifiés et organisés. Des règles sont nécessaires aussi pour établir les bases de leur bonne gouvernance, et éviter ainsi que les statuts de ces entités soient affectés par des éléments contingents à leur création, voire corrompus à ce moment par la nécessité de laisser des gages à

⁵⁰ Béjean S., coordonné par Claude Saily J, Lebrun T. : Dix ans d'avancées en économie de la santé : Actes des XIX^{es} Journées des économistes de la santé Française, 1997, Paris. P 19.

⁵¹ Provost A, C. : Analyse de la coexistence d'organisations non lucratives, lucratives et publiques dans le secteur des maisons de repos, Une approche par les logiques de qualité, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Sociales et Politiques, Institut d'administration et de gestion, Université Catholique Louvain, Juin 2002, Belgique. P 49. In <http://edoc.bib.be>

ceux qu'elle obligerait à se réformer »⁵². D'après l'auteur, les agents sont des éléments essentiels, la coordination entre eux est un facteur de régulation du système de l'organisation, l'hôpital est considéré comme une organisation et l'application de la théorie de l'agence est fondamentale comparé à des considérations traditionnelles. Béjean S. écrit : « l'interprétation des relations entre les différents acteurs en termes de relation d'agence permet de prendre en compte la complexité du fonctionnement de cette organisation, la divergence d'intérêt de l'asymétrie d'information entre acteurs, l'hôpital n'est plus une *boite noire*, mais elle nœud de relations contractuelles »⁵³. La théorie de l'agence est basée sur deux approches « normative et positive »

VII -1-1 : L'approche normative

Cette approche étudie le partage optimal des risques, ces hypothèses sont « les contrats optimaux, les propriétés d'équilibre et l'asymétrie de l'information qui existe entre les acteurs et les variables telles que la forme de préférence, la nature du risque et bien sûr la structure de l'information constitue les hypothèses fondamentales du modèle »⁵⁴. Le problème de décision médicale réside dans la nature de l'incertitude, la prise de décision dans ce contexte est fondée sur la définition de la fonction d'utilité moyennement d'une marge de risque c'est-à-dire maximiser l'espérance mathématique de l'utilité. Abdecassis P. montre que « Dans le domaine de l'incertitude médicale, une double typologie peut être réalisée. D'une part en fonction de la personne à laquelle le risque est associé : le patient (la demande) comme le médecin (l'offre) subissent un aléa. D'autre part en fonction de l'étape du processus de "soins" : étape de prévention de la maladie (prévention primaire ou passive), étape de dépistage de la maladie (prévention secondaire ou active), étape de diagnostic et, enfin étape de soins curatifs »⁵⁵. Il explique que l'incertitude est une variable endogène, alors que la recherche de l'information et son acquisition est un moyen de prémunir contre l'incertitude. La théorie d'agence étudie l'information et les

⁵² Bureau D, Mougeot M. : Performance, incitations et gestion publique, Rapport : Commentaire Mongin P, Compléments Bousquet F, Coulomb A, Gaffard J L, Hel-Thelie S et Perbet M, Conseil d'Analyse Économique, Paris, 2007. P 50. In www.cae.gouv.fr

⁵³ Béjean S., coordonné par Claude Saily J, Lebrun T. : Dix ans d'avancées en économie de la santé : Actes des XIX^{es} Journées des économistes de la santé Française, 1997, Paris. P 19.

⁵⁴ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 166.

⁵⁵ Abdecassis P. : Incertitude médicale et processus de décision, Séminaire du GEAPE Angers, Novembre. 1999. P 03. In <http://economix.u-paris10.fr>

détenteurs de l'information, ainsi, les relations d'agences qui s'instaurent dans un contexte d'incertitude entrent le principal qui délègue son pouvoir décisionnel et un agent qui détient l'information.

VII -1-2 : L'approche positive

Elle est définie comme étant une extension de relation d'agence à toutes relations de coopération entre individus dont les intérêts divergent. Une extension d'une relation d'agence à une relation contractuelle et d'une théorie d'agence à une théorie des contrats. Cette approche explique le fonctionnement, l'émergence et la survie des organisations qui considèrent l'entreprise comme un nœud de contrat, elles permettent d'établir une analyse des relations des contrats qui s'effectuent en les personnels de l'organisation (les clients, les fournisseurs et les créanciers), donc il existe un processus d'équilibrage de relations auxquelles ils confrontent la relation conflictuelle du fonctionnement de cet équilibre.

VII -2 : l'approche des économies de conventions

Cette approche est basée sur les modalités de coopération qui dépasse la régulation marchande (Prix), cependant, la relation qui relie les acteurs du système de soins est appréhendée comme une relation de délégation de pouvoir. Domin J P. stipule que « l'analyse conventionnaliste du réseau s'inspire des travaux évolutionnistes (Gadreau, 1999). Le réseau est appréhendé comme une structure, une forme émergente, mais constitue également une nouvelle modalité de coordination dépassant le marché (Béjean, Gadreau 1997). C'est une structure d'organisation des activités économiques reposant sur un ensemble de relations qui relie des entités, individus ou groupe et qui traduit une interdépendance entre ses membres. Il prend appui sur une conduite collective et non individuelle. Quatre éléments fondateurs sont à l'origine du réseau : La recherche de complémentarités, la volonté de réduction de l'incertitude, la diffusion de l'information et des connaissances et le rôle de confiance »⁵⁶. Cette approche a le mérite de s'appliquer en économie de la santé. Cependant, la qualité, la confiance et l'éthique professionnelle sont des facteurs importants pour expliquer le fonctionnement des systèmes de soins.

⁵⁶ Domin J, P. : Les réseaux de santé : Une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté CRAS-LAM, Université de Reims, Reims. P 06 in www.cocof.irisnet.be

L'économie des conventions repose sur deux hypothèses, l'une est relative à la compétence des personnes qui passe de la rationalité substantielle à la rationalité procédurale et de l'organisme à l'éthique. La seconde repose sur la coordination des décisions individuelles. Béjean S. montre que « Les conventions d'activité sont constituées et constitutives d'une relation intergroupe entre la profession médicale et les pouvoirs publics, elles aboutissent à définir trois règles supérieures qui assurent la primauté du système de soin dans une logique de don réciproque»⁵⁷

- Ethique professionnelle de désintéressement ;
- Légitimité et indépendance de la profession médicale ;
- Caractéristique titulaire du bien santé

Les règles et les conventions sont alors des agencements des décisions individuelles et permettent de constituer un produit d'accord et d'efficacité du système de soin et de liaison de spontanéité du lien sociale.

SECTION II : L'évaluation économique dans le domaine de la santé

L'intérêt de l'évaluation économique dans le domaine de la santé est la prise de décision dont l'efficacité, le bénéfice et l'utilité sont supérieurs aux coûts de l'action exercée à la santé quelque soit la gestion des structures et des établissements sanitaires ou des actions préventives ou/et curatives des programmes de santé. Drummond M F, O'Brien B J, Stoddart G L et Torrance G W. stipulent que « bien que l'évaluation économique fournisse d'importantes informations aux décideurs, elle ne traite que l'un des aspects des décisions de santé, elle est particulièrement utile quand elle précédée par trois autres types d'évaluations, qui répondent chacune à une question différente »⁵⁸. Le problème de l'évaluation économique consiste à utiliser rationnellement les ressources allouées à la santé et la maîtrise des coûts par des méthodes de calcul économique appliquées à la santé. Son objectif est de prendre des décisions efficaces et aboutir des meilleurs résultats avec un minimum de moyens, les plus utilisées sont l'analyse coût-efficacité (ACE), l'analyse coût-avantage (ACA), l'analyse coût-bénéfice (ACB) et l'analyse coût-utilité (ACU).

⁵⁷ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, 1994, Paris. P 264.

⁵⁸ Drummond M F, O'Brien B J, Stoddart G L et Torrance G W. : Méthodes d'Evaluation Economique des Programmes de Santé, 2^{ème} Edition, Edition Economica, 1998, Paris P 11.

I- L'analyse coût-efficacité (ACE)

L'analyse coût-efficacité est un instrument d'aide à la décision. Il a pour but d'identifier la voie la plus efficace pour aboutir à un objectif, du point de vue économique. Dans le cadre de l'évaluation économique, l'analyse permet de discuter l'efficacité économique d'un programme ou d'un projet. Elle permet de comparer des politiques, des programmes ou des projets de santé entre eux. Elle évalue plusieurs alternatives, notamment dans le but de savoir celle qui permet d'obtenir un résultat donné pour le coût le moins élevé.

L'ONUSIDA donne l'importance de l'ACE dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, « L'analyse coût-efficacité est un instrument important pour la définition des priorités dans la planification stratégique. Face à l'épidémie de VIH/SIDA, les décideurs doivent connaître le coût et les conséquences des initiatives proposées dans un programme de lutte contre le SIDA afin d'utiliser au mieux le peu de ressources disponibles. L'épidémie de VIH/SIDA a grevé de plus en plus lourdement des systèmes de soins de santé déjà très affectés. L'essentiel du fardeau de la maladie pesant sur les pays pauvres, des interventions efficaces et peu coûteuses sont absolument indispensables »⁵⁹.

La comparaison entre deux stratégies ou deux programmes de santé par la méthode de l'ACE se fait par le rapport coût-efficacité comme le montre Savidan E, « Le rapport coût-efficacité est le rapport entre le coût d'une stratégie (selon un point de vue donné) et les effets de cette stratégie sur la santé exprimé en unités physiques (par exemple en mm de mercure si on cherche une amélioration de la pression artérielle ou en années de vie gagnées). Ce type d'analyse va être utilisé lorsque l'on cherche à déterminer quelle stratégie est la plus efficace entre deux stratégies pour un coût donné ou lorsque l'on cherche à atteindre un objectif thérapeutique au moindre coût »⁶⁰. Cette méthode analyse et clarifie tout d'abord les objectifs fixés par les décideurs et en

⁵⁹ ONUSIDA : Analyse coût-efficacité et VIH/SIDA : Actualisation ONUSIDA, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Août 1998. P 03. In <http://data.unaids.org>

⁶⁰ Savidan E. : Etude coût efficacité de l'adaptation bayésienne des posologies de ciclosporine en transplantation de moelle osseuse pédiatrique, thèse pour le DIPLOME d'Etat de docteur en Pharmacie, Université Claude Bernard-Lyon I, Faculté de Pharmacie, Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, juin 2005, Lyon. P 65. In <http://ispb.univ-lyon1.fr>

suite procède à une analyse de minimisation des coûts et décrire l'efficacité choisie des résultats obtenus.

II- L'analyse coût-avantage (ACA)

L'analyse coût-avantage est une méthode qui permet de comparer une stratégie sanitaire à une autre stratégie, comme le cas d'une comparaison entre une stratégie sanitaire préventive et curative, cette méthode d'analyse prospective a pour but de comparer plusieurs stratégies possibles et ces résultats sont quantifiés en terme épidémiologique et économique. Le rapport du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (SCTC) montre l'importance de cette méthode et écrit « Les estimations annuelles des flux d'avantages et de coûts non actualisés devraient être présentées sur la période d'incidence. Cette dernière pourrait varier d'une politique à l'autre, et il serait possible d'utiliser un intervalle de temps. Si les estimations initiales sont exprimées en dollars historiques, elles devront être corrigées pour refléter les prix réels ou les prix correspondant au niveau de prix d'une année donnée à l'aide du déflateur du PIB. Si ce dernier n'est pas disponible, il faudra utiliser l'index des prix à la consommation »⁶¹.

Dans le domaine de la santé, l'application de cette méthode consiste à mesurer les coûts des programmes de santé et estimer les avantages. Le Dr Paret H. argumente que « les avantages correspondent à la suppression des coûts lorsqu'on envisage de lutter contre une maladie particulière ou plusieurs maladies en même temps. On se heurte alors à des phénomènes simultanés de sous-estimation et surestimation »⁶². La méthode d'analyse coût-avantage compare tous les avantages par rapport à tous les coûts. La valeur actuelle permet d'évaluer de façon comparable tous les coûts-avantages futurs et établir une valeur monétaire pour les éléments intangibles (un malade non assuré). Si le ratio avantage-coût est supérieur à 1, le programme a une valeur avantageuse.

⁶¹ SCTC (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada) : Guide d'analyse coûts-avantages pour le Canada : Propositions de réglementation, 2007, Canada. P 43. In <http://www.tbs-sct.gc.ca>

⁶² Paret H. : L'économie des soins médicaux : Initiation économique, Editions Economie et Humanisme, Les Editions ouvrières, 1978, Paris. P 180.

III- L'analyse coût-bénéfice (ACB)

L'analyse coût-bénéfice vise à améliorer la qualité d'une décision, qui ne fait pas uniquement référence à un surplus monétaire, mais au bien-être que la décision génère pour les individus. Treich N. explique que « Le principe est extrêmement simple. L'ACB vise à réaliser toutes les décisions dont les bénéfices sont supérieurs aux coûts. S'agissant de la prévention, dans la partie bénéfices, on peut inclure les conséquences d'une baisse de la pollution, d'une baisse de l'incidence d'une maladie, ou d'une meilleure sécurité d'une usine. Dans la partie coûts, on peut inclure les coûts de dépollution, de changement de technologie, les coûts d'investissement dans la sécurité, et de recherche d'un substitut à un produit reconnu toxique. Il faut noter immédiatement que la comparaison directe des coûts et des bénéfices impose une même unité de mesure »⁶³. Elle vise à comparer les gains en santé aux coûts des ressources utilisées et déterminer si le programme de santé est rentable, autrement dit, le but de cette analyse est de savoir si les bénéfices du programme excèdent ses coûts.

Drummond M F, O'brien B J, Stoddart G L et Torrance G W. montrent que « dans l'analyse coût-bénéfice (ACB), les résultats sont mesurés en unités monétaires, ce qui permet de réaliser une comparaison directe du coût différentiel du programme avec ces conséquences différentielles »⁶⁴. Les règles de décisions de cette méthode d'analyse dépendent du contexte de l'évaluation et en particulier de la contrainte budgétaire. L'analyse coût-bénéfice (ACB) a une portée plus large que les autres méthodes (ACA) et (ACE). Elle comprend l'évaluation de l'analyse des coûts et les bénéfices en unités monétaires et elle ne se limite pas à comparer un programme de santé et un autre mais, on peut l'utiliser même entre autres secteurs que la santé, autrement dit, l'analyse coût-bénéfice est une forme d'évaluation économique du secteur public.

⁶³ Treich N. : L'analyse Coût Bénéfice de la Prévention des Risques, Version Préliminaire, LERNA-INRA, Université de Toulouse, Décembre 2005. P 07. In www.toulouse.inra.fr

⁶⁴ Drummond M F, O'brien B J, Stoddart G L et Torrance G W. : Méthodes d'Evaluation Economique des Programmes de Santé, 2^{ème} Edition, Edition Economica, 1998, Paris P 219.

IV- L'analyse coût-utilité (ACU)

L'analyse coût-utilité (ACU) est applicable lorsque les traitements alternatifs peuvent être évalués en utilisant des dimensions multiples des résultats en matière de santé et particulièrement utile pour les traitements qui prolongent la vie provoquant des effets secondaires. En effet, cette méthode d'analyse économique est un enrichissement des études coût-efficacité en ce sens, l'efficacité est ici pondérée par la qualité de vie afin de mesurer l'« utilité » de l'action ainsi évaluée. Dans ce type d'analyse, le coût de la stratégie est mis en face du résultat de l'action, apprécié désormais à travers une mesure unique incorporant à la fois la quantité et la qualité de vie gagnée. Ouellette P. montre que « Les analyses coût-utilité se caractérisent par le fait que le gain en santé est mesurable par un indicateur unique, souvent en terme médical (baisse de pression, nombres de cas, etc.) »⁶⁵.

Dans l'analyse coût-utilité (ACU), le coût différentiel d'un programme est comparé à l'amélioration différentielle de la santé qui résulte du programme. Drummond M F, O'Brien B J, Stoddart G L et Torrance G W. expliquent que « L'analyse coût-utilité (ACU) est une forme d'évaluation où l'on s'intéresse tout particulièrement à la qualité des effets sur la santé induite par les programmes. Elle présente de nombreuses analogies avec l'analyse coût-efficacité (ACE) »⁶⁶. Les économistes utilisent le terme "utilité" (qui signifie en économie le gain qu'une personne reçoit d'un bien ou d'un service), pour désigner la valeur attribuée à un certain état de santé (L'utilité d'un état de santé est habituellement exprimée sur une échelle allant de 0 à 1, où 0 est la mort et 1 est la parfaite santé. Il existe plusieurs façons de mesurer l'utilité, l'OMS précise que « D'autres systèmes impliquent la description d'un état de santé en référence à différentes catégories comme la mobilité, autonomie, relations sociales, douleur ou détresse, etc. En combinant ces éléments dans un tableau global, on déduit un poids d'utilité pour cet état de santé »⁶⁷.

⁶⁵ Ouellette P. : Introduction à l'évaluation économique en santé, 9^{èmes} journées annuelles de santé publique, Québec, Novembre 2005. P 17 In <http://www.inspq.qc.ca>

⁶⁶ Drummond M F, O'Brien B J, Stoddart G L et Torrance G W. : Méthodes d'Evaluation Economique des Programmes de Santé, 2^{ème} Edition, Edition Economica, 1998, Paris P 145.

⁶⁷ OMS : Economie de la santé : Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé VIH/SIDA, tuberculose et paludisme : Faire reculer le paludisme, Edition Provisoire Juillet 2003. P 24. In www.who.int

Conclusion

Du fait de l'évolution des dépenses de santé, il est indispensable que les économistes cherchent de plus en plus dans la problématique économique de l'allocation optimale des ressources dans le domaine de la santé. Les professionnels de la santé considèrent quelquefois comme contraire à l'éthique d'intégrer la dimension économique à leur pratique alors que ne pas en tenir compte risquerait de conduire au gaspillage de ressources déjà limitées, ce qui serait encore plus contraire à l'éthique. C'est pourquoi il est devenu nécessaire qu'ils acquièrent la tendance à comprendre et à faire une lecture critique de la logique médicale afin de prendre des décisions éclairées et cohérentes quant au choix du traitement médical le plus efficient, tout en maintenant la qualité des soins. La science économique fournit une rigueur théorique, mais aussi des techniques pratiques nécessaires à l'estimation de la valeur d'un coût de la santé à l'ensemble des professionnels de la santé. Ces derniers jouent un rôle essentiel dans le contrôle des coûts puisqu'ils disposent des moyens d'évoluer la pratique médicale à la lumière des enseignements de la discipline économique.

L'évaluation économique peut être un outil flexible et crédible dans la formulation d'une stratégie sanitaire et la gestion de programmes de santé. Elle peut apporter une clarté appréciable dans la réduction des coûts, nous permettant de voir quelles sont les parties coûteuses du système et la relation entre ces coûts et les résultats. Elle peut aider les décideurs et les directeurs de programmes à être plus objectifs et cohérents d'une décision à l'autre.

CHAPITRE II :

RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LE TRAVAIL

RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LE TRAVAIL

Introduction

L'individu entretient des relations entre sa santé et son activité professionnelle. Toutefois il existe une forte relation entre la santé du salarié et son travail cependant. Les évolutions de l'organisation du travail s'avèrent porteuses de nouveaux risques pour la santé des individus. La charge et la pression exercée sur les lieux de travail sont incontestablement le résultat des mutations organisationnelles, des structures économiques de plus en plus complexes et l'apparition de nouvelles technologies et de nouveaux produits dangereux. Ses changements sont parmi les facteurs permettant une dégradation des conditions du travail et notamment l'atteinte à la santé physique et mentale des travailleurs.

Les statistiques de l'organisation internationale du travail (OIT) montrent que les conséquences dramatiques dues aux accidents de travail et aux maladies professionnelles pèsent sur l'économie nationale d'un pays et particulièrement à la compétitivité des entreprises, non seulement les coûts économiques et financiers directs supportés, mais aussi les pertes humaines et les coûts indirects cachés, sont difficiles à mesurer. Selon le "BIT"⁶⁸, pour une petite entreprise, le coût d'un seul accident peut être une catastrophe financière.

Au niveau des entreprises, il existe une variété de risques et nuisances qui menacent la santé physique et psychologique des travailleurs, en effet, les risques professionnels sont à l'origine des causes d'atteinte à l'équilibre de la santé des salariés : (accidents du travail et maladies professionnelles). Non seulement les risques professionnels menacent la santé des travailleurs, mais aussi les mauvaises conditions de travail produisent des perturbations pendant le travail.

Une bonne démarche de prévention des risques professionnels est fondamentale pour l'entreprise, cependant, plusieurs études montrent que la prévention coûte moins cher que la réparation des accidents du travail et les maladies professionnelles. Elle doit être faite sur des fondements clairs et dynamiques pour qu'elle soit compatible et flexible à l'évolution des organisations de travail et aux nouvelles technologies. Dès lors, l'organisation de la prévention devenait une nécessité dans les relations

⁶⁸ BIT : Introduction à la santé et la sécurité au travail : Votre santé et votre sécurité au travail, Bureau des activités des travailleurs, La collection des modules. In www.ilo.org

professionnelles entre employeurs et travailleurs, parfois, elle constitue un levier économique et concurrentiel pour les entreprises.

La responsabilité en matière de sécurité et de santé au travail incombe aux acteurs de la prévention des risques professionnels. Ils sont tenus de respecter la réglementation, le contrôle pour l'amélioration des conditions de travail et à la réduction des risques existants sur les lieux de travail.

I. Relation entre travail, santé et productivité de l'entreprise

L'origine de l'approche socio-économique des conditions de vie au travail a été créée en 1973 par « Henri SAVALL »⁶⁹. L'objectif de cette approche est de définir les conditions de la compatibilité entre performance sociale et performance économique. Elle part du principe selon lequel les approches existantes relatives à l'amélioration des conditions de vie au travail négligent l'argumentation économique, pourtant décisive lorsque des dirigeants doivent prendre des décisions sous contrainte des ressources disponibles et des exigences des parties prenantes. C'est ainsi que les approches ergonomiques sont menacées dans leur mise en oeuvre si elles ne sont pas accompagnées par une démarche les rendant compatibles avec les contraintes économiques. Négliger la dimension économique et stratégique dans les entreprises risque ainsi de conduire les décideurs à être confrontés à des situations critiques, toutefois, il doit améliorer les conditions de vie au travail et réduire les budgets nécessaires à ses améliorations.

Tout d'abord, nous expliquerons la notion de la santé, qui est définie selon l'OMS comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁷⁰. Selon la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A.), « La santé est un processus dynamique par lequel l'individu se construit et chemine, processus qui inscrit dans le corps de la personne, les empreintes du travail, des conditions de vie, des événements, des douleurs, du plaisir et de la souffrance, de tout ce dont est faite une histoire individuelle dans sa singularité, mais aussi collective par l'influence des multiples logiques au coeur desquelles elle s'insère »⁷¹.

⁶⁹ Savall H, Zardet V, Bonnet M.: Approche socio-économique des conditions de vie et de santé au travail : Exemple des travaux de l'ISEOR, centre de recherche associé à l'Université Jean Moulin, Lyon. P 01 In www.irsst.qc.ca

⁷⁰ OMS : Documents fondamentaux, Quarante-sixième édition comprenant les amendements adoptés jusqu'au 31 décembre 2006, (NLM classification: WA 540.MW6), 2007. P 01. In www.who.int

⁷¹ Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A. : Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Office des Publications Officielles des communautés européennes, Luxembourg, 2002. P 05. In www.eurofound.eu.int

La santé au travail est particulière, elle est définie en relation avec le travail, l'OMS indique que « Le bien-être sur les lieux de travail a été défini comme un état d'esprit dynamique, caractérisé par une harmonie satisfaisante entre les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur, d'une part et les contraintes et les possibilités du milieu de travail, d'autre part »⁷². Le conseil économique et social de France "(CES)"⁷³ stipule que si le travail est toujours un rendez-vous avec l'effort, il peut aussi être un rendez-vous avec le plaisir. Pour l'être humain, le travail constitue l'un des moyens par lesquels il peut construire sa santé, un lieu où sans contraintes de rythmes et de gestes imposés, il peut construire son identité et s'émanciper.

I-1. Santé et travail : deux notions opposées ou complémentaires ?

Le travail peut contribuer positivement ou négativement sur la santé des travailleurs ; un nombre presque illimité de risques peuvent être présents sur presque tout lieu de travail. Il y a des conditions de travail manifestement dangereuses, cette dégradation n'est pas sans conséquence sur la santé et la sécurité des salariés. Mais aussi le travail contribue au bonheur et au bien-être des travailleurs, s'agissant d'une source de revenu et d'occupation.

I-1.1. Les effets du travail sur la santé

« Si le travail c'est la santé, alors laissons-le aux malades ! »⁷⁴. La question de la relation coexistante entre le travailleur et la dégradation de sa santé occupe une place de plus en plus importante dans toute politique d'amélioration de la santé des salariés dans les entreprises, l'ENSP précise que « tant il est vrai que l'homme bien protégé travaille plus et mieux »⁷⁵. On dit

⁷² OMS : Santé et bien-être sur les lieux de travail, Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1981. P 02. In <http://whqlibdoc.who.int>

⁷³ CES (Conseil Economique et Social) : Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Rapport présenté par Bressol E. France, 2004. P 80. In www.conseil-economique-et-social.fr

⁷⁴ Guiol P, Muñoz J. : Management des entreprises et santé des salariés, Rapport pour le ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, Rennes, 2006. P 08. In www.efesonline.org

⁷⁵ ENSP : Séminaire national d'évaluation des activités de médecine du Travail, Alger, 2003. P 09. In www.sante.dz

souvent que "le travail, c'est la santé", de ce fait « Le travail contribue à la santé, parce qu'il a du sens et procure sentiment d'utilité et identité »⁷⁶.

Mais le travailleur, dans le processus de production, est appelé à réaliser un certain nombre d'activités dans son environnement professionnel et dans certaines conditions. Le travail peut avoir un impact sur la santé de l'homme. Au cours de la réalisation d'un travail, il est exposé à une multitude de facteurs de nuisance qui sont plus souvent à la base de la survenance des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Les mauvaises conditions de travail en dehors des répercussions sur la santé physique peuvent également, agir sur le mental du travailleur, par le développement des pathologies psychiques. Les travailleurs, dans plusieurs branches d'activité, sont exposés à des problèmes psychosociaux tels que le stress, l'alcool et la drogue, la violence dans le monde du travail.

La pression exercée sur les lieux de travail est le résultat d'un changement organisationnel, des structures économiques de plus en plus complexes et la survenue de nouvelles technologies, ces mutations peuvent occasionner une dégradation de l'environnement dans lequel passent les salariés la durée de leur travail. En effet, le rapport de l'Agence de Recherche Nationale (ANR) montre que « La construction d'organisations composites, complexes et pas toujours bien maîtrisées a entraîné une complexification du travail et des formes assez largement nouvelles d'intensification de celui-ci. Cette intensification, qui concerne, sous des formes différentes, la quasi-totalité des économies développées met en danger la santé de nombreux travailleurs »⁷⁷.

⁷⁶ Dirigé par Tourasse C., Réalisé par Bornarel L. : Travail et santé : Les cahiers de l'agenda santé, L'agenda santé - Lyon métropole n°7, novembre 2006. P 5. In www.millenaire3.com

⁷⁷ ANR (Agence de Recherche Nationale) : Santé-environnement et santé au travail : Nouvelles perspectives de recherches, Séminaire de prospective scientifique et de lancement du programme recherche du plan national Santé-environnement et du plan santé au travail, Document d'orientation scientifique, 2005. P05. In <http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr>

L'évolution du monde de travail fait constamment apparaître de nouveaux types de risques. La sécurité du travail et la protection de la santé au travail doivent évoluer de la même tendance que celles des mutations organisationnelles.

Les évolutions de l'organisation du travail s'avèrent porteuses de nouveaux risques pour la santé physique et psychique des individus. L'ensemble de ces évolutions expose les individus à de multiples troubles de la santé, les travaux déjà menés dans ce domaine ont contribué à dépasser la vision fortement mécanique des conditions de travail héritées des modes d'organisation taylorien et fordiste.

Loewenson R. précise que « Les systèmes mis en place pour la protection de la santé des travailleurs semblent avoir été dépassés par l'évolution liée aux mouvements des capitaux et des techniques et aux changements intervenus dans l'organisation du travail »⁷⁸. Ces nouvelles formes d'organisation et la complexité du travail, à l'oeuvre depuis les dernières décennies se montrent extrêmement néfastes pour la santé, dans le même temps où apparaissent les maladies à effets différés provoqués par l'utilisation des produits cancérigènes, dont les risques étaient connus du patronat depuis très longtemps.

Le modèle épidémiologique, déjà ancien, de Karasek montre qu'une intensité excessive du travail est pathogène lorsque le degré d'autonomie, de contrôle de leur propre activité par les travailleurs est faible et que le soutien social (technique et émotionnel) dont ils bénéficient est faible. Guenette A-M, Lee Y et Papart J-P montrent que « Le modèle de Karasek [1979], largement utilisé à ce jour pour apporter une compréhension sur ces problématiques, se révèle l'un des plus puissants dans sa simplicité et sa force explicative. Cependant, les résultats empiriques engendrés

⁷⁸ Loewenson R. : Mondialisation et santé au travail : l'exemple de l'Afrique australe, Thème spécial – Mondialisation, Article publié en anglais dans Bulletin of the World Health Organization, 79 (9) : 863-868, 2001, P 31. In <http://whqlibdoc.who.int>

qui en contestent le bien-fondé ou qui l'appuient nous laissent relativement mitigés »⁷⁹. Le modèle, plus récent, de Siegrist montre de même un rôle néfaste des exigences élevées du travail lorsque la reconnaissance matérielle et morale de celui-ci est insuffisante.

La question de la visibilité des liens entre travail et santé est de plus en plus importante et complexe. Les risques professionnels sont aujourd'hui moins bien acceptés qu'ils ne l'étaient par le passé. Cela tient d'abord à l'évolution de la relation au travail, qui n'a plus nécessairement la place centrale qui fut longtemps la sienne. Les liens entre santé et travail se montrent sous la forme d'une relation simple de cause à effet. Plusieurs aspects du travail influencent simultanément chaque aspect de la santé, tandis que la santé agit sur la possibilité d'avoir un emploi, d'y rester, ainsi que sur l'affectation à un poste de travail et la manière de réaliser la tâche.

Ces relations découlant de mécanismes à effet différé, leur analyse suppose de s'inscrire dans une perspective diachronique, en reliant l'évolution de la santé aux situations de travail successivement vécues. À cette complexité des analyses sur les liens entre santé et travail s'ajoutent les difficultés dues à la « visibilité » très variable de ces liens, selon l'impact des parcours professionnels (âge plus ou moins précoce du début de travail, actifs/inactifs, mobilité professionnelle, types d'emplois occupés, conditions de travail...) sur l'état de santé (physique et mentale) et sur la mortalité.

De manière générale, le travail fait subir à la santé des salariés des conséquences à la fois positives et dramatiques. En effet, le travail parfois est un déterminant négatif de la santé en milieu professionnel, les mutations économiques et organisationnelles peuvent avoir des troubles de la santé des travailleurs, au même temps, les entreprises subissent elles aussi des perturbations au niveau de la production, de la productivité, les journées perdues de travail et les pertes humaines (en cas d'accident mortel ou handicap), ce dernier considéré comme un facteur

⁷⁹ Guenette A-M, Lee Y, Papart J-P. : Conditions de travail et santé : Le modèle de KARASEK revisité au travers d'une approche par les régressions Polynomiales, XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au coeur de la GRH, IAE de Lille et Reims Management School, Reims, 2006. P 02. In www.reims-ms.fr

déterminant de la survie de l'entreprise, et constitue un avantage concurrentiel du point de vue stratégique.

I-2. Contribution de la santé au travail à la production et à la productivité de l'entreprise

Chacun dans l'entreprise (employeur et salariés) cherche à accomplir ses objectifs, Desmarais L. montre que « Les intérêts patronaux sont mus principalement par des concepts axés sur l'efficacité, l'efficience et la productivité. Ces intérêts sont gouvernés, entre autres choses, par la nécessité de maximiser les profits et sont d'ordre économique. Les intérêts des travailleurs sont orientés principalement vers la recherche de leur bien-être au travail (St-Onge et al. 1998 ; Petit et al. 1993) »⁸⁰. La croissance de l'entreprise dépend de la complémentarité des finalités de l'employeur et le bien-être des travailleurs dans leur lieu de travail.

La performance de l'entreprise est le résultat d'un ensemble d'activités et de combinaison entre les différents facteurs de production, le capital humain joue un rôle intrinsèque dans le développement et la survie de l'entreprise, selon Senghor L-S dit « Bien que l'enjeu ne soit pas le même dans tous les secteurs, la santé et la sécurité au travail peuvent aussi constituer des facteurs de compétitivité »⁸¹. Les travailleurs en bonne santé sont plus productifs et peuvent assurer une production de meilleure qualité, la réduction des accidents et des maladies permet de limiter les dommages et les risques en matière d'assurance.

La santé au travail est au coeur du système de production de la valeur, elle représente un véritable enjeu économique, car elles affectent directement et indirectement à la fois, l'entreprise,

⁸⁰ Desmarais L. : Évaluation de l'implantation des comités de santé et de sécurité du travail : Une étude de cas multiples réalisée dans les petites et moyennes entreprises au Québec, Thèse présentée comme exigence partielle du Doctorat conjoint en Administration, Ecole de la Science de la Gestion, Université du Québec à Montréal, 2004. P17.

⁸¹ Senghor L-S. : Les politiques de santé, Séminaire : « Les politiques de santé », Groupe n° 18: La santé et la sécurité au travail, Promotion 2002-2004, Juillet 2003. P 07.

l'employé et la société, Desmarais L. montre que « De plus, de bonnes conditions de travail renforcent la productivité des travailleurs et améliorent la qualité des biens et des services »⁸².

Les effets préjudiciables sur la santé au travail présentent des perturbations au niveau du processus de production et la productivité de l'entreprise, l'IRSST montre que : « On s'inquiète généralement de son impact sur la productivité, mais les coûts humains et financiers associés à ce type d'incapacité touchent l'individu, sa famille, l'organisation dans laquelle il évolue et, en fin de compte, toute la société »⁸³. Les entreprises estiment que la santé au travail soit un élément essentiel de leur réussite au niveau de toutes les activités stratégiques.

La santé au travail contribue à montrer qu'une entreprise est socialement responsable de protéger et améliorer l'image et la valeur de la marque, à optimiser la productivité des travailleurs en renforçant les compétences et le capital santé des travailleurs et réduire les coûts de l'entreprise et les perturbations dans le travail.

La question de la qualité de la production a un impact important sur l'entreprise et sur les salariés dans la mesure où elle percuté l'attachement au travail bien fait. Là aussi, en visant la qualité des tâches qu'ils exécutent, les salariés engagent leur identité et leur santé en s'attachant aux notions de travail bien fait, de respect du matériel et des hommes. La mise en oeuvre d'une production de qualité passe par l'exercice d'un travail conforme à des critères d'efficacité techniques. De plus, pour le dirigeant d'entreprise, la qualité recherchée est celle qui correspond à un moment donné aux attentes du marché.

Les salariés se plaignent de la dégradation de la qualité et du sens du travail et sont nombreux à estimer qu'ils n'ont pas les moyens de faire un travail de bonne qualité. «Le sentiment de faire du

⁸² OMS : Pourquoi et comment procéder à des évaluations économiques au niveau de l'entreprise : Série protection de la santé des travailleurs n° 2, Genève, 2004. P 03. In www.who.int

⁸³ IRSST : Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail : Une synthèse des approches au niveau international, Etudes et recherches, rapport R-474, Montréal (Québec), 2006. P 01. In www.irsst.qc.ca

mauvais travail est vécu sur le mode de l'indignité personnelle et suscite des réactions défensives qui aggravent la situation »⁸⁴ souligne Davezies P.

La nécessité de l'entreprise d'être plus flexible et plus compétitive par rapport aux changements organisationnels est l'adaptation de ces conditions de travail à ces derniers, le CES stipule que « La recherche par les entreprises de plus de souplesse et d'une plus grande flexibilité productive s'est également traduite par de nouvelles organisations du temps, le développement des formes atypiques d'emplois et une pression sur les effectifs. Conjugués, ces phénomènes ont transformé les conditions dans lesquelles s'effectue le travail »⁸⁵.

Le Bureau International du Travail montre dans son rapport "Changement dans le monde du travail" que les maladies perturbent le rendement de l'entreprise, il écrit : « La productivité du travail est diminuée par la pandémie du VIH/SIDA de plusieurs façons. Les personnes qui tombent malades sont de moins en moins capables de travailler aux stades avancés de la maladie. Il y a actuellement plus de 2 millions de travailleurs qui sont partiellement ou intégralement incapables de travailler en raison du VIH/SIDA »⁸⁶.

II. Conséquences économiques et sociales des risques professionnels

Actuellement, plusieurs pays dans le monde paient une lourde facture des conséquences dramatiques dûes aux risques professionnels, tous les ans, environ deux millions d'hommes et de femmes perdent la vie dans des accidents ou à cause de maladies liés au travail. Davantage, le Bureau International du Travail "(BIT)"⁸⁷ montre dans son rapport sur les conditions et le milieu de travail qu'il a présenté à la conférence internationale du travail en 1975 que le directeur

⁸⁴ CES (Conseil Economique et Social) : Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Rapport présenté par Bressol E. France, 2004. P II - 85. In www.conseil-economique-et-social.fr

⁸⁵ Idem. P 08.

⁸⁶ BIT : Changement dans le monde du travail : Conférence internationale du travail, Rapport du directeur général, Rapport I (C), 95^{ème} session, Première édition, Genève, 2006. P 40. In www.ilo.org

⁸⁷ BIT : La prévention des accidents, Manuel d'éducation ouvrière, Genève, 1984. P 02.

général du BIT faisait observer en ce qui concerne les accidents de travail, que les taux de fréquence demeuraient constants dans des pays industrialisés et qu'ils avaient augmenté considérablement dans les pays en voie de développement. Ces coûts et ces souffrances pèsent lourdement sur l'économie des nations, sur les entreprises, les travailleurs et leurs familles et la société toute entière.

II-1. Les conséquences économiques des risques professionnels

Les évaluations économiques font découler clairement les coûts et les avantages de la gestion de la santé des travailleurs au niveau de l'entreprise. Elles peuvent donc s'avérer un outil précieux pour promouvoir de bonnes pratiques. Bien que l'on admette, en théorie, les relations qui existent entre la santé et la sécurité au travail (SST) et la performance économique, il est parfois difficile d'apprécier la dimension quantitative et qualitative de ces relations. L'évaluation économique peut aider à trouver des informations plus utiles pour faciliter la prise de décision comme la quantité de ressources de l'entreprise à laquelle sont perdues suite à des risques professionnels et la méthode la plus rentable d'obtenir un environnement de travail favorable.

La comptabilité des coûts d'accident de travail et maladie professionnelle paraît difficile. Cependant, le véritable coût qu'engendre le risque professionnel est ignoré. On s'arrête le plus souvent à un chiffrage des coûts directs (primes d'assurances annuelles, absentéisme, outils de protection, fonctionnement du service de prévention). Les coûts indirects ou les coûts cachés, encore qualifiés de coûts virtuels correspondent à un manque à gagner du chiffre d'affaires réalisables, qui s'ajoute aux charges directes, sont évalués de deux à quatre fois le montant des coûts apparents.

L'OIT estime que « Ce sont les coûts indirects engendrés par la détérioration de la santé et de la sécurité des salariés qui sont les plus élevés »⁸⁸. C'est tout un ensemble de coûts qui sont

⁸⁸ Senghor L-S. : Les politiques de santé, Séminaire : « Les politiques de santé », Groupe n° 18: La santé et la sécurité au travail, Promotion 2002-2004, Juillet 2003. P 07.

échappés aux calculs économiques (frais de transport des préjudices, coûts de la souffrance, coûts liés à la famille de la victime soit un accident ou une maladie du travail...etc.). Ainsi, selon Riel et Imbeau (1995), «les coûts discrets représentent les coûts qui sont encourus par l'entreprise à un moment donné alors que les coûts périodiques se produisent plusieurs fois pendant une période de temps. « Par ailleurs, les coûts quantifiables désignent les coûts pouvant être mesurés par un système comptable approprié alors que les coûts irréductibles sont des coûts qui ne peuvent pas être mesurés en termes monétaires, mais pour lesquels il existe des indices opérationnels qui peuvent les caractériser. Enfin, les coûts intangibles représentent les coûts n'étant pas mesurables en termes monétaires et n'ayant pas d'indices opérationnels capables de mesurer leurs répercussions sur l'organisation »⁸⁹.

Les coûts directs représentent généralement les frais qui sont enregistrés dans le système comptable de l'entreprise, c'est-à-dire les sommes qui doivent être engagées à la suite d'accidents, par contre, les coûts indirects décrivent les pertes subies par l'entreprise à la suite d'un accident de travail, mais qui ne sont pas nécessairement comptabilisées au sein de l'entreprise.

Les estimations annuelles mondiales de l'OIT illustrent que « Au-delà de la souffrance humaine, ces accidents ont des conséquences économiques importantes sur les affaires, puisque 150 millions de journées de travail sont perdues et que les coûts d'assurance supportés par les entreprises se montent à 20 milliards € »⁹⁰. Ces chiffres montrent que l'économie mondiale supporte un important coût, et si on rajoute les coûts indirects, on estime que le coût total des risques professionnels est multiplié par quatre. L'OIT montre aussi l'ampleur du problème dans son rapport sur "la sécurité en chiffre" que « En se basant sur un système d'indemnisation sélectionné, l'OIT a estimé que 4 pour cent du PIB (Produit Intérieur Brut, l'une des mesures les

⁸⁹ IRSST : Analyse des avantages et des coûts de la santé et de la sécurité au travail en entreprise : Développement de l'outil d'analyse, Etudes et recherches, Gosselin M, RAPPORT : R-375, Montréal (Québec), 2004. P 06. In www.irsst.qc.ca

⁹⁰ OIT : La sécurité en chiffres : Indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail, Première édition 2003, Genève, 2003. P20. In www.ilo.org

plus employées de la richesse nationale) était perdu du fait des accidents et maladies imputables au travail. En 2001, 4 pour cent du PIB mondial représentait plus de 1 251 353 millions \$ »⁹¹.

L'état de santé de la population active dans chaque pays a certainement un impact immédiat et direct sur l'économie nationale et mondiale. Les pertes économiques totales dues aux accidents de travail et maladies professionnelles sont importantes et constituent une charge non négligeable pour le développement économique. Ainsi, l'amélioration des conditions de travail constitue un investissement économique pertinent.

Au niveau de l'entreprise, la sécurité et la santé au travail ont de toute certitude des répercussions économiques. Les accidents du travail et les maladies professionnelles coûtent très cher aux travailleurs, aux entreprises elles-mêmes, Brody B, Létourneau Y, Poirier A. montrent : « Les accidents de travail engendrent inévitablement des coûts qui sont souvent ignorés ou méconnus de l'employeur. En fait, ce dernier associe généralement les coûts des accidents aux cotisations qui doivent verser aux différents régimes d'assurances, en particulier pour l'indemnisation de la victime et pour les frais médicaux. Cela ne constitue cependant les coûts directs. Les accidents entraînent aussi d'autres pertes économiques importantes, que l'ont appelé les coûts indirects, liés à divers événements entourant l'accident »⁹². Ces conséquences au niveau des entreprises sont de plus en plus préoccupantes. En effet, pour les petites entreprises en particulier, l'impact financier des accidents du travail peut être considérable.

L'OMS donne une importance à l'évaluation économique des coûts liés à la sécurité et la santé au travail. Dans son rapport "Pourquoi et comment procéder à des évaluations économiques au niveau de l'entreprise", montre que « Utilisez les analyses coûts/avantages pour motiver vos décisions en matière d'intervention ou d'investissement. Dressez un tableau des coûts de la

⁹¹ OIT : La sécurité en chiffres : Indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail, Première édition 2003, Genève, 2003. P 17. In www.ilo.org

⁹² Brody B, Létourneau Y, Poirier A. : Le coût des accidents du travail : Etat de connaissance, *Relat. Ind.*, vol. 45, n°1, 1990. PUL ISSN 0034-379 X. 1990. P 94. In <https://papyrus.bib.umontreal.ca>

sécurité et de la santé pour suivre l'évolution de performance »⁹³. En effet, l'évaluation économique des coûts des accidents de travail et les maladies professionnelles sont des arguments financiers pour appuyer le processus décisionnel portant sur les programmes de santé et de sécurité au travail.

II-2. Les conséquences sociales des risques professionnels

Les conséquences dramatiques des risques professionnels sont nombreuses, si on prend l'exemple de l'amiante, on trouvera qu'à elle seule, cette substance fait énormément de pertes humaines immenses, depuis le 19^{ème} siècle, une étude médicale menée au Etats-Unis montre ses effets mortels, cependant, Cepag J-R, écrit dans son article qu'« En 1918, l'administration américaine (département du travail) conclut à une surmortalité chez les travailleurs des mines et de l'industrie de l'amiante. Or ce n'est qu'en 1999 qu'elle sera définitivement interdite dans les pays de l'Union européenne. Il aura fallu près d'un siècle et des milliers de morts pour que cette substance soit retirée du marché »⁹⁴. La catastrophe sanitaire liée à l'amiante (probablement à l'origine de 100 000 morts au total), le harcèlement moral, la souffrance au travail, et plus récemment les suicides attribués au stress professionnel, font l'objet de nombreuses études économiques et médicales.

Les accidents de travail et les maladies professionnelles font chaque année des pertes considérables en terme de capital humain dans les entreprises, beaucoup de travailleurs perdent leurs vies, d'autres souffrent de maladies telles que les cancers professionnels, handicaps et exclusions sociales. Le BIT a estimé que, « au niveau mondial, environ 2,2 millions de personnes meurent chaque année d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, tandis que 270 millions d'individus souffrent de blessures graves non mortelles et que, par ailleurs, 160 millions de femmes et d'hommes tombent malades pendant de courtes ou longues périodes pour des

⁹³ OMS : Pourquoi et comment procéder à des évaluations économiques au niveau de l'entreprise : Série protection de la santé des travailleurs n° 2, Genève, 2004. P 09. In www.who.int

⁹⁴ Cepag J-R. : La santé environnementale au travail : Les pollutions intérieures, Réseau intersyndical de sensibilisation à l'environnement CSC-FGTB, CEPAG, Bruxelles, 2004. P 11. In <http://cepag.all2all.org>

causes liées au travail. Cela représente un très lourd tribut de souffrances pour les travailleurs et leurs familles »⁹⁵.

Et estime aussi « qu'il y a approximativement 417 millions de personnes handicapées en âge de travailler dans le monde entier »⁹⁶. Cette lourde tragédie est due à un développement économique intensif sans protéger le bien-être des travailleurs.

D'autres phénomènes sociaux sont à l'origine liés au travail, selon le Conseil Economique et Social de France, « Un tiers des personnes au chômage, en moyenne, sont affligées d'un handicap ou d'une maladie invalidante provenant de l'activité professionnelle, qui n'est pas suffisamment importante pour leur permettre de prétendre à une pension d'invalidité ou à une compensation, mais qui réduit sérieusement leurs chances d'être réembauchées »⁹⁷.

Parmi les objectifs des politiques de santé et de sécurité au travail est le bien-être au milieu professionnel. La disparition de ce sentiment peut toutefois être « le signe avant-coureur des conséquences néfastes pour la santé du travailleur de certains facteurs inhérents à la profession exercée, comme l'exposition à des substances toxiques »⁹⁸. Les risques du travail peuvent avoir des conséquences graves dans la vie privée des salariés. Ils engendrent des arrêts de travail plus au moins longs, parfois des invalidités permanentes qui handicapent la victime à vie, voire le décès du salarié. Ces incidences d'origines professionnelles ne sont à l'évidence pas simple à appréhender.

⁹⁵ BIT : Changement dans le monde du travail : Conférence internationale du travail, Rapport du directeur général, Rapport I (C), 95^{ème} session, Première édition, Genève, 2006. P 38. In www.ilo.org

⁹⁶ Idem. P 39.

⁹⁷ CES (Conseil Economique et Social) : Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Rapport présenté par Bressol E. France, 2004. P II - 109. In www.conseil-economique-et-social.fr

⁹⁸ OMS : Santé et bien-être sur les lieux de travail, Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1981. P 02. In www.who.org

Le tableau 01 nous montre l'impact en nombre, les accidents de travail et les maladies professionnelles dans le monde selon l'OIT.

Tableau n° 01 : Décès par accidents du travail et maladies professionnelles pour l'année 2000 au niveau mondial (OIT).

	Population Economiquement active	Estimations mondiales		Accidents mortels	Accidents mortels rapportés à l'OIT
		Nombre total d'emplois	Total des décès imputables au travail		
Économie de marché établi	409 141 496	380 833 643	297 534	16 170	14 608
Anciennes économies socialistes	184 717 127	162 120 341	166 265	21 425	8 665
Inde	458 720 000	419 560 000	310 067	48 176	211
Chine	708 218 102	699 771 000	460 260	73 615	17 804
Autres Asie et Îles	404 487 050	328 673 800	246 720	83 048	5 631
Afrique Sub- Saharienne	260 725 947	10 540 604	257 738	54 705	1 675
Amérique latine et Antilles	193 426 602	114 604 962	137 789	29 594	6 998
Croissant Moyen-oriental	112 906 300	48 635 240	125 641	28 019	1 876
Monde entier	2 732 342 624	2 164 739 590	2 001 717	354 753	57 468

Source : OIT : La sécurité en chiffres : Indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail, Première édition 2003, Genève, 2003. P 08. In www.ilo.org

L'analyse de ses statistiques explique selon l'OIT que dans les économies industrialisées, la nature des problèmes de santé liés au travail est en train de changer. Il y a moins de dommages corporels. Mais les problèmes liés au stress et au surmenage augmentent et on constate que l'industrialisation commence par provoquer une hausse des décès imputables au travail dans les pays en développement cependant, 22.99 % des décès imputables au travail sont survenus seulement en Chine.

III. Les principales catégories des risques en milieu de travail

Dans les lieux de travail, une multitude de risques menacent la santé des travailleurs, il existe plusieurs catégories de risques, nous présenterons les plus importantes :

III-1. Les typologies des risques professionnels

Le "risque"⁹⁹ se définit comme la probabilité qu'une exposition au danger entraîne un dommage et les stratégies de prévention se doivent donc de faire en sorte que l'exposition soit nettement en dessous du niveau où vont apparaître les dommages. Il existe une relation entre le danger et le risque selon l'"AESST"¹⁰⁰, Un danger devient un risque quand une exposition au danger est possible et si la chance existe, les conséquences dramatiques se produisent. Le risque peut se réaliser effectivement sous la forme d'une maladie, d'un accident ou d'un autre dommage.

La majorité des risques professionnels sont d'origine industrielle reconnue à leurs fréquences et gravité, certes, ils existent d'autres catégories de risques qui se trouvent dans les administrations et les commerces moins importants que les premiers sauf pour le "stress" considéré comme une notion male cernée.

⁹⁹ Légeron P, Nasse P. : Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, France, 2008. P 08. In www.travail-solidarite.gouv.fr

¹⁰⁰ AESST : Sécurité et intérim : Cours sur la sécurité et la santé au travail pour les consultants et les dirigeants, Edition 2006, Belgique, 2006. P 26. In www.p-i.be

Le risque professionnel est défini selon Margossian N, « Par risque professionnel, il faut entendre tout risque ayant pour origine l'activité professionnelle. C'est-à-dire le travail rémunéré indispensable pour vivre de nos jours. Tout phénomène, tout événement qui apparaît en milieu du travail et qui présente un danger pour l'homme est appelé risque professionnel »¹⁰¹. Les atteintes à la santé peuvent être produites juste après l'accident ou après plusieurs années comme le cas de certaines pathologies cancérogènes. Selon "Jully J-P"¹⁰², les risques professionnels sont susceptibles d'entraîner des accidents du travail, des maladies professionnelles ou des atteintes plus insidieuses à l'équilibre de la santé. Il existe plusieurs catégories de risques professionnels, nous allons présenter les principales.

III-1.1. Les risques mécaniques

Durant le travail, les salariés sont exposés à des objets mécaniques, ils présentent des dangers à leur santé, la norme "NF EN292-1"¹⁰³ définit les risques mécaniques comme l'ensemble des facteurs physiques qui peuvent être à l'origine d'une blessure par l'action mécanique d'éléments de machines, d'outils, de pièces ou de matériaux solides ou de fluide projetés. Ces éléments sont dangereux à la santé notamment par rapport à leurs formes, masses et leurs accélérations lorsque sont en mobilité.

III-1.2. Les risques physiques

C'est l'ensemble des risques professionnels ayant pour origine des phénomènes physiques (vibrations, bruit, froid, Chaleur...).

Les vibrations

La fréquence des vibrations dans le milieu professionnel peut avoir des atteintes à la santé, elle agresse le corps humain et causent des dommages, notamment aux articulations. Elles créent une

¹⁰¹ Margossian N. : Risques professionnels : Caractéristiques, réglementation, prévention, 2^{ème} Edition, Edition DUNOD, Paris, 2006. P02.

¹⁰² July J-P. : Evaluer les risques professionnels, Collections A savoir, Edition ANFOR, France, 2003. P 18.

¹⁰³ Idem. P87.

gêne et une sensation de malaise, au-delà d'une fréquence limitée par la réglementation, elles disposeront des effets pathogènes sur la santé de l'homme au travail. L'IRSST explique que les vibrations sont un danger pour l'homme au travail, cependant, « L'exposition des travailleurs aux vibrations générées par l'opération d'outils vibrants représente un problème de santé »¹⁰⁴.

L'électricité

Le corps humain est un bon conducteur d'électricité, les travailleurs d'entretien des machines électriques ou ceux qui travaillent dans des réseaux électriques de hautes tensions sont exposés à un véritable risque pour la santé de l'homme au travail, autre, les étincelles produites par l'électricité peuvent produire des incendies près d'un produit inflammable qui présente souvent des accidents de travail.

Le rayonnement ionisant

Le rayonnement ionisant est un vecteur physique néfaste à la santé des travailleurs, il provoque des perturbations au niveau des organes et provoque des maladies cancérogènes selon l'intensité du rayonnement.

III-1.3. Les risques chimiques

Ce sont tous les produits chimiques utilisés dans les industries et qui sont parfois des agents pathogènes à l'équilibre de la santé de l'homme au travail. Les substances chimiques se traduisent par des brûlures chimiques de la peau, des muscles et les poumons lorsque l'air est contaminé. La toxicité est la capacité intrinsèque d'un agent chimique à avoir un effet nocif sur un organisme. La réglementation fixe le mode d'emploi de ces produits et les doses industrielles pour qu'elle ne soit pas agressive à la santé, "Cepag J-R"¹⁰⁵. Prouve que le respect des seuils

¹⁰⁴ IRSST : Lésions professionnelles reliées aux vibrations main-bras au Québec, de 1993 à 2002 Partie 1 - Portrait général à partir des données informatiques de la CSST, Études et recherches, Rapport 446. Québec, 2006. P 01. In www.irsst.qc.ca

¹⁰⁵ Cepag J-R. : La santé environnementale au travail : Les pollutions intérieures, Réseau intersyndical de sensibilisation à l'environnement CSC-FGTB, CEPAG, Bruxelles, 2004. P 13. In [http:// cepag.all2all.org](http://cepag.all2all.org)

d'exposition à certains polluants ne garantit pas l'absence de conséquence sur la santé. En effet, on peut observer le développement de certaines pathologies suite à une exposition bien inférieure au seuil de référence utilisée en toxicologie industrielle. Depuis plusieurs dizaines d'années, il est admis au sein de la communauté internationale que l'exposition à certains produits chimiques peut conduire à des accidents cardiovasculaires.

III-1.4. Les risques biologiques

"Margossian N"¹⁰⁶, définit les risques biologiques comme des infections ayant pour origine les micro-organismes pathogènes rencontrés en milieu professionnel. Il existe plusieurs catégories d'agents microbiologiques qui prolifèrent dans le corps humain et qui provoquent des maladies infectieuses professionnelles, on trouve généralement les bactéries, les virus et les parasites.

Les bactéries

Selon Albasini F, Anselme B. « les bactéries mesurent entre 0.5 et 10 µm. elles émettent, des toxines qui empoisonnent l'organisme »¹⁰⁷. Certaines bactéries ne sont pas pathogènes pour l'homme, mais la plupart créent des troubles de fonctionnement dans l'organisme humain.

Les virus

Les virus ont la faculté de s'introduire dans les cellules vivantes, les détruire en introduisant leurs propres gènes. Autrement dit, ils constituent un véritable poison pour les cellules de l'organisme humain.

¹⁰⁶ Margossian N. : Risques professionnels : Caractéristiques, réglementation, prévention, 2^{ème} Edition, Edition DUNOD, Paris, 2006. P261.

¹⁰⁷ Albasini F, Anselme B. : Les risques professionnels, Edition NATHAN, France, 1998. P 64.

Les parasites

Les parasites sont définis par "Margossian N"¹⁰⁸ des micro-organismes multicellulaires qui vivent sur la peau ou à l'intérieur de l'organisme humain et animal. Ces parasites se nourrissent en s'appropriant des nutriments (sucres, sels) nécessaires aux cellules et affaiblissent l'organisme.

III-1.5. Autres problèmes liés aux risques professionnels

Le stress est au cœur des problèmes psychosociaux au travail, il est depuis de nombreuses années un sujet de recherche et de discussion dans plusieurs domaines de recherches scientifiques fondamentales et appliquées. Il est défini selon Margolis Kroes et Quinn « le stress provient de la condition du travail qui interagit avec les caractéristiques du travailleur de façon à provoquer une rupture de l'homéostasie psychologique et physiologique »¹⁰⁹. La CGT le définit comme suit : « C'est énoncer un constat, une conséquence, mais également un état : on parle à la fois d'une cause non véritablement identifiée, mais admise par l'entourage, et d'un état de tension dont on ne définit pas non plus s'il est possible à de le surmonter »¹¹⁰. Autrement dit, le stress est un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui découle de l'incompétence des individus à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant.

Le stress est un véritable risque psychosocial dans le monde du travail, il crée les tensions mentales et la dégradation psychique des salariés ; « Certains avancent l'idée que ce mouvement

¹⁰⁸ Margossian N. : Risques professionnels : Caractéristiques, réglementation, prévention, 2^{ème} Edition, Edition DUNOD, Paris, 2006. P262.

¹⁰⁹ ESP : Etude sur le stress au travail : scores normatifs, Etude des déterminants et recherche prospective sur la relation avec l'absentéisme et avec l'incidence des maladies cardio-vasculaires, Programme d'appui scientifique à la protection des travailleurs en matière de santé [94-98], Rapport final ST/02/06, ST/02/07, ST/02/18, ST/11/16 et ST/11/15, 1998. P 03. In www.belspo.be

¹¹⁰ CGT : Santé au travail : Dossier Souffrances mentales : Stress, harcèlement moral, discriminations France, 2007. P 06. In www.inra.cgt.fr

touche toute la vie sociale et n'affecte donc pas la seule sphère du travail. Violence, insécurité, individualisme et stress seraient autant de phénomènes de société »¹¹¹.

III-2. Les accidents du travail

L'exposition à un risque professionnel désormais est la probabilité qu'un accident de travail se produise, plusieurs définitions ont été inspirées du code du travail et de la sécurité sociale, selon Abadlia F., l'accident de travail « Est considéré comme accident de travail, tout accident ayant entraîné une lésion corporelle imputable à une cause soudaine, extérieure, et survenue dans le cadre de la relation de travail. Ainsi, même l'accident survenu pendant le trajet effectué par l'assuré pour se rendre à son travail ou en revenir, est considéré comme accident de travail (et ce, quelque soit le moyen de transport utilisé) »¹¹². Et selon l'AESST, l'accident de travail est « Un événement non voulu qui a mené à une lésion (chez les hommes) ou à des dégâts (pour le matériel), on comprend ici les pertes de production et les arrêts de travail »¹¹³.

Selon "Margossian N"¹¹⁴, *les accidents de travail sans arrêt* se sont des cas moins graves et qui nécessitent des soins médicaux sur place par des services de santé au travail (médecine du travail). Ces accidents ne sont pas obligatoirement déclarés, mais souvent classés dans des registres spéciaux. *Les accidents de travail avec arrêt* s'agissent de l'incapacité temporaire, ce sont des accidents graves qui sollicitent quelques jours ou des mois d'arrêts de travail, indemnisés en fonction de la durée de l'incapacité.

Les accidents du travail avec incapacité permanente sont des cas très graves où la capacité de travailler est très réduite, les atteintes à la santé sont des dommages corporels graves et l'activité

¹¹¹ CES (Conseil Economique et Social) : Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Rapport présenté par Bressol E. France, 2004. P II - 67. In www.conseil-economique-et-social.fr

¹¹² CREAPT : Santé, mortalité et travail, Cinquième séance, Organisatrice : MOLINIÉ A-F, Article : Abadlia F. : Accidents de travail, circonstances et prise en charge : Région de boumerdès, Algérie. P 551. In www-aidelf.ined.fr

¹¹³ AESST : Sécurité et intérim : Cours sur la sécurité et la santé au travail pour les consultants et les dirigeants, Edition 2006, Belgique, 2006. P 33. In www.p-i.be

¹¹⁴ Margossian N. : Risques professionnels : Caractéristiques, réglementation, prévention, 2^{ème} Edition, Edition DUNOD, Paris, 2006. P 04.

professionnelle n'est pas réalisable. *Les accidents du travail mortels* sont les accidents mortels sur les lieux de travail ou suite à des complications issues de l'accident.

III-3. Maladies professionnelles

Les maladies professionnelles sont le résultat des atteintes à la santé suite à une exposition aux différents risques biologiques, chimiques, physiques à l'origine professionnelle, en faibles quantités pendant une période de temps relativement longue. Selon la CNAS, les maladies professionnelles sont « les intoxications, infections et affections présumées d'origine professionnelle particulière sont considérées comme maladies professionnelles. La liste des maladies présumées d'origine professionnelle probable, ainsi que la liste des travaux susceptibles de les engendrer et la durée d'exposition aux risques correspondants à ces travaux sont établies et prévues par le dispositif de la sécurité sociale »¹¹⁵. Parfois, le travailleur peut être malade à cause du travail qu'il fait ou des produits auxquels il est exposé. Il se peut que la maladie ne se manifeste qu'après une plus longue période, parfois, même alors qu'il n'est plus exposé au produit où qu'il n'effectue plus ce travail.

Les maladies professionnelles sont classées selon des critères fixés par la réglementation et selon la normalisation internationale de l'OIT, « les premiers tableaux ont été créés en 1919, la dernière date de 1999. Ils sont mis en place par des décrets ministériels, avec des mises à jour périodiques, compte tenu de l'évolution des connaissances médicales et toxicologiques ».¹¹⁶ Selon Harlay A., il estime que « certains postes de travail, en milieu industriel ou agricole, exposent le salarié à un risque de maladie professionnelle si ce n'est pas fréquent tout au moins varie ce qui pose un problème de diagnostic »¹¹⁷.

¹¹⁵ CNAS : L'assurance sur les accidents de travail et maladies professionnelles, Direction des études statistiques et de l'organisation. Alger, 2002. P 08.

¹¹⁶ Margossian N. : Risques professionnels : Caractéristiques, réglementation, prévention, 2^{ème} Edition, Edition DUNOD, Paris, 2006. P 06.

¹¹⁷ Harlay A. : Accidents de travail et maladies professionnelles, 3^{ème} édition, Edition MASSON, Paris, 2000. P 10.

Il existe une relation entre le poste de travail occupé et le risque d'exposition selon le secteur d'activité, un agriculteur est exposé à des produits chimiques utilisés contre les insectes, l'hôpital est un lieu où le risque est lié aux contaminations bactériennes et les risques que présentent certains médicaments dangereux.

La reconnaissance des maladies professionnelles se base sur les critères suivants :

- Faire partie des maladies professionnelles figurants dans les tableaux.
- Etre provoquées par certains travaux indiqués dans les tableaux relatifs à chaque maladie.
- Apparaître pendant la validité du délai de prise en charge.

IV. Relation entre conditions de travail, santé et sécurité au travail

L'hygiène, la sécurité et les conditions de travail sont des notions apparues au 19^{em} siècle avec le développement industriel qui constituera le noyau dur autour duquel s'engendrera progressivement les lois du droit du travail et avec les premières mesures de protection au bénéfice des travailleurs les plus fragiles : les femmes et les enfants. On regroupe sous cette appellation une multitude de disciplines qui ont toutes pour but de supprimer ou tout au moins de limiter les effets nuisibles dûs aux activités malsaines de l'homme et son lieu de travail. L'amélioration des conditions de travail et de la sécurité est un sujet ayant fait l'objet de plusieurs recherches dans le domaine économique et ergonomique.

Parmi les formes d'organisations les plus traditionnelles, on trouve l'organisation scientifique du travail (OST) fondée par Taylor, se caractérise par des contraintes de rythme de travail, à des tâches répétitives et monotones, et à des normes de qualité précises et en revanche, leur travail présente une faible autonomie procédurale, un faible contenu cognitif et l'auto-contrôle de la qualité est peu répandu. Le rapport du conseil économique et social (CES) nous montre que « Si, jusqu'au XIXe siècle, le temps du travail quotidien coïncidait plus ou moins avec la durée du jour, la révolution industrielle a entraîné dans les usines et manufactures la pratique d'horaires de plus en plus longue, avec toutefois une grande diversité de situations selon les catégories de travailleurs concernés (homme/femme/enfant), la situation rurale ou urbaine, la taille de

l'industrie. Les durées de présence au travail peuvent aller jusqu'à 17 heures par jour et les journées de 14 heures apparaissent comme courantes »¹¹⁸. Par contre, les nouvelles formes d'organisations disposent d'une forte autonomie dans le travail, autocontrôle de la qualité de travail et les travailleurs rencontrent fréquemment des situations d'apprentissage et de résolution des problèmes imprévus, ils sont relativement nombreux à travailler en équipe. Ils exercent le plus souvent des tâches complexes, non monotones et non répétitives et subissent peu de contraintes de rythme. La différence entre ses deux formes d'organisations nous a appris que les conditions de travail contribuent à améliorer la productivité de l'entreprise et l'état de santé physique et morale des travailleurs.

Les approches développementales dans le champ de l'ergonomie et de la psychologie du travail orientent la réflexion pour l'amélioration des conditions de travail, la tentative de conciliation des exigences de production et de santé, d'après Daniellou F, « A la différence de la majorité des approches en psychologie, elle ne voit pas l'homme comme une variable d'ajustement, mais cherche à agir sur les situations de travail pour qu'elles "permettent à l'homme de croître" (Curie, 1996).» L'ergonomie est l'étude multidisciplinaire du travail humain pour remédier à l'inadaptation industrielle, limiter les atteintes à la santé physique ou mentale, réduire la fatigue professionnelle.

Elle est très importante parce qu'elle étudie le milieu du travail humain c'est-à-dire l'adaptation de l'environnement aux conditions de l'homme au travail. L'amélioration des situations de travail ne saurait se limiter aux aspects environnementaux et physiques. Le contenu du travail est un élément crucial. Le travail constitue, avec le capital humain, un facteur de production. Il est toute fois simple de résumer par un «facteur unique et abstrait » l'intervention humaine dans le processus de production, car les tâches autant que les individus présentent des caractéristiques extrêmement variées, dans l'amélioration des conditions de travail.

¹¹⁸ CES (Conseil Economique et Social) : Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Rapport présenté par Bressol E. France, 2004. P II - 27. In www.conseil-economique-et-social.fr

IV-1. Effet des conditions de travail sur la santé des travailleurs

La relation existante entre les conditions dans le milieu professionnel et la santé des travailleurs est très corrélée, en effet, de bonnes et de mauvaises conditions de travail agissent sur la santé des salariés, mais aussi sur la productivité de l'entreprise. Selon l'OIT, « Le lieu de travail présente des avantages uniques pour la protection et la promotion de la santé: c'est là en effet que les travailleurs se rassemblent et passent la majeure partie de leur temps de veilles, c'est là que l'on peut les atteindre le plus facilement. Outre cette proximité physique, la camaraderie qui règne entre eux et la similitude de leurs intérêts et préoccupations facilitent une émulation propre à motiver puissamment leur participation durable aux activités de promotion de la santé. La relative stabilité des effectifs — la plupart des travailleurs restent longtemps dans la même entreprise — favorise le maintien à long terme de comportements sains, ce qui est nécessaire pour profiter de leurs bienfaits »¹¹⁹. De plus, le travailleur n'est pas simplement bénéficiaire ou victime de bonnes ou de mauvaises conditions de travail. Il contribue à construire son activité et ses conditions de travail, dans le cadre des contraintes qui s'imposent à lui du fait des exigences de la tâche, de la discipline du travail ou des moyens techniques, organisationnels et cognitifs à sa disposition. Selon "Caroly S"¹²⁰, les conditions de travail ne sont pas des variables qui s'imposent à l'observateur, mais des constructions sociales qui conduisent à détacher du travail certains de ses aspects, tout particulièrement lorsqu'ils soulèvent des problèmes de pénibilités ou d'atteintes à la santé (Gollac et Volkoff, 2000).

D'après le BIT, le rapport entre les conditions du travail et la fréquence des accidents est très lié. Cependant, le nombre des accidents varie selon l'atmosphère qui y règne. « Lorsque les rapports entre employeur et travailleurs sont mauvais et que ces derniers ne sont pas satisfaits de leur salaire, de l'horaire et des autres conditions de travail, le nombre des accidents tend à augmenter. Le contraire semble vrai lorsque les relations professionnelles dans l'entreprise sont bonnes. Les

¹¹⁹ OIT : La protection et la promotion de la santé : les soins de santé, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, Rédacteurs : Messite J, Warshaw J L. P 02. In www.ilo.org

¹²⁰ Valeyre A. : Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation, Document de travail N° 73, 2006. P 11. In <http://www.cee-recherche.fr>

mesures visant à rendre la vie du travailleur plus confortable se traduisent également à une amélioration de la sécurité »¹²¹.

La non adaptation des entreprises à des nouvelles technologies tant au pays en voie de développement qu'au pays développés et leurs effets sur le travail et sur la santé s'intéressent à qualifier les changements organisationnels, les transformations du travail et les risques d'exclusion. Les techniques d'information et de communication sont décrites par tous les auteurs comme des ressources et des contraintes pour les professionnels. Caroly S écrit « Ce double constat commun rend alors difficile la mesure des impacts des changements du travail sur la santé, car ils traduisent une double perspective sur la santé : d'un côté l'augmentation de la charge et de l'autre côté, la construction de facteurs protecteurs comme le développement des compétences »¹²².

Les pays receveurs d'une nouvelle technologie comme le cas des pays en développement peuvent avoir des effets sur la santé, la sécurité, l'hygiène et les conditions de travail. Le BIT a élaboré les mesures directives des transferts technologiques des machines et des usines vers les pays receveurs de cette dernière pour éviter toutes atteintes à la santé et la sécurité des travailleurs, il indique que « les aspects de sécurité et de santé au travail devraient être pris en considération lors de chacun des stades qui précèdent le choix d'un projet de transfert de technologie »¹²³. Il incite de prévenir les dangers que les nouvelles procédures technologiques procurent sur la santé des salariés.

IV-2. Organisation et gestion des conditions de travail

La gestion des conditions de travail s'articule autour de quelques facteurs qui déterminent l'organisation des conditions matérielles et physiques du travail et les heures de travail.

¹²¹ BIT : La prévention des accidents, Manuel d'éducation ouvrière, Genève, 1984. P 111.

¹²² Caroly S. : Les mutations du travail face aux défis technologiques : quelles incidences sur la santé ?, Vol. 9, No. 2, Associée au CREAPT-CEE, Université Pierre Mendès, Paris, Octobre 2007. P 01. In <http://www.pistes.uqam.ca>

¹²³ BIT : Sécurité, santé et conditions de travail dans les transferts de technologie aux pays en développement, Recueil de directives pratique du BIT, Première édition 1988, Genève, 1988. P 11.

IV-2.1. Conditions matérielles et physiques du travail

La conception des postes

La conception des postes est parmi les facteurs les plus importants intervenants sur les conditions de travail et qui dépendent de l'étude ergonomique, ce facteur intervient dans le cadre des actions qui contribuent à la définition et à la promotion d'une culture de santé-sécurité au travail, la conception des postes a pour objectif de réduire les accidents et les maladies contractées en service, éliminer les dangers liés aux activités des services, évaluer les risques liés au travail quand les dangers ne peuvent être éliminés, promouvoir la maîtrise des risques liés au travail et à l'amélioration des conditions de travail.

Dans son article, Valeyre A montre que les études ergonomiques « peuvent être distinguées en trois catégories : les pénibilités physiques liées aux conditions ergonomiques de travail ; les nuisances, notamment thermiques ou sonores, liées à l'environnement physique de travail ; et les risques toxiques liés à des expositions dangereuses »¹²⁴. De ce fait, une étude des postes de travail pourra utilement être menée sur les améliorations à apporter à l'aménagement de ces derniers, à la définition des besoins en équipements pour chaque tâche, sélection des machines et outils les plus adaptés et aussi il faut surtout mettre en priorité sur la formation professionnelle, car elle est la meilleure politique de sécurité.

Le rythme et la charge du travail

Il existe un lien entre la combinaison d'exigences psychosociales élevées et de faible niveau de contrôle sur les conditions de travail d'une part, et les effets néfastes sur la santé au travail d'autre part. La dangerosité intrinsèque des activités n'est donc pas seule cause. « Même là où le travail est exigeant physiquement, les risques de blessures sont moindres si les travailleurs peuvent

¹²⁴ Valeyre A. : Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation, Document de travail N° 73, 2006. P 12. In <http://www.cee-recherche.fr>

modifier leur rythme de travail, faire une pause au besoin et dire leur mot dans la conception des postes de travail (Jackson, 2002) »¹²⁵.

Dans les années 70, le modèle de Karasek le plus connu a été développé, il vise à évaluer les facteurs de stress chroniques de l'environnement de travail tels que déterminés par l'organisation du travail. Cependant, ces auteurs (Conne-Perréard E, Glardon M-J, Parrat j, Usel M.) prouvent que « Sur la base de travaux effectués en psychologie et en sociologie, il a considéré que le contrôle ou latitude décisionnelle qu'un individu a sur les facteurs de stress psychologiques auxquels il est soumis est un élément déterminant de la santé mentale »¹²⁶.

Les premiers travaux de Karasek visaient d'ailleurs à évaluer la santé mentale. Ce n'est qu'incidemment que le modèle a été utilisé pour investiguer d'autres problèmes de santé. Ce modèle établit un lien entre les niveaux élevés de stress professionnels et un risque accru de blessures corporelles au travail, de tension artérielle élevée, de maladies cardio-vasculaires, de dépression et autres pathologies de santé mentale, ainsi que l'augmentation des habitudes défavorables en matière de santé personnelle.

Le modèle est basé sur la combinaison de deux axes, le premier axe est celui des exigences du travail, il représente la pression de la charge de travail et les contraintes liées à sa réalisation, en particulier les contraintes du temps «juste à temps», charge de travail excessive, travail mouvementé, exigence de concentration durant de longues périodes, gestion de demandes contradictoires, interruptions fréquentes des tâches, manque de temps pour travailler correctement, obligation d'aller très vite, le fait d'être ralenti par l'activité des collègues de travail.

¹²⁵ Guiol P, Muñoz J. : Management des entreprises et santé des salariés, Rapport pour le ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, Rennes, 2006. P 42. In www.crape.univ-rennes1.fr

¹²⁶ Conne-Perréard E, Glardon M-J, Parrat j, Usel M. : Effets des conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques, Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs, AIPT, 2001. P 24. In [ftp://ftp.geneve.ch](http://ftp.geneve.ch)

Le deuxième axe est l'autonomie, qui désigne l'utilisation des qualifications et la maîtrise du processus du travail : liberté de décider comment faire son travail, avoir de l'influence sur la façon dont les choses se passent au travail, possibilité d'apprendre des choses nouvelles, possibilité d'être créatif et de développer ses compétences.

IV-2.2. Structures médicales et sécuritaires

Selon la taille de l'entreprise et le nombre d'effectifs des travailleurs, les structures médicales et sécuritaires sont à la disposition des attentes des travailleurs en matière d'hygiène, de santé et de sécurité. La gestion des conditions de travail est à la tâche de chaque responsable de la structure concernée, "Louart P"¹²⁷ explique que le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail associe le personnel à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail. Ce service est géré par l'ingénieur de sécurité qui conduit l'action de la prévention, le BIT ordonne la tâche de ce dernier : Il doit être en mesure de conseiller l'encadrement sur toutes les questions de sécurité et d'hygiène du travail.

Le service médical est composé du médecin du travail et des infirmiers. D'après Louart P, « il réalise les examens d'embauche, les examens annuels de contrôle ou les check-ups de reprises après une maladie, il dispose d'une salle de repos pour accueillir les salariés souffrants et, si nécessaire pour leur donner des soins de première urgence ; ses membres peuvent faire des remarques en matière d'hygiène, de sécurité ou de conditions de travail »¹²⁸. Ces structures sont importantes dans la gestion, la préservation du bien-être des travailleurs dans leur emploi.

V. Rôle de la prévention des risques professionnels dans la réduction des coûts dans l'entreprise

La nécessité pour l'entreprise de développer une culture de prévention contre les différents risques professionnels est primordiale, opter pour une prévention est un véritable instrument dans

¹²⁷ Louart P. : Gestion des ressources humaines, Collection GESTION, 2^{ème} édition, Edition Eyrolles, Paris, 1994. P 195.

¹²⁸ Idem. P 196.

le but de maîtriser ses dépenses en matière de santé au travail et de minimiser ses pertes financières et humaines. Dès lors, il s'avère prioritaire face à l'apparition de nouveaux modes d'organisation du travail et de nouvelles technologies, l'évolution des réglementations, les difficultés de recrutement, les contraintes budgétaires, le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles obligent désormais les entreprises à intégrer la prévention des risques d'atteinte à la santé des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail comme un facteur de performance dans les systèmes de gestion de l'homme au travail et de sa contribution à la bonne marche de l'entreprise. Selon le rapport de Toussaint J-F. « La santé en entreprise est l'un des enjeux forts de la prévention et de la promotion de la santé »¹²⁹.

La prévention en entreprise implique une connaissance des risques professionnels en la matière. Si en prend l'exemple d'un modèle réalisé au Etats-Unis donné par "Guiol P, Muñoz J"¹³⁰, ces derniers expliquent en premier lieu l'intérêt économique pour les compagnies d'assurance dans le domaine de la prévention et en second lieu, la réduction des coûts concernant la prise en charge des risques professionnels.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois types de préventions : la prévention primaire « comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie d'une population, à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas », la prévention secondaire qui comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution » et la prévention tertiaire qui « comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie »¹³¹. D'après le conseil économique et social de France CES, "la prévention est un processus, allant de la description du travail pour en comprendre les risques à l'action,

¹²⁹ Toussaint J-F. : Stratégies Nouvelles de Prévention, Rapport d'étape, Commission d'Orientation Prévention, France, 2006. P 33. In www.sante.gouv.fr

¹³⁰ Guiol P, Muñoz J. : Management des entreprises et santé des salariés, Rapport pour le ministre délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, Rennes, 2006. P 23. In www.crape.univ-rennes1.fr

¹³¹ Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention Algérien : Déterminisme et problématique, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, Décembre 1998. P 03.

particulièrement par une concertation régulière et approfondie aux différents niveaux pertinents de l'organisation réelle du travail"¹³². July J-P définit la prévention comme « si la sécurité est un état, la prévention nous l'avons constaté est une démarche qui consistera à empêcher la réalisation d'un dommage »¹³³.

V-1. Les différentes mesures de prévention et de sécurité au travail

Il existe deux notions de prévention dans le domaine du travail, la prévention technique et la prévention médicale.

V-1.1. Prévention technique

Elle est définie selon l'"INPRP"¹³⁴ comme la mise en place d'un dispositif technique collectif de prévention lui permettant d'éradiquer la source des nuisances, limiter sa propagation et d'un dispositif matériel individuel pour la protection de la santé, sans pour autant négliger la mise en place des mesures intégrées à tous les niveaux dans l'organisation du travail. On distingue *la prévention technique collective*, elle agit sur le processus de fabrication et sur la machine elle-même. Cet instrument vise à éliminer toutes atteintes à la santé. Selon l'OIT « la prévention doit commencer bien plus tôt, non seulement avant la manifestation d'une dégradation de l'état de santé, mais avant toute exposition effective. Le milieu de travail devrait faire l'objet d'une surveillance permanente afin d'y détecter et d'en faire disparaître les agents et les facteurs dangereux ou de les maîtriser avant qu'ils n'aient des effets négatifs; tel est le rôle de l'hygiène du travail »¹³⁵.

¹³² CES (Conseil Economique et Social) : Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Rapport présenté par Bressol E. France, 2004. P I - 18. In www.conseil-economique-et-social.fr

¹³³ July J-P. : Évaluer les risques professionnels, Collections À savoir, Edition ANFOR, France, 2003. P 20.

¹³⁴ INPRP : Formation & sensibilisation aux risques professionnels pour les inspecteurs du travail, Article du : Dr Tifoura intitulé : Les risques professionnels, IGT, Alger, 2006. P 10.

¹³⁵ OIT : L'hygiène au travail, Instruments et approches, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, Rédacteurs : Robert F. Herrick. P 02. In www.ilo.org

Par contre, *la prévention technique individuelle* c'est la dotation du travailleur en moyen de protection pour limiter les risques. Elle renforce et contrôle l'aptitude des travailleurs à effectuer des tâches ou des missions données. "July J-P"¹³⁶ explique à propos cet instrument que cela consiste à vérifier les capacités physiques, intellectuelles et psychologiques d'une personne à occuper un poste donné, non seulement préalablement à l'attribution du travail qu'il envisage, mais également tout au long de sa carrière professionnelle. Mais l'aptitude au travail ne suffit pas pour une meilleure protection individuelle, cependant, la formation professionnelle est un moyen de maîtriser le poste dont le travailleur occupe notamment l'exécution du travail en toute sécurité. "Teiger C"¹³⁷ explique qu'il s'agit de concilier les orientations techniques et humaines à partir de la compréhension de l'activité de travail et de concevoir, en particulier, des programmes de formation à la prévention des risques qui développent à la fois la capacité de réflexion de tous les acteurs de la prévention sur leur propre activité de travail et leur pouvoir d'action sur les aspects techniques ou organisationnels du travail.

V-1.2. Prévention médicale

Elle est définie selon l'INPRP comme suit : « La prévention médicale est assurée par la médecine du travail. Elle commence dès l'embauche par la visite d'embauche, puis régulièrement par la visite périodique »¹³⁸. La médecine du travail est l'organisme qui s'occupe des programmes de prévention et de l'éducation en matière de santé au travail, elle est chargée de l'amélioration des conditions de travail et l'adaptation de l'homme à son poste de travail.

L'OIT démontre que la médecine du travail occupe un rôle essentiel dans la prévention des risques professionnels, en effet, « La prévention des risques pour la santé au travail suppose une approche multidisciplinaire dont l'hygiène du travail est une composante essentielle, aux côtés notamment de la médecine et des soins infirmiers du travail, de l'ergonomie et de la psychologie

¹³⁶ July J-P. : Évaluer les risques professionnels, Collections À savoir, Edition ANFOR, France, 2003. P 27.

¹³⁷ Teiger C. : Origines et évolution de la formation à la prévention des risques « gestes et postures » en France, Érudit, Relations industrielles, vol. 57, n° 3, France, 2002. P 431. In www.erudit.org

¹³⁸ INPRP : Formation & sensibilisation aux risques professionnels pour les inspecteurs du travail, Article du : Dr Tifoura : Les risques professionnels, IGT, Alger, 2006. P 10.

du travail »¹³⁹. Parmi les priorités de la médecine de travail, la sensibilisation des travailleurs est un outil éducatif dans le but d'acquérir une culture de prévention et de diriger le comportement des travailleurs à être plus prophylactiques à des dangers qu'ils sont exposés. Schubring A explique que « L'éducation pour la santé vise la croissance des ressources favorables à la santé. Elle peut être définie comme l'ensemble des actions éducatives, qui ont pour but « que chaque citoyen acquiert tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celles de la collectivité »¹⁴⁰. En tant que processus d'apprentissage, l'éducation pour la santé a pour but d'accroître le savoir-faire (connaissance sur la santé, le corps et ses fonctions).

V-2. La prévention des risques professionnels : un véritable instrument économique

La prévention des risques professionnels est un moyen efficace pour réduire le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles dans les entreprises, dans ce contexte, elle permet les meilleurs moyens de réduire les coûts de ces derniers.

V-2.1. Rôle de la prévention des risques professionnels dans la politique de réduction des coûts dans l'entreprise

L'OIT a élaboré un puissant et fort outil, nommé : Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail (ILO-OSH 2001)¹⁴¹ dont le but principal est la sécurité au travail (prise en compte immédiate des aspects liés à la sécurité des personnes), l'amélioration des conditions de travail, mais également la préservation de la santé des travailleurs (prise en compte des effets immédiats et différés sur la santé des travailleurs) doit être

¹³⁹ OIT : L'hygiène au travail, Instruments et approches, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, Rédacteurs : Robert F. Herrick. P 02. In www.ilo.org

¹⁴⁰ Schubring A. : Éducation à la Santé au Travail : Accompagnement et Évaluation d'un Projet d'Éducation à la Santé auprès de la « Médecine du Sport », « Lieu de Travail Actif », Parcours : Prévention, Éducation, Santé et Activités Physiques, Diplôme de Master Professionnelle Science du Mouvement Humain, UNIVERSITE MONTPELLIER I, UFR STAPS, 2008. P 15.

¹⁴¹ OIT : Évaluation des systèmes de management de la sécurité et de la santé au travail selon les principes directeurs du Bureau International du Travail, ILO-OSH 2001, Guide d'évaluation pour les préventeurs et auditeurs de la sécurité et de la santé au travail, En collaboration avec le Programme focal sur la sécurité et la santé au travail et sur l'environnement (SafeWork) du Bureau International du Travail, France, 2001. P 06. In www.afnor.org

l'une des priorités majeures des organismes engagés dans les démarches systémiques de management. Toutefois, dans la majorité des enquêtes menées sur les conditions de travail, elles montrent que les coûts de la prévention des risques professionnels sont moins importants que les dépenses générées par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

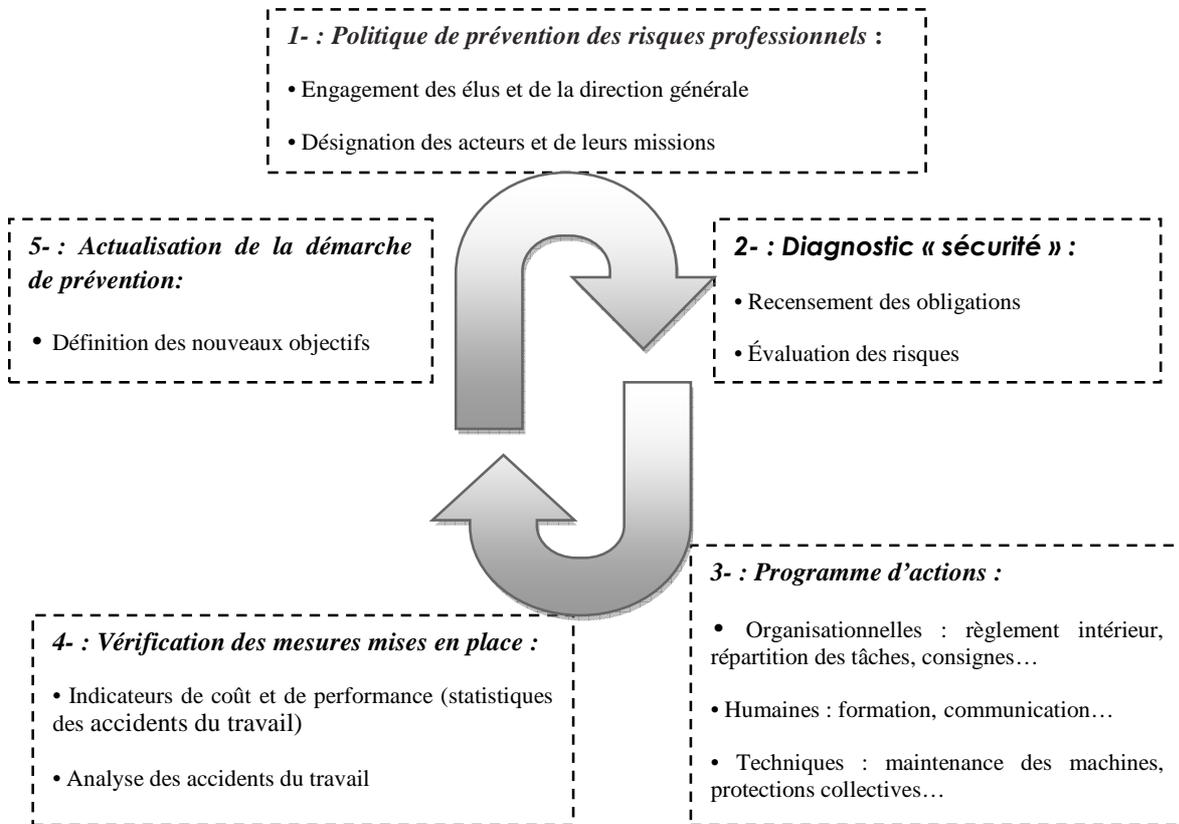
L'association internationale de la sécurité sociale (AISS) nous prouve que « Prévenir les risques professionnels coûte moins cher que de les compenser. Lorsque les organisations de sécurité sociale ne sont pas directement responsables de l'application des mesures de sécurité et santé au travail, elles peuvent jouer un rôle important de différentes manières, notamment en fournissant des informations et des statistiques liées aux accidents, en fournissant des conseils pour la sécurité au moyen de tracts, dépliants et présentations orales, et en s'impliquant dans des campagnes pour la sécurité et des cours de formation »¹⁴². Margossian N. propose de faire de la prévention en amont, car elle est la meilleure solution, mais elle a aussi un prix. « Selon certains, la prévention coûte cher aux entreprises, d'autant plus cher qu'on ne peut pas estimer avec certitude le coût des accidents et les maladies évitées et les gains résultants de la suppression des risques. Cependant, il est unanimement admis que la prévention est moins onéreuse que la réparation des suites de l'accident ou de la maladie »¹⁴³.

V-2.2. Démarche de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise

Il convient d'établir une vérifiable démarche de prévention qui doit se maintenir sur des principes fondateurs, une politique clairement définie, explicitement formulée et portée à la connaissance de tous. Cependant, la notion de la prévention n'est pas une notion statique dans le temps, au contraire, elle évolue en parallèle de l'évolution des organisations de travail et l'évolution des nouveaux risques. La figure N° 5 nous montre les fondements dynamiques de la démarche de la prévention.

¹⁴² AISS (Association internationale de la sécurité sociale) : Tendances actuelles dans la prévention et l'assurance contre les accidents du travail en Afrique, Quatorzième Conférence régionale africaine, ISSA/AFR/RC/TUNIS/02/3-AISS, Tunisie, 2002. P 10. In www.issa.int

¹⁴³ Margossian N. : Risques professionnels : Caractéristiques, réglementation, prévention, 2^{ème} Edition, Edition DUNOD, Paris, 2006. P 16.

Figure n° 05: Les étapes de la démarche de prévention des risques professionnels.

Source : Figure réalisée par nos soins à partir de l'article : Auduberteau S, Gavino K. : La prévention des risques professionnels : hygiène et sécurité au travail, Collection : « Les diagnostics de l'emploi territorial », hors série n°5, 2003. P 08. In www.cig929394.fr

Pour qu'elle soit rigoureuse, la démarche de prévention des risques professionnels doit suivre les étapes citées dans la figure N° 5.

- **La politique de prévention des risques professionnels :** est l'engagement mis en œuvre par l'employeur dans son élaboration en indiquant clairement ses objectifs généraux et ses engagements pour améliorer la sécurité au travail. Elle doit communiquer tous les agents dans le but de les sensibiliser sur leurs obligations individuelles à préserver leur santé et leur sécurité. Pour atteindre les objectifs définis, il convient de mobiliser les moyens humains et de mettre en place les moyens techniques et financiers.

- **L'évaluation des risques** : elle repose sur une bonne connaissance de la réglementation, cependant, "Berthet M, Gautier A-M"¹⁴⁴ nous expliquons d'abord qu'il est fondamental d'identifier les risques qui prendront la forme d'un inventaire qui est déjà peut être organisé et structuré selon les intentions d'efficacité dans le but de faciliter le suivi dans les lieux d'exposition.
- **La mise en œuvre des programmes de prévention**: est l'étape la plus importante en effet, la réalisation de cette phase consiste à utiliser des moyens organisationnels, l'action est de mettre en place des procédures permettant la diffusion des informations pertinentes sur la sécurité au travail, des moyens humains : faire montrer les compétences des agents en matière d'hygiène et de sécurité au travail par le biais de la formation initiale et continue et en fin les moyens techniques par la mise en pratique l'intégration de la sécurité des agents dès la conception d'un bâtiment ou d'un lieu de travail, mettre en conformité les machines avec les prescriptions réglementaires et techniques, effectuer les maintenances et les vérifications périodiques des équipements et maîtriser les risques par la mise en place de protections collectives, utiliser des équipements de travail adaptés à l'activité et de doter les agents de vêtements de travail et d'équipements de protection individuelle adaptés à l'activité.
- **La vérification des mesures de mises en place** : est une étape qui consiste à élaborer des procédures permettant de traiter et d'enquêter après chaque accident de travail ou de chaque maladie professionnelle. L'échelle des causes permet de mettre en évidence les insuffisances des mesures de prévention mises en place. À partir des statistiques collectées, les acteurs de la prévention estiment et admettent la volonté de prévenir les conséquences futures des événements redoutés.

VI. Les différents acteurs économiques de la prévention des risques professionnels

Toutes personnes ou organismes qui participent à la sécurité et la santé des travailleurs sont des acteurs de prévention dans l'entreprise, cependant, selon le rapport de l'OPREBATEP : « La politique de prévention des risques en milieu professionnel nécessite l'implication de tous les

¹⁴⁴ Berthet M, Gautier A-M. : "Agir sur" l'exposition aux risques professionnels : Intégrer organisation du travail et prévention, Edition LIAISONS, France, 2000. P 48.

acteurs concernés. D'une part les organes chargés du contrôle de l'application de la législation et de la réglementation (Inspecteurs du Travail) et d'autre part les organismes spécialisés en prévention (INPRP et OPREBATP), les médecins du travail, les techniciens et ingénieurs chargés de l'hygiène et de la sécurité, les organismes réparateurs (CNAS) »¹⁴⁵. La prévention des risques professionnels s'effectue à deux niveaux, au niveau de l'entreprise et au niveau national.

VI-1. Les acteurs internes de prévention des risques professionnels dans l'entreprise

Les représentants de l'entreprise (Employeurs) et les représentants des travailleurs (Syndicats et Travailleurs) doivent combiner leurs efforts en vue de mener des actions multidisciplinaires, à même d'influer sur les comportements, et de générer une diminution et une maîtrise des risques professionnels.

VI-1.1. Le chef d'entreprise (L'employeur)

Il est l'acteur principal de la prévention dans l'entreprise, avec des moyens techniques, financiers et humains adaptés, il veille à la santé et la sécurité de ses salariés. Pour ce qui est du domaine social ; droit du travail, négociation collective, salaires et conditions de travail, sécurité et santé au travail, mis en valeur des ressources humaines, « les employeurs se regroupent, pour coordonner leur action, dans des organisations de type patronal de nature toujours volontaire »¹⁴⁶. Il détient le pouvoir et à lui de constituer les mesures de sécurité de ses travailleurs, dans son rapport, l'IGT stipule que : « c'est au chef de l'entreprise qu'il incombe de déterminer et de fixer les règles d'hygiène et de sécurité au sein de son entreprise ; il le fait à travers l'élaboration du règlement intérieur à travers lequel il responsabilise chaque travailleur de s'y confirmer, faute de quoi des sanctions disciplinaires peuvent être prises à son encontre »¹⁴⁷. Il détermine la nature des

¹⁴⁵ OPREBATP : La prévention des risques professionnels dans le secteur de la construction, Journée nationale sur le développement et l'amélioration des mécanismes de prévention des risques professionnels, 2005. P 09.

¹⁴⁶ OIT : Les relations professionnelles et la gestion des ressources humaines : Gestion et politique, Rédactrice, Trebilcock A, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, P 03. In www.ilo.org

¹⁴⁷ IGT (Inspection générale du travail) : Le rôle de l'inspection du travail dans la prévention des risques professionnels, 2005. P 05.

activités et des procédés et sont responsables de la prévention des risques et de la réparation des nuisances pour la santé des travailleurs.

VI-1.2. La commission d'hygiène et de sécurité (CHS)

Cet organisme est obligatoire pour tout employeur qui occupe plus de 09 travailleurs en CDI. Ses objectifs principaux sont mentionnés dans le rapport de l'OIT comme suit : « mettent en oeuvre dans le milieu de travail des activités visant à protéger et à promouvoir la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs et à améliorer les conditions et le milieu de travail »¹⁴⁸. Cet organisme s'occupe du respect de l'application de la réglementation sur l'hygiène, de sécurité et de salubrité dans les milieux de travail, l'amélioration des conditions du travail et de faire des statistiques des accidents de travail et des maladies professionnelles.

VI-1.3. Le directeur des ressources humaines (DRH)

Au sein des entreprises, la question des conditions de travail relève des conditions managériales et organisationnelles et sont de la responsabilité du DRH, il ne pourrait que renforcer les équipes pluridisciplinaires, optimiser la prestation des services de santé au travail au sein des entreprises en ce qui concerne les problématiques de santé liées à l'organisation et aux pratiques managériales, il est responsable d'identifier les leviers d'action appropriés dans le registre de l'organisation et des conditions de travail, pour améliorer l'efficacité globale de l'entreprise, informer et former sur les risques psychosociaux et les risques organisationnels. Le programme de gestion de la sécurité au travail illustre certaines théories de la gestion des ressources humaines sur le plan de la sécurité et de la santé des travailleurs.

Comme l'ont expliqué Reber, Wallin et Duhon (1993), « cette approche a beaucoup contribué à la diminution des absences dûes aux accidents. Elle consiste à déterminer quels sont les comportements sûrs et les comportements dangereux, à enseigner aux salariés à les reconnaître et

¹⁴⁸ OIT : Les services de santé au travail : Les soins de santé, Rédacteurs : Fedotov I-A, Rantanen J, Saux M, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, P 02. In www.ilo.org

à encourager ceux-ci à observer les règles de sécurité en leur fixant des objectifs et en les informant des résultats »¹⁴⁹. Selon Desmarais L, le DRH est l'acteur conciliateur qui relie à la fois les intérêts patronaux (efficacité, efficience, productivité et rentabilité) et les intérêts des représentations des travailleurs dans l'entreprise (bien-être, santé et sécurité au travail) : « Conformément aux enjeux associés à la gestion des ressources humaines, ceux liés à la santé et à la sécurité du travail sont subordonnés aux intérêts des parties en présence, soit la partie patronale et celle des travailleurs »¹⁵⁰.

VI-1.4. La médecine du travail

Le médecin du travail est le conseiller du chef de l'entreprise, des salariés et leurs représentants. Selon l'organe de "SAMT"¹⁵¹, la médecine du travail participe avec les responsables de l'entreprise à l'étude des conditions de travail (ergonomie); il s'efforce de sensibiliser les partenaires sociaux à de meilleures modalités d'organisation. Les examens de santé périodiques sont effectués à des intervalles réguliers dans les emplois comportant une exposition à des risques potentiels pour la santé impossibles à éliminer entièrement au moyen de mesures de prévention ou de contrôle.

D'après l'OIT, ces examens périodiques « ont pour but de surveiller la santé des travailleurs durant toute la durée de leur emploi. Il s'agit de déterminer si les travailleurs sont aptes à occuper leur emploi et de détecter le plus tôt possible tout signe de mauvaise santé qui pourrait être attribuable au travail »¹⁵². Cet organe participe aussi à adapter les travailleurs au rythme du travail, aux postes de travail et à leurs protections contre les nuisances physiques et chimiques.

¹⁴⁹ OIT : Les relations professionnelles et la gestion des ressources humaines : Gestion et politique, Rédactrice, Trebilcock A, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, P 03. In www.ilo.org

¹⁵⁰ Desmarais L. : Évaluation de l'implantation des comités de santé et de sécurité au travail : Une étude de cas multiples réalisée dans les petites et moyennes entreprises au Québec, Doctorat conjoint en Administration, École des sciences de gestion, Université de Montréal, Québec, 2004. P 17.

¹⁵¹ SAMT : Le journal de la médecine du travail, Organe officiel de la société de médecine du travail, Nouvelle série, Alger, 1997. P 47.

¹⁵² OIT : Les services de santé au travail : Les soins de santé, Rédacteurs : Fedotov I-A, Rantanen J, Saux M, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, P 08. In www.ilo.org

VI-1.5. Les syndicats et les travailleurs

Les représentants des travailleurs dans les entreprises sont présent tant dans la fonction publique que privée, leur pouvoir de participation est assez faible vis-à-vis du chef de l'entreprise, néanmoins ils contribuent à l'amélioration des conditions de travail à partir des modalités législatives et réglementaires et défendre les intérêts des travailleurs face à la direction. Desmarais L. montre l'importance des syndicats dans les entreprises comme suit : « La santé et la sécurité des travailleurs sont des choses trop importantes pour qu'on puisse les confier à des organismes qui risquent d'être dominés par l'employeur, surtout en milieu non syndiqué »¹⁵³. Du point de vu du conseil économique et social de France (CES), « Les salariés et leurs représentants à la fois acteurs et bénéficiaires de la politique de santé au travail »¹⁵⁴.

La fonction de représentation des syndicats comporte un autre aspect, le contrôle de leur légitimité qui dépend en partie de leur capacité à maintenir la discipline dans leurs rangs. Pour les syndicats, le défi permanent consiste à renforcer leur représentativité, c'est-à-dire le nombre de leurs membres exprimé en pourcentage de la main-d'oeuvre recensée dans le secteur structuré.

VI-2. Les acteurs externes de prévention des risques professionnels à l'entreprise

Parmi les fonctions principales de ces acteurs sont l'exercice de pouvoir et le contrôle des conditions de travail et de promouvoir la santé et la sécurité des travailleurs dans le but d'assurer les dispositions légales et réglementaires et le respect de leur déroulement.

VI-2.1. L'inspection du travail

Selon l'IGT, « l'inspection du travail est l'institution chargée par la loi, pour s'assurer que les dispositions légales et réglementaires sont effectivement respectées dans le domaine de la

¹⁵³ Desmarais L. : Evaluation de l'implantation des comités de santé et de sécurité au travail : Une étude de cas multiples réalisée dans les petites et moyennes entreprises au Québec, Doctorat conjoint en Administration, Ecole des sciences de gestion, Université de Montréal, Québec, 2004. P 16.

¹⁵⁴ CES (Conseil Economique et Social) : L'avenir de la médecine du travail, Avis présenté par Dellacherie C, France, 2008. P 07. In www.conseil-economique-et-social.fr

prévention des risques professionnels, mais aussi celui des relations du travail »¹⁵⁵. En cas de constatation d'un manquement aux règles relatives à l'hygiène et à la sécurité, l'inspecteur du travail ou le contrôleur peut généralement relever « l'infraction immédiatement par procès-verbal. En pratique, il arrive souvent que l'employeur reçoive des observations écrites qui sont en fait un rappel de la réglementation à respecter »¹⁵⁶.

Généralement, les inspecteurs de travail se déplacent directement sur le terrain et examinent les lieux de travail et contrôlent les normes d'hygiène et la salubrité des endroits de travail.

VI-2.2. Autres organismes nationaux

En Algérie, il existe plusieurs organismes de prévention des risques professionnels rattachés aux ministères concernés, actuellement, on distingue (CNHSMT : le conseil national d'hygiène, sécurité et de médecine de travail, DRT : la direction des relations de travail, DGSS : la direction générale de sécurité sociale, HCEA : le haut commissariat à l'énergie atomique, IGT : Inspection générale du travail, INPRP : Institut national de prévention des risques professionnels, OPREBATP : Organisme professionnel algérien de prévention dans le bâtiment et des travaux publics). Ces organismes participent à l'élaboration des politiques de prévention des risques professionnels et fixer les règles de tarification des les modalités de réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles.

¹⁵⁵ IGT (Inspection générale du travail) : Le rôle de l'inspection du travail dans la prévention des risques professionnels, 2005. P 02.

¹⁵⁶ INRS : Aide-mémoire BTP : Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le bâtiment et les travaux publics, ED 790, Paris, 2006. P 23. In www.inrs.fr

Conclusion

Les effets des mauvaises conditions de travail consistent à l'accroissement des charges de l'entreprise et pour faire face à l'ensemble des coûts de la santé (accidents de travail et maladies professionnelles). Il est nécessaire aux employeurs et aux travailleurs de collaborer pour définir leurs intérêts. L'employeur est tenu de réaliser l'efficacité et l'efficience du travail et la productivité de son entreprise sans négliger les droits des travailleurs.

À partir de ce constat, nous sommes convaincus que lorsque de bonnes conditions sont mises à la disposition des travailleurs par l'employeur cela ne fait qu'augmenter la productivité de l'entreprise et la rentabilité des travailleurs. L'employeur est obligé d'opter pour une démarche préventive au lieu de déboursier dans la réparation des accidents et maladies professionnelles par le paiement des indemnités journalières aux travailleurs.

Une volonté de renforcer les actions prioritaires de santé et de sécurité au travail est primordiale, en mettant à sa disposition des acteurs concernés, employeurs et partenaires de la prévention, des éléments matériels, financiers et humains permettant d'améliorer, de mieux cibler, voire réorienter la politique de santé au travail dans le but d'améliorer la santé des travailleurs et de réduire les coûts de la santé dans les entreprises.

CHAPITRE III :

CADRE RÉGLEMENTAIRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

CADRE RÉGLEMENTAIRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Introduction

Le souci de protéger les travailleurs contre les risques professionnels est parmi les objectifs de la politique nationale de sécurité et de santé au travail. L'Algérie a appliqué plusieurs lois relatives à ce domaine. « En Algérie, la loi n° 83-13 du 2 Juillet 1983 organise la prise en charge des accidents de travail et des maladies professionnelles, ainsi les réparations des accidents de travail et des maladies professionnelles sont rattachées à la sécurité sociale qui leur reconnaît le caractère du risque social »¹⁵⁷. Cette loi constitue une couverture sociale des victimes dûes aux risques liés au travail. Le législateur algérien a adopté une loi 88-07 du 26 Janvier 1988 relative à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail qui constitue un instrument juridique fiable pour la mise en place d'une politique de prévention sous la responsabilité de l'employeur.

La réglementation qui régit le domaine de la sécurité et la santé au travail a évolué dans le temps. Avant le XIX^e siècle, il existait des lois et des textes, mais leur poids législatif reste insuffisant aux attentes des travailleurs. En France, la protection contre les accidents de travail et les maladies professionnelles « prend ses racines dans la loi du 09 Avril 1898 qui a substitué à une éventuelle action en responsabilité civile du salarié contre son employeur une réparation automatique et forfaitaire basée sur la notion du risque »¹⁵⁸. Dès la fin du XIX^e siècle, plusieurs pays ont établi des régimes légaux de réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles fondés sur la responsabilité de l'employeur. Par contre, actuellement la réglementation récente vise à promouvoir et à maintenir le plus haut degré du bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les catégories socioprofessionnelles

Dès 1919, l'organisation internationale du travail (OIT) apparaît dans le but d'établir la paix mondiale et la mise en action des moyens de progrès social et de l'amélioration des conditions de sécurité et de santé au travail. « Selon les estimations du BIT, plus de deux millions de

¹⁵⁷ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie : une approche économique, Edition EPU, Mars 2004, Alger. P 112.

¹⁵⁸ Huteau G. : Sécurité sociale et politiques sociales, 3^{ème} Edition ARMOND Colin, 2001, P 265.

travailleurs meurent chaque année des suites d'un accident ou d'une maladie liés au travail et ce nombre tend à s'accroître dans le monde. La sécurité et la santé au travail (SST) constituent une question centrale pour l'OIT depuis sa création en 1919 et reste l'une des conditions essentielles pour atteindre les objectifs de l'Agenda du travail décent »¹⁵⁹. Elle utilise des outils juridiques, techniques et des mesures efficaces pour atteindre ces objectifs.

L'élaboration de ce présent chapitre a pour objectif d'expliquer l'évolution de la couverture sociale dans les pays où les premières lois qui la régissent sont apparues, de déployer le rôle de l'OIT dans la mise en action des normes de sécurité et de santé au travail et enfin, d'expliquer les différentes lois réglementaires et législatives relatives à la sécurité et la santé au travail en Algérie.

Ce chapitre comportera dans un premier temps un aperçu historique de la couverture sociale aussi bien au niveau international qu'au niveau national et retracera ensuite la contribution de l'OIT à la politique normative de la sécurité et de santé au travail par des outils juridiques (Conventions et recommandations). Et enfin, nous aborderons la réglementation en Algérie relative à l'organisation du travail, à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail aux accidents de travail et aux maladies professionnelles.

¹⁵⁹ BIT : Stratégies globales en matière de sécurité et de santé au travail : Conclusion adoptée par la conférence internationale du travail à sa 91^{ème} session, Première Edition, 2004, Genève. P 01. In www.ilo.org

I : Aperçu historique de la couverture sociale

I-1 : Aperçu historique de la couverture sociale au niveau international

Le rôle de la sécurité sociale est de couvrir les différentes catégories socioprofessionnelles des risques survenus. Huteau G. définit la sécurité sociale comme étant « une institution ou un ensemble d'institutions qui en fonction pour garantir collectivement les individus de toutes conditions pécuniaires, contre un certain nombre de risques de l'existence susceptible de porter atteinte à leur sécurité économique et auxquelles les sociétés attachent une importance particulière : ces risques sont dits sociaux parce qu'ils sont mutualisés par la sécurité sociale aux moyens de techniques particulières destinées à promouvoir la solidarité et la redistribution des revenus »¹⁶⁰. La couverture contre les différents risques est apparue depuis plusieurs années par des initiatives ouvrières.

I-1-1 : Origine lointaine

La nécessité de se protéger contre les risques sociaux est antique. Dans les sociétés anciennes, la protection sociale contre les risques était assurée à l'intérieur de la famille (avoir beaucoup d'enfants est une meilleure garantie des vieux). La solidarité familiale constitue un outil de sécurité sociale pour les différentes générations. « Au total, la réponse aux risques subis par les populations restait faible, aléatoire sauf pour les mines, la marine royale et l'armée »¹⁶¹.

Au XIX^e siècle, les économistes Adam Smith et David Ricardo ont créé le système économique classique, ce qu'on appelle le libéralisme économique fondé sur les hypothèses de la concurrence et la liberté du travail, ce qui fait multiplier les facteurs de risques sociaux sans prise en charge des conditions de travail. Ce système économique privilégie les détenteurs des biens à multiplier leur productivité quelque soit les périls subis par l'industrie ainsi que les conséquences physiques et morales des travailleurs.

¹⁶⁰ Huteau G. : Sécurité sociale et politiques sociales, 8^{ème} Edition ARMAND COLIN, 2001. P 01.

¹⁶¹ Magniadas J. : Histoire de la sécurité sociale, Conférence présentée à l'institut CGT d'histoire sociale, Octobre 2003. P1. In www.ihs.cgt.fr

I-1-2 : Premières formes de protection sociale

Au XVIII^e siècle, l'industrie se transforme progressivement avec une remarquable série d'inventions et de production, mais la sécurité dans les lieux professionnels n'a pas suivi le même rythme que celui de l'évolution de l'industrie. En plus, durant cette période, la demande d'emploi excède l'offre. C'est ainsi que les propriétaires des usines font appel à des enfants abandonnés sans protection. Comme le disait un écrivain en 1795 « Quatorze ou quinze heures par jour dans des conditions d'hygiène déplorables »¹⁶².

Les origines sur la législation de la sécurité au travail datent des années 1800. En 1802 les résultats obtenus par les réformateurs font adopter une loi sur la préservation de la santé physique et morale des apprentis et des personnes occupées dans les usines de textiles ou autres. En 1844, des dispositions ont été insérées sur la protection des machines et d'autres moyens de prévention et sur la déclaration des accidents.

Les premières formes de protection sociales ont été créées à partir d'un mécanisme de solidarité ouvrière dans le but de se protéger contre les risques éventuels tels que la maladie et les accidents de travail fréquents. « En 1826 à Paris, sur 244 chutes d'échafaudages, 72 sont mortelles »¹⁶³, 29.5 % des chutes sont mortelles.

À partir du système de solidarité ouvrière, les mutuelles vont naître comme sociétés de résistance dans l'intérêt commun des travailleurs. Leurs rôles essentiels sont de soutenir les actions de solidarité et de grèves des travailleurs et de dégager une certaine indépendance contre la charité pratiquée par l'Église et la Bourgeoisie. Ces formes de mutualité n'ont pas subi d'opposition de la part des États européens, car son caractère est pacifique, c'est pour cette raison qu'elles commencent à se multiplier dans les grands pays d'Europe.

¹⁶² BIT : La prévention des accidents, 1984, Genève. P 18.

¹⁶³ Magniadas J. : Histoire de la sécurité sociale, Conférence présentée à l'institut CGT d'histoire sociale, Octobre 2003. P 02. In www.ihs.cgt.fr

Les premières formes de protection sociale sont apparues en Allemagne par le conservateur Allemand Chancelier Bismarck entre 1871 et 1890. Il a créé la première assurance maladie en 1883 au profit des ouvriers de l'industrie disposant d'un salaire inférieur à un certain seuil. « Bismarck sentit la nécessité d'améliorer le sort des ouvriers. C'est ainsi que dans son fameux discours au Reichstag du 17 novembre 1881, il affirme que l'État doit exercer non seulement une mission défensive visant à protéger les droits existants, mais également celle de promouvoir positivement, par des institutions appropriées et en utilisant les moyens de la collectivité dont il dispose, le bien-être de tous ses membres, et notamment des faibles et des nécessiteux »¹⁶⁴. Il considère la société comme une menace pour l'État face aux changements de l'industrie dans lequel l'État aura le rôle central de couvrir les ouvriers de l'industrie et d'établir les grandes lignes de protection sociale telle que l'assurance des accidents de travail en 1884 et l'adoption du code impérial des assurances sociales en 1911.

En Allemagne, dès sa mise en œuvre, le système de sécurité sociale contenait déjà les grandes caractéristiques du système actuel. Après la démission de Bismarck en 1890, le système de sécurité sociale continue son extension de couvrir les salariés contre les maladies et leurs familles en 1911. L'accent est mis sur la prévention des accidents de travail dans les entreprises, des dispositions sont mises en œuvre « incluant les ouvriers agricoles et les saisonniers, le personnel domestique à domicile et ambulancier, d'autres catégories des salaires hors industrie seront aussi protégés : assurance invalidité et vieillesse pour les employés »¹⁶⁵.

En France, « les premières lois en 1841 »¹⁶⁶ réglaient les conditions de travail des enfants dans le manufacturier, des usines et les ateliers utilisant l'énergie mécanique en appliquant le système de travail continu. En «1898, une loi renonce à faire valoir la responsabilité pour faute de l'employeur »¹⁶⁷. Elle y substitue une responsabilité qui est fondée sur le risque professionnel.

¹⁶⁴(ALOSS) Association Luxembourgeoise des Organismes de Sécurité Sociale: Bulletin luxembourgeois des questions sociales : 100 ans de Sécurité sociale au Luxembourg, Volume 10, 2001, Luxembourg. P 21. In www.mss.public.lu

¹⁶⁵ Le Faou A, L. : L'économie de santé en questions, 2^{ème} Edition, Novembre 2000. P 49

¹⁶⁶ BIT : La prévention des accidents, 1984, Genève. P 19.

¹⁶⁷ Huteau G. : Sécurité sociale et politiques sociales, 3^{ème} Edition Armand colin, 2001. P 03.

Les employeurs conventionnent auprès des compagnies privées et en cas d'un éventuel risque professionnel, ils se chargent avec des marges salariales des ouvriers les indemnités des victimes.

Une loi de «1899 accorde le bénéfice aux victimes d'accident agricole »¹⁶⁸ qui proviennent de l'emploi d'engins à moteur qui constitue le premier texte de protection sociale obligatoire des salaires.

C'est l'année 1930 qui marque la naissance des assurances obligatoire pour les salariés et les modestes avec une couverture des risques maladies, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Le domaine des assurances sociales en France est accusé par un retard par rapport à d'autres pays d'Europe. « Cette loi constitue un événement important, car pour la première fois en France la plus grande masse des salariés est couverte légalement et obligatoirement contre les maladies et la vieillesse »¹⁶⁹. Face à cet évènement, les effets de la crise économique de 1929 touchent tous les domaines économiques et sociaux. Les employeurs de l'industrie et du commerce sont obligés de s'affilier à des caisses de compensation agréées par l'État comme instrument de la politique économique publique instauré par le modèle keynésien.

Pendant la Deuxième Guerre mondiale et spécialement en 1944, le Conseil National de Résistance de France (CNR) décide d'adopter un plan complet de sécurité et une couverture totale de la population contre tous les facteurs de risques et d'insécurité. La mise en œuvre du plan français de sécurité sociale est adoptée par « l'ordonnance du 4 Octobre 1945 »¹⁷⁰ qui affirme trois principes :

- La généralisation de la sécurité sociale à toute la population.
- L'unité des institutions et l'universalité des risques.
- L'expression de la démocratie sociale.

¹⁶⁸ Huteau G. : Sécurité sociale et politiques sociales, 3^{ème} Edition Armand colin, 2001. P 03.

¹⁶⁹ Idem, P 04.

¹⁷⁰ Idem P 08.

En Grande-Bretagne, le « National Insurance Act »¹⁷¹ est créé en 1911 pour une protection des ouvriers de l'industrie disposant d'un salaire inférieur à un certain seuil, par contre « le National Health Service »¹⁷² (NHS) est créé en 1948 après la publication du rapport Beveridge qu'il avait été chargé par Cherrill en 1940 de penser aux conséquences de la crise économique de 1929 et de la Deuxième Guerre mondiale. Son rapport est inspiré de la théorie keynésienne et qui repose sur le principe d'universalité et d'uniformité des prestations financées quasi exclusivement par l'impôt. « W. Beveridge souligna les insuffisances des assurances sociales quant à l'étendue des personnes protégées, au nombre des risques couverts et à l'organisation du système. Il assigna alors à la sécurité sociale le but de "libérer l'homme du besoin" et proposa pour cela l'instauration d'un système à vocation universelle, car il s'appliquerait à l'ensemble de la population et il engloberait toutes les éventualités qui risquent de menacer les moyens d'existence des individus et de leurs familles »¹⁷³.

Le plan de Beveridge de 1942 vise à promouvoir un compromis entre la tradition pluraliste des petites institutions de sécurité sociale de base. Le plan est conçu comme un programme étendu, mais minimal de protection sociale destiné à couvrir uniquement les besoins de substances. Il laisse une large place à l'épargne personnelle et à l'assurance volontaire pour couvrir les risques particuliers.

À partir de 1951, la législation adoptée par le gouvernement conservateur introduit des prestations et des cotisations calculées en fonction des revenus en encourageant les assurés sociaux à compléter leur pension publique par une affiliation à des régimes privés. Sur le plan financier, le gouvernement remarque, dès 1964, une diminution constante de la proportion des prestations de sécurité sociale à cause de l'inflation et le chômage qui domine cette période

¹⁷¹ Duriez M., Lequet-slama D. : Le système de santé en Europe, 1^{ère} Edition PUF, Paris, 1998. P 63.

¹⁷² Join-Landert O, Lefresne F. : Le National Health Service: Une institution pérenne en plein transformation, Chronique internationale de l'ERES, Novembre 2004. In <http://213.56.65.5/files/publication>

¹⁷³ (ALOSS) Association Luxembourgeoise des Organisme de Sécurité Sociale: Bulletin luxembourgeois des questions sociales : 100 ans de Sécurité sociale au Luxembourg, Volume 10, 2001, Luxembourg. P 22. In www.mss.public.lu

À partir des années 1970, le système de sécurité sociale de Beveridge a fortement élargi le champ d'application, « en ne se limitant pas au seul travailleur, c'est toute la population qui a droit à une sécurité d'existence »¹⁷⁴.

Plusieurs pays d'Europe et autres tels que l'Allemagne, la Grande-Bretagne, la France et les États-Unis d'Amérique ont contribué à l'évolution de la couverture sociale des populations et les travailleurs au niveau international. Plusieurs pays du reste du monde ont été influencés par ces différents systèmes de couverture sociale. Mais aussi plusieurs organisations internationales et mondiales contribuent au développement économique et social des nations. Nous citerons l'Organisation Internationale du Travail (OIT) qui s'intéresse à la couverture sociale et à la sécurité et la santé des travailleurs. « L'OIT contribue à sa manière au développement du concept du sécurité sociale et apporte sa contribution à l'édifice »¹⁷⁵.

I-1-3 : Contribution de l'OIT à la couverture sociale mondiale

L'organisation internationale du travail a été créée à partir du traité de Versailles, signé en 1919. « La création de l'OIT traduisait le souci d'entreprendre les formes sociales devenues indispensables après la Première Guerre mondiale et reflétait la conviction que ces formes ne pourraient être menées à bien qu'à l'échelle internationale »¹⁷⁶.

Sa création par les syndicats de plusieurs pays avait comme objectif de maintenir la paix mondiale en instaurant des règles pour la justice sociale au niveau international. Ces premiers engagements sont la remise en cause des fondements de l'ordre social et politique dans les pays et elle est devenue un engagement institutionnel à l'échelle mondiale pour la justice sociale.

¹⁷⁴ (SPFSS) Service Public Fédéral de la Sécurité Sociale: Tous ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale, Janvier 2006, Belgique. P 08. In <http://socialsecurity.fgov.be>

¹⁷⁵ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie : une approche économique, Edition EPU, Mars 2004, Alger. P20.

¹⁷⁶ BIT : Organisation internationale du travail, Genève. In www.ilo.org

Selon John R. Commons « les travailleurs cherchent avant tout la sécurité dans leur emploi et non quelques influences sur la direction d'entreprises»¹⁷⁷. Selon lui, la prévention contre les accidents, la protection de la santé des travailleurs et la création d'assurance contre le chômage sont autant d'actions qui prouvent que le capitalisme commençait à se corriger de ses défauts.

En 1927, l'OIT s'intéressait à la clause sociale, plusieurs pays reconnaissaient les avantages de la concurrence internationale sur la réglementation des conditions du travail par les normes internationales. En 1945, la préoccupation de l'OIT était d'établir une politique de plein emploi et lutter contre le chômage et en 1946, l'OIT devient la première institution de l'ONU.

De manière générale, l'OIT a contribué à l'amélioration des normes de travail, de la sécurité et de santé des travailleurs afin d'éliminer l'injustice sociale. Elle a lutté contre les effets négatifs de l'industrialisation pour avoir une paix universelle et durable qui ne peut être fondée que sur la base de la justice sociale.

I-2 : Aperçu historique de la couverture sociale en Algérie

I-2-1 : Avant l'indépendance

Avant la colonisation de l'Algérie par la France, « le concept de santé publique et celui de la sécurité sociale n'avaient aucun contenu rationnel et précis et les actions de santé se résumaient aux notions de maladies et d'interventions de traitement anodines plus au moins heureuses »¹⁷⁸. À partir des années 1850, la France organisait la médecine coloniale dans le but de couvrir les militaires, les colons et les travailleurs algériens pour le compte de la France.

¹⁷⁷ (RIT) Revue internationale du travail : 75ans de revue internationale du travail : Une rétrospective, Volume 135, N° 34, 1996. In www.ilo.org

¹⁷⁸ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie : une approche économique, Edition EPU, Mars 2004, Alger. P 21.

En Algérie, « les premières lois sur la sécurité sociale sont adoptées en 1920 »¹⁷⁹, avec la mise en œuvre de la législation sur les accidents sur les lieux de travail. Elle « ne fut appliquée qu'en 1919 »¹⁸⁰. La France a appliqué des lois sur la sécurité en 1945 en couvrant la population de tous les risques, mais son application en Algérie est datée de l'année 1949 malgré le statut spécial de l'Algérie (un département français).

Avant l'indépendance, « l'organisation des services médicaux du travail en Algérie a bénéficié de la loi française du 11 Octobre 1946, étendue à l'Algérie par le décret du 14 Décembre 1956 et les quatre arrêtées d'application du 2 Août 1957, qui fixaient les conditions d'organisation et de fonctionnement des services médicaux du travail »¹⁸¹.

I-2-2 : Après l'indépendance

Au lendemain de l'indépendance (1962), la quasi-totalité de la population algérienne était paysanne et elle bénéficie de « maigre assistance médicale gratuite (ANG) organisée en dispensaire »¹⁸².

En 1966, la réforme fait des accidents de travail et des maladies professionnelles un risque indemnisable. L'article 1 de l'Ordonnance du 21 juin 1966 du JORA n° 106 du 15 Décembre 1966 précise que « les dispositions de la présente ordonnance sont applicables à la prévention et à la réparation des accidents de travail survenus et des maladies professionnelles constatées après le 1^{er} Janvier 1967 dans les professions autres que les professions agricoles »¹⁸³.

¹⁷⁹ (CAIMED) Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region: Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne : Algérie. In <http://unpan1.un.org>

¹⁸⁰ Mentri M. : Essai d'analyse de la législation et de la réglementation du travail en Algérie, Edition OPU, Alger. P 79.

¹⁸¹ F. Khouchane H. : Recueil des textes réglementaires de base relatifs à la médecine du travail en Algérie, Edition OPU, Alger, 1995. P 01.

¹⁸² Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie : une approche économique, Edition EPU, Mars 2004. P 23.

¹⁸³ Belloula T. : La réparation des accidents de travail et les maladies professionnelles, Collection droit pratique, 1993, Alger. P 49.

En 1976, le droit à la santé et la protection sociale est affirmé par la charte nationale, selon LAMRI L, c'est l'État qui « à la charge d'assurer la protection, la prévention et l'amélioration de la santé et de toute la population »¹⁸⁴. C'est avec les lois de Juillet de 1983 que le système d'assurance sociale se renouvelait autour des principes d'unification des régimes et uniformisation des avantages. Cette réforme concerne « l'accident du travail et les maladies professionnelles, maladies, maternité. Mais sur tout le contentieux »¹⁸⁵.

Actuellement, la couverture sociale de la population algérienne est gérée par cinq caisses nationales CNAS, CNR, CASNOS, CNAC et CACOBATH placées sous la tutelle du ministère du travail et de la sécurité sociale et qui ont le régime juridique d'établissement public à gestion spécifique soumise au droit public avec l'État et au droit privé avec les tiers.

En un laps de temps, l'Algérie a constitué un système de couverture sociale étendu qui couvre la totalité de la population contre les différents risques sociaux regroupant toutes les catégories socioprofessionnelles. Le système de sécurité sociale en Algérie a connu des progrès remarquables, il constitue l'un des instruments de solidarité nationale « à l'origine, il constitue une solidarité professionnelle puis une solidarité interprofessionnelle et constitue une véritable solidarité nationale »¹⁸⁶. Aujourd'hui les bénéficiaires contre les risques sociaux ne se limiteront pas aux travailleurs. Mais bien au contraire, la liste est de plus en plus longue.

Avec cet aperçu historique, nous pouvons conclure qu'au niveau national ou international, l'objectif principal est de connaître dans le temps l'évolution de la couverture sociale et ses répercussions sur les différents risques sociaux et professionnels.

¹⁸⁴ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie : une approche économique, Edition EPU, Mars 2004, Alger. P23.

¹⁸⁵ Belloula T. : La réparation des accidents de travail et les maladies professionnelles, Collection droit pratique, 1993, Alger. P 42.

¹⁸⁶ (AISSA) Association Internationale de la Solidarité Sociale: Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale en Afrique Francophone, Rapport de l'Algérie, Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique, Novembre 2006. In www.issa.int

II : Cadre juridique des conditions de sécurité et de santé au travail

II-1 : Cadre juridique de conditions de sécurité et de santé au travail au niveau international

Le travail est un facteur important et indispensable dans le développement économique et social des nations. Comme facteur de production, l'entreprise doit assurer une bonne santé des travailleurs pour survivre. Duquesne F. souligne que le travail « peut être étendu sous des acceptions très diverses dans une acception générale, il désigne une activité consciente et volontaire de l'homme accompagné d'effort. Mais les formes du travail humain étant très variées, une telle désignation présente le risque de rendre la règle du travail assez peu homogène »¹⁸⁷.

II-1-1 : Les politiques normatives de l'Organisation Internationale du Travail

À partir du début du XX^e siècle, des institutions à caractères internationales émergent, elles préoccupent des problèmes du monde de travail et de la protection des travailleurs contre des risques sociaux. Après la Première Guerre mondiale, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a été créée dans l'objet principal d'établir la paix mondiale et la mise en action des moyens de progrès social et de l'amélioration des conditions de sécurité et de santé au travail.

« L'organisation internationale du travail élabore un droit international du travail par la voie de convention que les États membres sont tenus d'appliquer l'ordre interne lorsqu'ils les ratifient, ces conventions assez générales proclament les droits fondamentaux des travailleurs, lutte contre le travail forcé, la liberté syndicale et non-discrimination, mais s'intéressent également à l'emploi »¹⁸⁸. Elle est chargée d'adopter les normes internationales du travail comme moyen efficace d'atteindre ses objectifs et de concrétiser les valeurs énoncées dans sa constitution.

¹⁸⁷ Duquesne F. : Droit du travail, Edition Galino Editor, 2001. p13

¹⁸⁸ Idem. p23

II-1-2 : Le contenu des normes internationales du travail en matière de sécurité et de santé au travail

Les normes internationales du travail tirent leurs sources de l'organisation internationale du travail. L'une des préoccupations fondamentales de l'OIT est celle de la protection des travailleurs contre les accidents de travail et les maladies professionnelles. Comme l'indique le Bureau International du Travail (BIT) « l'ampleur des conséquences à l'échelle mondiale, en terme de souffrance humaine et des coûts économiques connexes, les accidents de travail et les maladies professionnelles, ainsi que des grandes catastrophes industrielles, constitue depuis longtemps un motif de préoccupation sur les lieux de travail comme au niveau national et international »¹⁸⁹, c'est dans ce but que plusieurs instruments de l'OIT tels que les conventions et les recommandations ont été adoptées par la conférence internationale du travail. Parmi ces instruments, nous pouvons citer les conventions et les recommandations de la sécurité et la santé au travail.

Convention n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs

Cette convention a été élaborée par l'OIT en 1981 et ratifiée par trente-six États, elle vise à l'institutionnalisation par les États membres d'une politique nationale en matière de sécurité et de santé au travail (SST), elle s'applique à toutes les branches d'activité économique y compris le secteur public. Le principe fondamental de la politique nationale de SST est de mettre l'autorité compétente en association avec les représentants des employeurs et des travailleurs dans l'entreprise à définir, mettre en place et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente dont l'objectif est de prévenir les risques professionnels.

Selon « les articles 8 à 15 de la convention n° 155 »¹⁹⁰, tout membre des États devra par voie législative ou réglementaire ou encore par autre méthode conforme à la pratique nationale des mesures nécessaires pour une bonne politique de SST. Le contrôle de l'application des lois concernant la sécurité, l'hygiène et le milieu du travail devra être assuré par un système

¹⁸⁹ BIT : Stratégies globales en matière de sécurité et de santé au travail : Conclusion adoptée par la conférence internationale du travail à sa 91^{ème} session, Première Edition, 2004, Genève. P 01. In www.ilo.org

¹⁹⁰ BIT : Formulaire de rapport relatif à la convention n°155 concernant la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, Genève. In [http:// :ilo.law.cornell.edu](http://ilo.law.cornell.edu)

d'inspection et qui prévoit des sanctions en cas d'infraction des lois. Une mesure doit être prise pour fournir des conseils aux employeurs et aux travailleurs pour le profit de leurs obligations.

Concernant les travailleurs qui sont exposés à des situations de danger qui menacent leur vie et leur santé, ils doivent être protégés contre des conséquences injustifiées conformément aux conditions et à la pratique nationale.

Selon « les articles 16, 17, 18, 19, 20 et 21 de la convention n° 155 », des actions concrètes et rigoureuses devront être appliquées au niveau de l'entreprise par les employeurs pour faire face aux dangers qui guettent les travailleurs en permanence. Les employeurs devront être informés, les organismes de sécurité pour les matières à risque qui présentent des substances chimiques, physiques et biologiques, nuisibles sur la santé. Ce constat permet aux employeurs de remédier à des risques par des moyens de protection appropriés pour lutter contre les risques d'accidents de travail ou de maladies professionnelles.

Recommandation n° 184 sur la sécurité et la santé des travailleurs

La présente recommandation est applicable à toutes les branches économiques y compris la fonction publique ainsi, le principe consiste à donner la priorité à la suppression des risques à leurs sources.

La politique nationale de sécurité et de santé des travailleurs a pour objectif d'inciter les autorités compétentes à approuver des prescriptions de directives pratiques ou d'autres pratiques appropriées concernant la sécurité, la santé et le milieu de travail en tenant compte de la relation coexistante entre la sécurité, la santé et la durée du travail lorsque cela est approprié, les autorités compétentes devront consulter avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs dans le domaine des conditions de travail, promouvoir dans des mesures conformes à la politique nationale de SST.

À l'échelle de l'entreprise, la politique de SST incite aux employeurs que si plusieurs entreprises se livraient simultanément à des activités sur le même lieu de travail, elles devraient collaborer afin d'appliquer les dispositions concernant la sécurité et la santé des travailleurs et le milieu de travail.

Les employeurs sont tenus de contrôler régulièrement l'application des normes pertinentes de sécurité et d'hygiène, ainsi d'enregistrer les données relatives aux accidents de travail et toutes les atteintes à la santé des travailleurs.

Convention n° 161 sur les services de santé au travail

Cette convention vise le service de santé au travail qui est chargé de conseiller l'employeur, les travailleurs ou les représentants des travailleurs en matière de SST.

Dans le cadre de la politique nationale de SST et selon « les articles 1, 2, 3 et 4 de la conférence générale de l'OIT »¹⁹¹, l'objectif est d'établir et maintenir un milieu de travail sûr, salubre, propre et favorise une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail. Elle consiste aussi à toutes les organisations employeurs, les travailleurs et les représentants des travailleurs dans l'entreprise a définir, mettre en application et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente relative aux services de santé au travail. Relativement à l'autorité compétente, elle doit consulter les organisations de l'employeur, les travailleurs et les représentants des travailleurs dans l'entreprise sur les mesures à prendre pour donner effet aux dispositions de la présente convention. La fonction de service de santé au travail est confiée à la responsabilité de le l'employeur comme le détermine l'article 5 de la contention n° 161, en tenant compte de la part des travailleurs à participer à la politique de SST.

Les services de santé au travail doivent assurer les fonctions suivantes :

- Identifier et évaluer les risques d'atteinte à la santé sur les lieux de travail.

¹⁹¹ OIT : Convention n°161 sur les services de santé au travail, 1985, Genève. In www.oit.org

- Surveiller les facteurs du milieu de travail et les pratiques de travail qui influencent la santé des travailleurs.
- Conseiller les responsables de la planification et l'organisation du travail.
- Promouvoir l'adaptation du travail aux travailleurs et surveiller la santé des travailleurs.
- Participer à l'analyse des accidents de travail et des maladies professionnelles et collaborer à la diffusion de l'information, la formation l'éducation ouvrière dans le domaine de la santé et de l'hygiène au travail.

Recommandation n° 171 sur les services de santé au travail

Cette recommandation vise à la pratique nationale et en consultation avec l'organisation de l'employeur et les représentants des travailleurs dans l'entreprise définie, mettre en application et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente de leur organisation et de leur fonctionnement.

La fonction des services de santé au travail est préventive, en effet « les services de santé au travail devraient établir un programme d'activité adopté à l'entreprise ou aux entreprises qu'ils desservent en tenant compte notamment des risques professionnels qui se présentent sur les lieux de travail ainsi que des problèmes des branches d'activités économiques intéressées »¹⁹².

Les services de santé au travail ont une fonction de surveiller les milieux de travail, de surveiller la santé des travailleurs, l'information, l'éducation, la formation et conseille aux organisations de l'employeur, aux travailleurs et aux représentants des travailleurs dans l'entreprise.

¹⁹² OIT : Recommandation n°171 sur les services de santé au travail, 1985, Genève. In www.oit.org

Convention n° 187 sur le code promotionnel pour la sécurité et la santé au travail

Selon « les articles 1 et 2 de la présente convention sur le code promotionnel pour la sécurité et la santé au travail »¹⁹³, tous membres qui ratifient cette convention doivent promouvoir l'amélioration continue de la sécurité et de la santé au travail pour prévenir les liaisons entre les maladies professionnelles et les décès imputables au travail.

En vue de l'article 3 de la convention n° 187, tous les membres doivent appliquer une politique et un programme national de SST au travail pour évaluer les risques imputables au travail, combattre leurs sources et développer une culture de prévention nationale qui comporte l'information, la consultation et la formation relative à la sécurité et la santé.

Au-sujet-de l'article 4 de la convention n° 187, il stipule que les membres doivent maintenir, développer et réexaminer périodiquement un « système national »¹⁹⁴ de sécurité et de santé au travail qui inclut la législation, une autorité et des mécanismes pour promouvoir la coopération entre la direction, les travailleurs et leurs représentants en tant que mesure essentielle de prévention professionnelle.

« Le programme national »¹⁹⁵ de sécurité et de santé au travail doit mettre en œuvre le contrôle, l'évaluation et la promotion au développement d'une culture nationale. À la base d'une analyse de la situation nationale en matière de sécurité et de santé au travail, le programme contribue à la protection des travailleurs et éliminer les risques et les dangers liés au travail, il doit être soutenue avec d'autres programmes nationaux complémentaires.

¹⁹³ OIT : Convention n°187 sur le code promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, Genève. In www.ilo.org

¹⁹⁴ Système national de sécurité et de santé au travail ou système national désigne l'infrastructure qui constitue le cadre principal pour la mise en oeuvre de la politique nationale et des programmes nationaux de sécurité et de santé au travail.

¹⁹⁵ Programme national de sécurité et de santé au travail ou programme national désigne tout programme national qui inclut des objectifs à réaliser selon un calendrier prédéterminé, des priorités et des moyens d'action établis en vue d'améliorer la sécurité et la santé au travail ainsi que des moyens permettant d'évaluer les progrès.

Recommandation n° 197 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail

Cette recommandation s'applique à l'élaboration d'une politique, système et programme national en matière de sécurité et de santé au travail. Les « articles 13 et 14 de la recommandation n° 197 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail »¹⁹⁶ stipulent que tous les membres participants devraient établir et mettre à jour de façon régulière en profil qui dresse un bilan de la situation existante en matière de sécurité et de santé au travail. Ainsi ; les progrès accomplis en vue de réaliser un milieu de travail sûr et salubre, qui inclus le cadre législatif et la pratique nationale, les mesures de promotion, les services d'information et les services de santé au travail, la recherche en matière de sécurité au travail et les mécanismes de prise en vue pour collaborer avec les régimes de sécurité sociale.

Dans cette recommandation, l'OIT s'intéresse au sujet de la coopération internationale et échange international d'informations. Elle consiste à faciliter la coopération technique internationale dans le domaine de la SST et l'échange d'information sur les politiques nationales de SST pour accomplir un progrès en vue de réaliser un milieu de travail plus sûr et salubre.

Recommandation n° 97 sur la protection de la santé des travailleurs

L'OIT utilise cet instrument comme « mesures techniques de protection contre les risques menaçant la santé des travailleurs »¹⁹⁷, la législation doit contenir des méthodes de prévention pour réduire et éliminer les risques menaçant la santé sur les lieux de travail.

L'employeur doit assurer :

- Une protection contre les déchets qui constituent un risque pour la santé.
- Une protection contre les agents physiques menaçants la santé des travailleurs telle que la chaleur ainsi la concentration des ouvriers dans un espace donné.

¹⁹⁶ OIT : Convention n°197 sur le code promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, Genève. In www.oit.org

¹⁹⁷ OIT : Recommandation n°97 sur la protection de la santé des travailleurs, 1953, Genève. In www.ilo.org

- L'éclairage et les conditions atmosphériques adéquates.
- Des installations sanitaires, des vestiaires et des locaux pour les besoins de consommation.
- Une protection contre le bruit et les vibrations nuisibles pour la santé des travailleurs ainsi que les substances dangereuses.

La législation nationale devrait contenir aussi des dispositions particulières relatives aux examens médicaux des travailleurs en vue de dépister les signes des maladies professionnelles. En cas de risque, elle détermine s'il existe une contre-indication médicale de l'emploi ou la continuation de l'emploi. Les examens médicaux devraient être effectués par des médecins qualifiés. En cas de risque maladie professionnelle déterminée, il délivre un certificat conformément aux instructions de l'autorité compétente.

La législation nationale exige la déclaration des cas de maladies professionnelles reconnus en vue d'instaurer des mesures préventives et de protection, étudier les causes et établir des statistiques pour permettre d'instaurer des mesures correctives dans le court terme.

Recommandation n° 102 sur les services sociaux

Cet instrument est élaboré dans l'objectif d'adopter des propositions relatives aux services sociaux pour les travailleurs dans le milieu professionnel et d'avoir des moyens de repos, récréations et les moyens de transport au milieu de travail.

Le champ d'application de « de la présente recommandation s'applique aux travailleurs manuel, non manuel, employé dans l'entreprise publique ou privée à l'exclusion des travailleurs de l'agriculture et des transports maritimes »¹⁹⁸.

¹⁹⁸ OIT : Recommandation n° 102 sur les services sociaux, 1956, Genève. In www.ilo.org

Les services spécifient dans la présente recommandation établie par les pouvoirs publics ou par l'initiative privée soit par voie législative, par les autorités compétentes ou par voie de convention collective entre les employeurs et les travailleurs.

- Si la création des cantines est prévue par la législation nationale, l'autorité compétente exige sa création et son fonctionnement.
- S'il est nécessaire d'installer des buffets et des services ambulants pour les travailleurs (casse croûte, le thé, le café et le lait) et il est interdit de consommer ces derniers dans les lieux de travail ou il existe des substances dangereuses et nocives pour la santé.

Il est important de mettre en services des travailleurs des réfectoires pour préparer, réchauffer et consommer la nourriture qu'ils ont apportée, les réfectoires devront disposer d'un climat favorable, un éclairage et une ventilation adéquate, l'eau potable, les tables et les moyens pour la préparation de la nourriture.

Pour prévenir la santé des travailleurs, la législation nationale met à sa disposition des autres moyens pour l'installation des salles de repos dans les entreprises s'il est nécessaire, les moyens de récréation et les moyens de transport des travailleurs sont assurés par l'employeur lorsque les moyens de transport public sont insuffisants.

Recommandation n° 194 sur la liste des maladies professionnelles

Cette recommandation a pour but de renforcer les procédures d'identification, d'enregistrement et de déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles et aussi pour identifier les causes, établir les mesures de prévention pour améliorer le processus de réparation en cas d'accident de travail ou de maladies professionnelles et de mettre à jour la liste de ces maladies.

Après avoir « établi, réexaminé, et appliqué des mécanismes d'enregistrement et de déclarations des accidents de travail et des maladies professionnelles, les autorités compétentes devraient tenir compte des recueils de directives pratiques en 1960 sur l'enregistrement et la déclaration des

accidents de travail et des maladies professionnelles et d'autres recueils de directives pratiques ou guides ayant trait à ce sujet approuvé ultérieurement par l'organisation internationale du travail »¹⁹⁹. En consultation avec les organisations d'employeurs et des travailleurs les plus représentatifs, l'autorité compétente devrait établir une liste nationale des maladies professionnelles dans le but de la prévention, d'enregistrement et de déclaration.

Il est obligatoire de réexaminer et mettre à jour la liste annexée à la présente recommandation en tenant compte que tous membres devraient fournir annuellement au bureau international du travail des statistiques concernant les accidents de travail et les maladies professionnelles.

La liste complète des maladies professionnelles est annexée par l'OIT dans la présente recommandation, la liste principale est définie comme suit :

- les maladies causées par les agents dans des lieux de travail.
- Les maladies systémiques désignées en fonction des organes cibles.
- Les cancers professionnels.
- autres maladies

Recommandation n° 31 sur la prévention des accidents de travail

La recommandation n° 31 est élaborée par l'OIT et ratifiée par les pays membres à Genève en 1929, elle stipule que les accidents de travail constituent non seulement une souffrance pour les travailleurs et leurs familles, mais aussi une perte économique importante pour la communauté. L'objectif de la constitution de l'OIT est de sensibiliser les membres pour apporter en urgence des améliorations dans les conditions de travail.

Selon la conférence internationale du travail adopter à la session de 1928, « une résolution dans laquelle elle déclarait notamment qu'à son avis, il est temps d'essayer d'atteindre un degré plus

¹⁹⁹ OIT : Recommandation n° 194 sur la liste des maladies professionnelles, 2002, Genève. In www.ilo.org

élevé de sécurité par l'application de nouvelles méthodes et que les plus grands progrès dans cette voie serait obtenu si l'on s'inspirait du mouvement Safty First, bien que ce mouvement ne puisse pas se superposer à l'action de l'État pour la prescription et l'exécution des règlements sur la prévention des accidents »²⁰⁰.

Tous les membres de l'OIT devraient prendre en considération les principes et les règles dans les établissements industriels pour la prévention des accidents ainsi que dans l'agriculture en tenant compte des conditions spéciales de ce travail.

L'objectif de cette recommandation sur la prévention des accidents est de:

- Rechercher les causes des accidents.
- Étudier avec des statistiques sur les accidents et présenter des lois qui régissent la fréquence des accidents par rapport aux années à venir.

Les institutions officielles devraient recourir à la collaboration des organisations professionnelles des employeurs et des travailleurs et des services chargés du contrôle de prévention des accidents.

Les expériences acquises par les pays membres concernant la fréquence des accidents dépendent d'une part des dangers inhérents aux genres de travail et d'autre part de la nature des installations et les autres facteurs physiques, physiologiques et psychologiques, dans chaque industrie ou partie d'industrie. Des organismes compétents ou l'inspection du travail étudient la fréquence et la gravité des accidents, le fonctionnement des mesures et discuter toutes améliorations de la sécurité de manière continue par la formation et l'éducation ouvrière pour qu'ils se comportent plus prudemment dans les lieux de travail.

L'OIT exige aux États membres que si les employeurs d'entreprise mesurent la mise en action des protections contre les accidents, ils auront une prime auprès des organismes d'assurances contre les accidents.

⁴⁴ OIT : Recommandation n° 31 sur la prévention des accidents de travail, 1929, Genève. In www.ilo.org

Recommandation n° 112 sur les services de médecine de travail

Elle est élaborée dans l'objectif d'organiser les services de médecine de travail dans l'entreprise. Selon la présente recommandation, « les services de médecine du travail désignent des services organisés sur les lieux de travail ou à proximité de ceux-ci et la santé dans les lieux de travail, à l'application physique et morale des travailleurs et à contribuer au maintien de plus haut degré de bien-être physique et moral des travailleurs »²⁰¹

Suivant les normes applicables, l'organisation des services de médecine du travail doit être faite par les entreprises elles-mêmes ou rattachées à des organismes extérieurs. Si les entreprises n'ont pas les moyens d'installer un service de médecine du travail, et pour des raisons géographiques ou autres, elles sont chargées des examens médicaux et les soins d'urgences et assurer la surveillance des conditions d'hygiène et de sécurités dans l'entreprise selon la législation nationale.

Concernant la fonction et le rôle essentiel du service de la médecine du travail et celui de la prévention, sont chargés de vérifier les absences pour maladies des travailleurs et l'évolution des maladies pour évaluer l'efficacité des programmes de prévention.

Conformément à la politique nationale, les fonctions des services de la médecine du travail devraient être développées de manière à inclure :

- La surveillance des facteurs pouvant être nocifs pour la santé des travailleurs.
- Études des postes du travail du point de vue de l'hygiène et de l'aménagement des postes.
- La participation avec d'autres organismes de l'entreprise à la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles.
- La surveillance de l'hygiène d'installation de l'entreprise ainsi que les installations sanitaires pour le bien-être des travailleurs.

²⁰¹ OIT : Recommandation n°112 sur les services de médecine de travail, 1953, Genève. In www.ilo.org

- L'adaptation du travail aux travailleurs ainsi que les examens médicaux d'embauche.
- L'éducation du personnel, la recherche dans le domaine de la médecine du travail.

Le médecin du travail doit être qualifié, il est chargé du bon fonctionnement de ce dernier vis-à-vis de la direction et détenir une indépendance morale et technique à l'égard de l'employeur et des travailleurs.

Le personnel de ce service tel que le médecin et les infirmières devront avoir une formation qualifiée. Les locaux et les équipements devront aussi répondre aux normes définies par les organismes compétents.

II-2 : Législation des conditions de santé au travail en Algérie

La santé au travail existe depuis longtemps, elle a fait l'objet d'un encadrement particulier. Il existe de nombreux textes législatifs et réglementaires, des structures gestionnaires associant les partenaires sociaux au niveau des entreprises, des organismes de sécurité sociale et de l'État. Selon l'avant-projet de loi sanitaire version provisoire soumise à concertation du Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, l'article 80 de la santé au travail stipule que « L'État veille à la protection et à la promotion de la santé en milieu du travail. La médecine du travail est à la charge de l'organisme employeur. Elle a pour but de promouvoir une santé physique et mentale optimale et l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale »²⁰². Ils devront tenir et veiller dans l'application des lois et les textes qui sont en rapport avec la santé des travailleurs.

En matière de sécurité et de santé travail, les conditions de travail se rapportent, entre autres :

- Aux mesures organisationnelles du travail relatives à la durée légale du travail aux repos, congé et au travail de nuit,

²⁰² Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) : Avant projet de loi sanitaire version provisoire soumise à concertation, Février 2003, Alger. IN www.santetropicale.com

- Aux mesures générales d'hygiène, de sécurité et de santé au travail et accidents de travail et maladies professionnelles.

II-2-1 : L'organisation du travail

La durée du travail

La durée du travail est la période pour laquelle le travailleur est soumis à la subordination juridique de son employeur. Il exécute son activité professionnelle sous la direction et l'autorité de son employeur. Selon Mentré M. définit la durée légale du travail « on entend par le temps légal du travail la période que doit effectuer obligatoirement le travailleur dans l'entreprise et qui lui sera rémunérée »²⁰³.

Selon « les articles 1, 2, 4, 6 et 7 de l'Ordonnance n° 97-03 du 11 janvier 1997 fixant la durée légale du travail »²⁰⁴. La présente ordonnance a pour objet de fixer la durée légale du travail applicable au sein des organismes employeurs régis par la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail, ainsi qu'au sein des institutions et administrations publiques. Pour la durée hebdomadaire de travail, elle est fixée à quarante (40) heures dans les conditions normales de travail, elle est répartie au minimum sur cinq (5) jours ouvrables.

Par dérogation à l'article 2, la durée légale hebdomadaire du travail peut-être :

- Réduite pour les personnes occupées à des travaux particulièrement pénibles et dangereux ou impliquant des contraintes sur le plan physique ou nerveux.
- Augmentée pour certains postes comportant des périodes d'inactivité.

Les conventions ou accords collectifs fixent la liste des postes concernés et précisent pour chacun d'entre eux le niveau de réduction ou d'augmentation de la durée du travail effectif.

²⁰³ Mentré M. : Essai d'analyse de la législation et de la réglementation du travail en Algérie, Edition OPU, 1986, Alger. P 67.

²⁰⁴ Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle (MTPSFP) : Code du travail, (2001, 2002), Alger. P 39.

Lorsque les horaires de travail sont effectués sous le régime de la séance continue, l'employeur est tenu d'aménager un temps de pause qui ne peut excéder une heure dont une demi - heure est considéré comme temps de travail dans la détermination de la durée du travail effectif. L'amplitude journalière de travail effectif ne doit en aucune façon dépasser douze (12) heures.

Heures supplémentaires

Les heures supplémentaires peuvent influencer sur la santé des travailleurs, l'article 31 de « la Loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de Travail modifiée et complétée au 11 janvier 1997 »²⁰⁵, elle insiste sur le recours aux heures supplémentaires qui doit répondre à une nécessité absolue de service et revêtir un caractère exceptionnel, dans ce cas, l'employeur peut requérir tout travailleur pour effectuer des heures supplémentaires au delà de la durée légale de travail sans que ces heures n'excèdent 20% de ladite durée légale.

Toutefois et dans les cas expressément prévus, il peut être dérogé aux limites fixées dans les conditions déterminées dans les conventions et accords collectifs, à savoir :

- Prévenir des accidents imminents ou réparer les dommages résultant d'accidents.
- Achever des travaux dont l'interruption risque du fait de leur nature d'engendrer des dommages.

Dans ces cas, les représentants des travailleurs sont obligatoirement consultés et l'inspecteur du travail territorialement compétent tenu informé.

Travail de nuit

Le travail de nuit est un élément dégradant et nuisible pour la santé des travailleurs. Les articles « 27, 28, et 29 de Loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de Travail modifiée et

²⁰⁵ OIT : Loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de Travail modifiée et complétée au 11 janvier 1997, Algérie. In www.ilo.org

complétée au 11 janvier 1997 »²⁰⁶ visent à considérer le travail de nuit, comme tout travail exécuté entre 21 heures et 5 heures, les règles et les conditions du travail de nuit, ainsi que les droits y afférents sont déterminés par les conventions ou accords collectifs. Les travailleurs de l'un ou de l'autre sexe, âgés de moins de 19 ans accomplis ne peuvent occuper un travail de nuit et il est interdit à l'employeur de recourir au personnel féminin pour des travaux de nuit.

Des dérogations spéciales peuvent toutefois être accordées par l'inspecteur du travail territorialement compétent, lorsque la nature de l'activité et les spécificités du poste de travail justifient ces dérogations.

Le repos hebdomadaire

Les travailleurs ont le droit à un repos hebdomadaire d'une durée minimum de 24 heures. Il doit leur être octroyé et il est interdit aux employeurs d'occuper les travailleurs plus de six (6) jours par semaine. Le repos hebdomadaire est parmi les moyens de préserver la santé des travailleurs.

La « loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de Travail modifiée et complétée au 11 janvier 1997 »²⁰⁷ stipule que les articles 33, 34, 35, 36, 37 et 38 visent que le travailleur a droit à une journée entière de repos par semaine, et que le jour normal de repos hebdomadaire qui correspond aux conditions de travail ordinaires est fixé au vendredi, ainsi :

- Les jours fériés chômés et payés sont fixés par la loi.
- Le jour de repos hebdomadaire et les jours fériés sont des jours de repos légaux.

Le travailleur qui a travaillé un jour de repos légal a droit à un repos compensateur d'égale durée et bénéficie du droit de majoration des heures supplémentaires conformément aux dispositions de

²⁰⁶ Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle (MTPSFP) : Code du travail, (2001, 2002), Alger. P 11.

²⁰⁷ Idem. P 12.

la présente loi. Lorsque les impératifs économiques ou ceux de l'organisation de la production l'exigent, le repos hebdomadaire peut être différé ou pris un autre jour.

Sont ainsi admis de droit à donner le repos hebdomadaire par roulement, les structures et tous autres établissements où une interruption de travail, le jour de repos hebdomadaire, est soit incompatible avec la nature de l'activité de la structure ou de l'établissement, soit préjudiciable au public.

Les congés annuels

Le congé annuel est un droit pour les travailleurs dans le but de prendre le repos pendant une longue année du travail. Mentré M. justifie par la loi n° 81-08 du 27 juin 1981 que « l'idée qu'un repos de plusieurs jours permet de réparer la fatigue et assurera aux travailleurs une plus grande détente »²⁰⁸. Selon les articles 40, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50 et 51 stipulent que le droit à un congé annuel repose sur le travail effectué au cours d'une période de référence qui s'étend du 1^{er} juillet de l'année précédent le congé au 30 juin de l'année du congé. Pour les travailleurs nouvellement recrutés, le point de départ de la période de référence est la date de recrutement.

Toute période égale à vingt-quatre (24) jours ouvrables ou quatre (4) semaines de travail est équivalente à un mois de travail lorsqu'il s'agit de fixer la durée du congé annuel rémunéré. Cette période est égale à cent quatre-vingts (180) heures ouvrables pour les travailleurs saisonniers ou à temps partiel.

La durée du congé principal peut être augmentée pour les travailleurs occupés à des travaux particulièrement pénibles ou dangereux impliquant des contraintes particulières sur les plans physiques ou nerveux.

²⁰⁸ Mentré M. : Essai d'analyse de la législation et de la réglementation du travail en Algérie, Edition OPU, 1986, Alger. P 71.

Est considérée comme période de travail pour la détermination de la durée du congé annuel :

- Les périodes de travail accompli.
- Les périodes de congé annuel.
- Les périodes d'absences spéciales payées ou autorisées par l'employeur.
- Les périodes de repos légal prévues aux articles ci-dessus.
- Les périodes d'absences pour maternités, maladies et accidents de travail.
- Les périodes de maintien ou de rappel sous les drapeaux.
- Le congé de maladie de longue durée ne peut en aucun cas ouvrir droit à plus d'un mois de congé annuel, et ce, quelle que soit la durée du congé de maladie.
- Le travailleur en congé peut être rappelé pour nécessité impérieuse de service.
- La relation de travail ne peut être ni suspendue ni rompue durant le congé annuel.
- Le travailleur est autorisé à interrompre son congé annuel à la suite d'une maladie pour bénéficier du congé de maladie et des droits y afférents.
- Le programme de départ en congé annuel et son fractionnement sont fixés par l'employeur après avis du comité de participation institué par la présente loi, lorsque celui-ci existe.

II-2-2 : Mesures générales d'hygiène, de sécurité, de santé, médecine du travail et accidents de travail et maladies professionnelles

L'hygiène, la sécurité et la médecine du travail

L'encouragement et la promotion d'une culture préventive de sécurité et de santé sont des dispositifs fiables pour améliorer les résultats obtenus dans le domaine de l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail à long terme. La promotion d'une telle culture préventive étant dans une large mesure de mobilisation au plus haut niveau.

À cet effet, la « Loi n° 88-07 du 26 Janvier 1988 relative à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail du Journal Officiel de la République Algérienne n° 4 du 27 Janvier 1988»²⁰⁹ stipule dans ces articles 1 à 13 que la présente loi a pour objet de définir les voies et les moyens ayant

²⁰⁹ Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle (MTPSFP) : Code du travail, (2001, 2002), Alger. P.189.

pour but d'assurer aux travailleurs les meilleures conditions en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail et de désigner les personnes responsables et organismes employeurs chargés de l'exécution des mesures prescrites.

Les dispositions de la présente loi sont applicables à tout organisme employeur, quel que soit le secteur d'activité auquel il appartient dont l'organisme employeur est tenu d'assurer :

- L'hygiène et la sécurité aux travailleurs.
- Les locaux affectés au travail, les emplacements de travail et leurs environnements, leurs dépendances et leurs annexes, y compris les installations de toute nature mises à la disposition des travailleurs, doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé des travailleurs.

L'ambiance de travail devra répondre aux conditions de confort et d'hygiène, notamment de cubage, d'aération, de ventilation, d'éclairage, d'ensoleillement, de chauffage, de protection contre les poussières et autres nuisances et d'évacuation des eaux usées et déchets.

Les travailleurs doivent pouvoir pratiquer la gymnastique de pause et bénéficier des moyens pour assurer leur hygiène individuelle et dans leur lieu de travail. Les locaux affectés au travail, leurs dépendances et leurs annexes, doivent être conçus, aménagés et entretenus de manière à garantir la sécurité des travailleurs.

- En fonction de la nature de l'activité et des risques, le travailleur doit bénéficier des vêtements spéciaux, équipements et dispositifs individuels de protection d'une efficacité reconnue.
- L'organisme employeur est tenu d'intégrer la sécurité des travailleurs dans le choix des techniques et technologies et dans l'organisation du travail.

Les installations, les machines, mécanismes, appareils, outils et engins, matériels et tous moyens de travail doivent être appropriés aux travaux à effectuer et à la prévention des risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés.

- Ils doivent faire l'objet de vérifications périodiques et de mesures d'entretien de nature à les maintenir en bon état de fonctionnement, en vue de garantir la sécurité du travail.
- Les normes d'efficacité des produits, dispositifs ou appareils de protection seront fixées conformément à la législation en vigueur, après avis d'une commission nationale d'homologation.
- Pour répondre aux exigences d'hygiène et de sécurité en milieu de travail, la fabrication, l'importation, la cession et l'utilisation des substances, produits ou préparations dangereux sont soumises à la législation en vigueur.

Les organismes employeurs, en particulier les fabricants et importateurs sont tenus avant toute introduction sur le marché de substances ou préparations présentant des dangers pour la santé des travailleurs, de fournir aux institutions et organismes concernés et notamment à l'organisme national compétent en matière d'hygiène et de sécurité, les informations nécessaires à l'appréciation des risques présentés par lesdites substances ou préparations.

Concernant les règles générales en matière de médecine du travail, les articles 12 à 18 de la « Loi n° 88-07 du 26 Janvier 1988 relative à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail »²¹⁰ stipulent que la protection de la santé du travailleur par la médecine du travail est partie intégrante de la politique nationale de santé. Dans le cadre des missions, telles que définies par la législation en vigueur, la médecine du travail, dont la double mission est préventive essentiellement et curative accessoirement, a pour but :

- De promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique et mental des travailleurs dans toutes les professions et en vue d'élever le niveau des capacités de travail et de création.

²¹⁰ JORA n° 04 du 27 Janvier 1988. P 86. In INSP : Recueil de textes législatifs et réglementaires relatif à la médecine du travail, l'hygiène et la sécurité, Janvier 2003, Alger.

- De prévenir et protéger les travailleurs des risques pouvant engendrer des accidents ou des maladies professionnelles et de tout dommage causé à leur santé.
- D'identifier et de surveiller, en vue de réduire ou d'éliminer tous les facteurs qui, sur les lieux de travail, peuvent affecter la santé des travailleurs.
- De placer et maintenir les travailleurs dans un emploi convenant à leurs aptitudes physiologiques et psychologiques et, en règle générale, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.
- De réduire les cas d'invalidité et assurer une prolongation de la vie active des travailleurs.
- D'évaluer le niveau de santé des travailleurs en milieu de travail.
- D'organiser les soins d'urgence aux travailleurs, la prise en charge des traitements ambulatoires et le traitement des maladies professionnelles.
- De contribuer à la sauvegarde de l'environnement par rapport à l'homme et à la nature.

La médecine du travail constitue une obligation de l'organisme employeur. Elle est à la charge de l'employeur et qui s'exerce sur les lieux mêmes du travail. Dans le cadre des missions qui leur sont dévolues en matière de protection et de promotion de la santé, les services de la santé sont chargés de :

- L'exercice de la médecine du travail qui est soumise aux dispositions législatives en vigueur et notamment la loi n° 85-05 du 16 janvier 1985 relative à la protection et la promotion de la santé.
- Tout travailleur ou apprenti est obligatoirement soumis aux examens médicaux d'embauche ainsi qu'aux examens périodiques, spéciaux et de reprise.

L'organisme employeur est tenu de prendre en considération les avis du médecin du travail.

- Le médecin du travail peut effectuer ou faire effectuer des prélèvements aux fins d'analyses ou tout examen à toutes fins utiles.
- En vue des résultats de ces analyses ou examens, il recommande toutes mesures jugées nécessaires à la préservation de la santé des travailleurs.

Concernant les règles générales en matière de formation et d'information relatives aux risques professionnels, elles constituent une obligation qui s'impose à l'organisme employeur. Les représentants des travailleurs sont obligatoirement associés à toutes ces activités. Elles constituent également un droit et un devoir pour les travailleurs et font l'objet d'une prise en charge par les institutions, services et organismes publics concernés. Elles doivent être incluses dans les programmes d'enseignement et de formation professionnelle.

- Les travailleurs nouvellement recrutés, ainsi que ceux appelés à changer de poste, de méthodes ou de moyens de travail, doivent être instruits, au moment de leur affectation, des risques auxquels ils peuvent être exposés à leurs postes de travail.
- En fonction de la fréquence et de la gravité des risques observés par tout organe ou structure ou personne compétente en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail, des actions de formation particulières sont organisées pour les travailleurs concernés, aux fins de prévention.

Selon Medouni F., la loi n° 88-07 du 26 Janvier 1988 relative à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail « constitue un véritable outil pour la mise en place de la politique de prévention »²¹¹. Des commissions paritaires d'hygiène et de sécurité sont instituées obligatoirement au sein de chaque organisme employeur occupant plus de neuf (9) travailleurs dont la relation de travail est à durée indéterminée, en application de la législation relative à la participation des travailleurs.

L'organisme employeur occupant plus de neuf (9) travailleurs dont la relation de travail est à durée déterminée, doit obligatoirement désigner un préposé permanent à l'hygiène et à la sécurité, assisté de deux (2) travailleurs les plus qualifiés en la matière. Les membres des commissions paritaires d'hygiène et de sécurité et les préposés à l'hygiène et à la sécurité doivent bénéficier d'actions de formation pratiques et appropriées.

⁵⁴ Medouni F. : Le mode de financement de la branche Accidents de travail et Maladies professionnelles et le renforcement de la prévention, Post-graduation spécialisé en Management de la sécurité sociale, 2002, Alger. P 35.

Outre la création des organes d'hygiène et de sécurité prévus par les dispositions des articles 23 et 24, il peut être créé, au niveau des secteurs d'activité à haut degré de risque, des organismes chargés d'actions complémentaires et spécifiques en matière d'hygiène et de sécurité.

Toutefois, lorsque la nature de l'activité de l'organisme employeur ne permet pas l'institution de commissions d'hygiène et de sécurité dans les conditions prévues à l'article 23, celui-ci est tenu de s'affilier à l'un des organismes cités à l'alinéa précédent, lequel sera chargé de l'ensemble des actions prévues en matière d'hygiène et de sécurité.

Il est institué un conseil national d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail chargé de participer par des recommandations et des avis, à la définition de la politique nationale de prévention des risques professionnels. Dans ce but, le conseil national d'hygiène, de sécurité et de médecine du travail est chargé :

- De participer, par des recommandations et des avis, à l'établissement de programmes annuels et pluriannuels en matière de prévention des risques professionnels et de favoriser la coordination des programmes mis en œuvre ;
- De contribuer à la détermination des moyens nécessaires à l'amélioration des conditions de travail ;
- D'examiner les bilans périodiques des programmes réalisés et de donner des avis et recommandations sur les résultats obtenus.

Les accidents de travail et maladies professionnelles

Les accidents de travail

Les accidents de travail et maladies professionnelles constituent une lourde charge pour l'État et l'entreprise. En effet, Lamri L. montre que « la santé et la sécurité au travail constituent des éléments d'une grande importance dans la mesure où tout accident de travail et toute maladie d'origine professionnelle occasionnent des frais médicaux et font perdre aux travailleurs et à

l'entreprise des journées de travail »²¹². La « loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles »²¹³ stipule dans ces articles 1, 2, 3 et 4 que les dispositions de la présente loi visent l'institution d'un régime unique en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles auxquels s'expose le travailleur, quel que soit le secteur d'activité auquel il appartient.

Les bénéficiaires sont définis par l'article 3 : Tout travailleur assujetti aux assurances sociales, au titre des articles 3 et 6 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, bénéficie des dispositions de la présente loi et qui sont également couvertes par les dispositions de la présente loi, les personnes désignées ci-après :

- Les élèves des établissements d'enseignement technique.
- Les personnes accomplissant un stage de rééducation fonctionnelle ou de réadaptation professionnelle.
- Les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes de sécurité sociale.
- Les pupilles relevant de la sauvegarde de la jeunesse pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion d'un travail recommandé.
- Les détenus qui exécutent un travail pendant la durée de leur peine.
- Les étudiants.
- Les personnes participant aux actions prévues aux articles 7 et 8.

Accidents indemnisés

L'accident de travail est défini par « la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles dans ces articles 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 »²¹⁴ comme

²¹² Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie : Une approche économique, Edition OPU, 2004, Alger. P 111.

²¹³ JORA N° 28 du 05 Juillet 1983. In INT : Droit de la sécurité sociale : Recueil de textes législatifs et réglementaires, 1^{ère} Edition, 1998, Alger. P 287.

²¹⁴ Loi n° 83-13 du JORA n° 28 du 05 Juillet 1983. In CNAS : Textes législatifs et réglementaires de la sécurité sociale en Algérie, 1998, Alger.

suit : Est considéré comme accident du travail, tout accident ayant entraîné une lésion corporelle, imputable à une cause soudaine, extérieure, et survenue dans le cadre de la relation de travail. Est également considéré comme accident du travail, l'accident survenu au cours :

- D'une mission à caractère exceptionnel ou permanent, accomplie hors de l'établissement conformément aux instructions de l'employeur.
- De l'exercice ou à l'occasion de l'exercice d'un mandat politique électoral, ou bien au titre d'une organisation de masse.
- D'une formation professionnelle suivie régulièrement en dehors des heures de travail.

Il est considéré aussi comme étant un accident du travail, même si l'intéressé n'a pas la qualité d'assuré social, l'accident survenu au cours.

- D'actions et d'activités commandées, qu'organisent le Parti, les organisations de masse et les unions professionnelles.
- D'activités sportives organisées dans le cadre d'associations.
- De l'accomplissement d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou de sauvetage d'une personne en danger.

La lésion se produisant ou le décès survenant, soit au lieu et au temps du travail, soit en un temps voisin de l'accident, soit au cours du traitement consécutif à l'accident, doivent être considérés, sauf preuve contraire, comme résultat du travail.

Toute affection préexistante dont la preuve est administrée qu'elle n'a pas été ni aggravée, ni provoquée, ni révélée par l'accident, ne peut être prise en charge au titre de la présente loi.

La présomption d'imputabilité du décès au travail, si les ayants droit de la victime s'opposent à ce qu'il soit procédé à l'autopsie demandée par l'organisme de sécurité sociale, à moins qu'ils n'apportent la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès.

Est assimilé à un accident du travail, l'accident survenu pendant le trajet effectué par l'assuré pour se rendre à son travail ou en revenir, quelque soit le mode de transport utilisé, à condition que le parcours n'ait pas été, sauf urgence ou nécessité, cas fortuit ou force majeure, interrompue ou détournée. Le parcours ainsi garanti est compris entre, d'une part, le lieu du travail et, d'autre part, le lieu de résidence ou un lieu assimilé, tel que celui où le travailleur se rend habituellement, soit pour prendre ses repas, soit pour des motifs d'ordre familial.

Constatation de l'accident

La déclaration de l'accident est stipulée par « les articles 13, 14 et 15 de la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles »²¹⁵.

L'accident du travail doit être immédiatement déclaré :

- Par la victime ou ses représentants, à l'employeur, dans les vingt-quatre (24) heures, sauf cas de force majeure, les jours non ouvrables n'étant pas comptés.
- Par l'employeur, à compter de la date où il en a eu connaissance, à l'organisme de sécurité sociale, dans les quarante-huit (48) heures, les jours non ouvrables n'étant pas comptés.
- Par l'organisme de sécurité sociale à l'inspecteur du travail dont relève l'entreprise ou au fonctionnaire qui exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

En cas de carence de l'employeur, la déclaration à l'organisme de sécurité sociale peut être faite par la victime ou ses ayants droits, par l'organisation syndicale et par l'inspection du travail, dans un délai de quatre (04) ans à compter du jour de l'accident. L'obligation faite à l'employeur de souscrire une déclaration qui s'impose même si l'accident n'a pas eu lieu.

Les maladies professionnelles

Les maladies professionnelles sont le résultat d'une exposition à un agent pathogène pendant une longue durée de travail, selon Mentré M. « certaines maladies sont contractées par les travailleurs

²¹⁵ JORA n° 28 du 05 Juillet 1983 : Loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles.

après l'exercice pendant un certain nombre d'années de certains travaux »²¹⁶. La loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles traite dans ces articles 63 à 73. Selon l'article 63 de la présente loi stipule « sont considérées comme maladies professionnelles, les intoxications, infections et affections, présumées d'origine professionnelle particulière »²¹⁷.

Les articles 64 et 65 stipulent que « La liste des maladies présumées d'origine professionnelle probable, ainsi que la liste des travaux susceptibles de les engendrer et la durée d'exposition aux risques correspondants à ces travaux seront fixées par voie réglementaire et que cette liste peut être révisée et complétée »²¹⁸. L'article 66 de la présente loi incite sur les tableaux, prévus à l'article 64, seront établis après avis d'une commission des maladies professionnelles dont la composition sera fixée par voie réglementaire. Quant à l'article 67 stipule qu'à partir de la date à laquelle un travailleur a cessé d'être exposé à l'action des agents nocifs inscrits aux tableaux susvisés, l'organisme de sécurité sociale ne prend en charge, en vertu des dispositions du présent titre, les maladies professionnelles correspondant à ces travaux, que lorsqu'elles ont été déclarées à l'organisme avant l'expiration d'un délai fixé à chaque tableau.

La loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles traite dans « ces articles 68, 69, 70, 71, 72 et 73 »²¹⁹ stipulent qu'en vue de l'extension et de la révision des tableaux, ainsi que de la prévention des maladies professionnelles, il est fait obligation, à tout médecin, de déclarer toute maladie ayant, à son avis, un caractère professionnel.

Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles visées au présent titre, est tenu d'en faire la déclaration à l'organisme de sécurité sociale, à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les fonctions en vertu d'une

²¹⁶ Mentré M. : Essai d'analyse de la législation et de la réglementation du travail en Algérie, Edition OPU, 1986, Alger. P 87.

²¹⁷ Loi n° 83-13 du JORA n° 28 du 05 Juillet 1983. In CNAS : Textes législatifs et réglementaires de la sécurité sociale en Algérie, 1998, Alger.

²¹⁸ Loi n° 83-13 du JORA N° 28 du 05 Juillet 1983. In INT : Droit de la sécurité sociale : Recueil de textes législatifs et réglementaires, 1^{ère} Edition, 1998, Alger. P 302.

²¹⁹ JORA n° 28 du 05 Juillet 1983 : Loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles.

législation spéciale, ainsi qu'au directeur de wilaya de la santé et aux organismes chargés de l'hygiène et de la sécurité.

Le défaut de déclaration peut être constaté par l'inspecteur du travail, ou le fonctionnaire qui en exerce les fonctions, qui doit informer les organismes ou un agent de l'organisme de sécurité sociale.

Les règles relatives aux accidents de travail sont applicables aux maladies professionnelles et la date de la première constatation de la maladie professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

Toute maladie professionnelle, dont la réparation est demandée en vertu du présent titre, doit être déclarée à l'organisme de sécurité sociale, par la victime, dans un délai de quinze (15) jours au minimum et trois (3) mois au maximum qui suivent la première constatation médicale de la maladie.

La déclaration est prise en considération, même au titre des assurances sociales, une copie de la déclaration doit être transmise, immédiatement, par l'organisme de sécurité sociale, à l'inspecteur du travail.

Un organisme de sécurité sociale est chargé, en liaison avec les autres organismes compétents en la matière, de contribuer à promouvoir la politique de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Conclusion

Longtemps le travail, a été considéré comme facteur de développement et de production de richesse. En effet, l'état de santé des travailleurs est un élément important dans l'appréciation du développement des entreprises dont lequel joue un rôle important. Les conditions de santé et de sécurité au travail sont situées dans une large perspective économique, juridique et sociale.

Au-delà des mesures qui relèvent du droit pour la protection et la préservation de la santé des salariés sur les lieux de travail, elles visent à renforcer et consolider une politique préventive des risques professionnels.

Nous sommes convaincus que lorsque nous ignorons les lois et les règles régissant la santé au travail cela peut provoquer une augmentation sensible des accidents et maladies professionnelles. Cet état de fait influe négativement sur l'économie nationale d'une part et sur la situation financière de l'entreprise par une perte de valeur ajoutée d'autre part.

Avec l'application de la réglementation en vigueur, les entreprises algériennes doivent agir en premier lieu sur la prévention des risques professionnels tout en respectant les plans de santé et de sécurité existant au sein de l'entreprise.

CHAPITRE IV :

**ENQUETE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS DE LA
COMMUNE DE BEJAIA SUR LEUR SITUATION
SANITAIRE EN MILIEU PROFESSIONNEL**

ENQUETE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS DE LA COMMUNE DE BEJAIA SUR LEUR SITUATION SANITAIRE EN MILIEU PROFESSIONNEL

INTRODUCTION

L'évaluation de l'état de santé des travailleurs de la commune de Béjaia comme dans toutes les régions est liée à plusieurs éléments qui seront présentés dans l'analyse des résultats de notre enquête (l'environnement des travailleurs, les différents risques professionnels, les conditions du travail, les variables culturelles, psychologiques). Ces derniers détermineront l'état de santé physique et morale des salariés, le lien entre l'accroissement de la productivité de l'entreprise et l'état de santé du salarié ainsi que les moyens de prévention mis en œuvres par les entreprises en matière de santé et de sécurité au travail.

Afin d'évaluer la situation sanitaire des travailleurs de la commune de Béjaia, nous avons procédé à une enquête sur le terrain.

Cette enquête permettra d'apporter des renseignements très utiles sur le plan économique et social en évaluant la situation sanitaire dans le milieu professionnel, l'importance de la santé du capital humain, en déterminant la fréquence des accidents de travail et les coûts économiques et financiers engendrés par les dangers du travail. Ce qui suivra présentera la méthodologie et les résultats commentés de l'enquête.

Il sera question dans ce chapitre d'évaluer les connaissances réglementaires, la situation sanitaire des travailleurs des différents secteurs d'activité de la commune de Béjaia, de connaître la fréquence des accidents de travail et des maladies professionnelles et leurs impacts sur le plan économique et social.

I- : Méthodologie et caractéristiques générales de l'enquête**I-1: Présentation de l'enquête**

L'enquête en matière de santé au travail permet d'évaluer l'état sanitaire des travailleurs en fonction des changements organisationnels dans les entreprises algériennes, face à l'ouverture du pays sur l'économie de marché et à la concurrence en particulier. Elles ont subi une dégradation des conditions de travail, une évolution de nouvelles technologies et de nouvelles formes d'organisation. Il est indispensable de connaître l'origine des risques professionnels afin de trouver des solutions, de tracer des politiques de prévention et supprimer les dangers ou plus au moins réduire la fréquence des accidents de travail et des maladies professionnelles.

L'enquête portant sur "l'évaluation en matière de l'état de santé des salariés au niveaux des entreprises de la commune de Béjaia" (document d'enquête, cf. Annexe n° 02) avait pour but d'évaluer la situation sanitaire des travailleurs, les moyens de prévention mis en place par les entreprises en faveur des travailleurs et de pouvoir prendre en compte l'aspect participatif des travailleurs dans l'élaboration des politiques de prévention des risques professionnels.

Les résultats produits par notre enquête fournissent certains indicateurs de santé de l'homme au travail et quelques indicateurs de sécurité et de prévention employés dans les entreprises de la commune ainsi que le niveau de culture de prévention que les travailleurs possèdent dans leur milieu professionnel.

Cette enquête a eu lieu dans certains domiciles et sur les lieux de travail. Les questionnaires ont été remis aux enquêtés et récupérés ultérieurement dans ces mêmes lieux durant une période d'un mois allant du 14 Avril 2009 au 15 Mai 2009. S'agissant des questions, nous avons opté dans ce travail pour des questionnaires, composés de questions fermées et simples, ainsi nous avons essayé au maximum d'éviter les questions ouvertes dans le but d'avoir des réponses très précises et cohérentes.

Ces résultats, aussi modestes soient-ils, conduisent à la réflexion de la mise en place d'une série de mesures préventives, de mobiliser les différents moyens nécessaires à l'effet de présager un environnement meilleur à la situation sanitaire du personnel, et de réduire conséquemment le nombre de journées en matière notamment de l'emploi, des coûts des accidents et des maladies liées au travail dans la commune précitée.

I-1.1 : Les objectifs de l'enquête

Cette enquête a été conçue dans le but de mieux connaître l'importance de la santé physique et morale des travailleurs dans la performance de l'entreprise en matière des ressources humaines et de connaître aussi la fréquence et les coûts des accidents de travail et des maladies professionnelles vis-à-vis de l'équilibre financiers et la productivité des entreprises, d'évaluer l'importance de la santé, de la sécurité au travail et de la gestion des ressources humaines menée par les entreprises de la commune de Béjaia. Elle a aussi pour objectif de déterminer :

- La situation sanitaire des enquêtés vis-à-vis du travail ;
- L'origine et la nature des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- La fréquence des accidents de travail durant la carrière professionnelle des travailleurs ;
- Les coûts moyens d'un accident de travail ;
- La culture de prévention envers les risques professionnels et le niveau de connaissances réglementaire des travailleurs ;
- Les nuisances dans le milieu professionnel en matière d'organisation et de conditions de travail ;
- Enfin, les moyens de sécurité et de prévention mis en œuvre par les entreprises de la commune en faveur des travailleurs.

De cette brève représentation des principales questions de notre enquête, nous espérons avoir soulevé quelques interrogations relatives aux objectifs de notre recherche.

I-1.2 : Les caractéristiques générales de l'enquête

Il s'agit d'une enquête devant rassembler les données sur l'état de santé des travailleurs vis-à-vis de leur profession et les moyens de prévention mis en place par les entreprises. Un échantillon arbitraire a été prélevé au niveau de la commune de Béjaia.

I-1.3 : Base de sondage (échantillon)

La population résidente de la commune de Béjaia estimée en 2007 est de "175.743"²²⁰ habitants. Le nombre d'assurés estimé par la CNAS de la wilaya de Béjaia en 2006 est de "323936"²²¹ travailleurs (document CNAS, cf. Annexe n° 01). Notre enquête a porté sur un échantillon de 300 travailleurs résidents au chef-lieu de la commune de Béjaia.

➤ Pourquoi cette base de sondage

Cette base de sondage a été choisie en tenant compte de la méthode des quotas qui consiste à déterminer des pourcentages de la population d'origine (travailleurs de la wilaya de Béjaia), et d'estimer à partir de ceci l'échantillon étudié de la commune de Béjaia. Le choix de notre sélection est représenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°02 : Répartition des travailleurs selon les secteurs d'activités (CNAS de Béjaia : 2006).

La population			Échantillon étudié	
La branche d'activité	2006*	%	2009	%
Secteur Agricole	5775	≈5,56%	14	5,56%
Secteur B.T.P	37449	≈34,66%	87	34,66%
Secteur des services	30451	≈27,6%	69	27,6%
Secteur Industriel	35924	≈32,07%	80	32,07%
Total	109599	100%	250	100%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Béjaia 2006. ≈ : environ

²²⁰ DPAT : Direction de la planification et de l'aménagement territoire. Béjaia.2008.

²²¹ Rapports de la CNAS de Béjaia (2006).

I-2 : Répartition géographique de l'échantillon

Étant donné que la commune est répartie en plusieurs secteurs d'activité, notre échantillon est relevé en fonction des pourcentages calculés à partir du tableau n° 2 dans tous les secteurs d'activités de la commune de Béjaia. Il est constitué de travailleurs de différentes catégories socioprofessionnelles.

I-2.1 : Distribution des questionnaires

Nous avons travaillé à partir d'un échantillon de 250 travailleurs en tenant compte des résultats obtenus par la distribution de 300 questionnaires aux travailleurs. Sur les 300 documents unis, 27 sont éliminés et 23 n'ont pas été retournés.

La distribution des questionnaires auprès des travailleurs a été réalisée de façon satisfaisante et plus facile à domicile contrairement à la distribution des questionnaires au niveau des entreprises où certains responsables refusaient de nous recevoir et répondre à nos sollicitations nonobstant diverses tentatives.

I-2.2 : Contrôle des questionnaires

Nous avons dû :

- Vérifier, quotidiennement, les questionnaires et notamment la cohérence des réponses ;
- Numéroté tous les documents d'enquêtes et relever par numéro les documents incomplets ;

Le contrôle des questionnaires avait pour objectifs de vérifier :

- Le nombre de questionnaires remis ;
- Les oublis ou les erreurs des personnes interrogées ;
- La cohérence des réponses,

Une fois les vérifications terminées, les corrections possibles ont été apportées et les documents ont été classés.

I-3 : Le dépouillement

Le dépouillement de notre enquête a été réalisé de façon manuelle. Nous avons d'abord procédé à la saisie des données contenues dans les questionnaires, puis le traitement de ces données qui a abouti aux différents résultats sous forme de tableaux et graphes. Ces derniers constituent une base à l'analyse de la situation sanitaire des travailleurs vis-à-vis de la profession qu'ils exercent, les connaissances réglementaires, les conditions de travail et les mesures de sécurité et de protection des travailleurs employés par les entreprises.

En ce qui concerne les traitements statistiques réalisés pour mettre en évidence les informations résultantes de cette étude, nous avons utilisé deux formes de tableaux dans le dépouillement, à savoir, la méthode de tri vectoriel (tri plat), puis la méthode de tri matriciel (tri croisé).

Dans un premier temps, nous avons réalisé des tris à plat des données, c'est-à-dire nous avons établi la distribution des fréquences pour toutes les variables sous forme de tableaux. Pour chaque question, nous avons calculé le nombre de réponses obtenues par chaque modalité figurant dans la question. Cette distribution des fréquences est relative.

Le simple examen de ces tableaux va nous permettre de :

- Déterminer les erreurs d'enregistrement commises lors de la saisie ;
- Dégager les principaux résultats de l'enquête ;
- Identifier les zones qui demandent une interprétation ;
- Identifier des zones qui demandent des analyses supplémentaires.

Pour mieux expliquer certaines variables et la recherche de corrélations entre elles, nous avons réalisé des tris croisés. En effet, une simple tabulation ne permet pas de prendre en considération

l'influence d'une variable sur une autre. Nous avons, donc vérifier l'existence de relation entre variables prises deux à deux, notamment entre variables explicatives (questions signalétiques) et celle à expliquer (question de comportement, d'attitude, etc.).

I-4 : Difficultés rencontrées

La réalisation d'un travail de magistère sur la situation sanitaire des travailleurs au niveau des entreprises algériennes est un exercice très intéressant et en même temps difficile. Nous avons principalement rencontré quelques difficultés :

- D'abord un manque flagrant d'ouvrages locaux relatifs aux thèmes ;
- Le secteur de la santé au travail n'est point aussi développé et reste en constance évolution ;
- La santé au travail ne jouit pas d'une grande importance dans la majorité des entreprises algériennes ;
- L'attitude de certains responsables qui se méfient beaucoup des enquêteurs qui viennent demander des informations au niveau de leurs services.

I-5 : Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Nous présenterons dans ce point, les résultats de l'enquête obtenus auprès des travailleurs des différentes entreprises de la commune de Béjaia. Tout d'abord, nous présenterons de manière générale la répartition des enquêtés selon le secteur d'activité, l'âge, le sexe et la qualification professionnelle. D'après l'enquête menée, notre échantillon est réparti comme suit : 14 travailleurs dans le secteur agricole, 80 travailleurs dans le secteur industriel, 87 travailleurs dans le secteur B.T.P et 69 travailleurs enquêtés dans le secteur des services. En ce qui concerne l'âge, les résultats de l'enquête, nous a permet de les répartir comme suit : un travailleur enquêté est âgé de moins de 20 ans, 79 travailleurs sont âgés entre 20 et 30 ans, 96 travailleurs sont âgés entre 30 et 40 ans, 38 personnes enquêtés sont âgées de 40 à 50 ans, 32 travailleurs enquêtés sont âgés de 50 à 60 ans et seulement 4 travailleurs sont âgés de plus de 60 ans. En ce qui concerne la répartition des enquêtés selon le sexe, l'échantillon est découpé en 199 personnes de sexe

masculin et seulement 51 de sexe féminin. Enfin, les résultats de l'enquête nous montrent qu'il existe 58 cadres, 64 ouvriers qualifiés et 128 ouvriers non qualifiés.

II: Attitudes des enquêtés vis-à-vis du niveau d'instruction et de connaissances réglementaires et législatives

II-1: niveau d'instruction

S'agissant des caractéristiques des travailleurs enquêtés telles qu'elles dépendent des réponses aux questionnaires adressés dans la commune de Béjaïa, nous constatons ce qui suit : 8 personnes de la totalité des travailleurs enquêtés ne sont même pas scolarisées, soit un taux de 3,2% des travailleurs du sexe masculin et un taux nul de celui du sexe féminin. D'autre part, seulement 7,2% des hommes disposent d'un niveau primaire et aucune femme n'a été enregistrée dans cette rubrique. En ce qui concerne le niveau moyen, un taux de 20,8% des travailleurs est de sexe masculin.

27,6% des enquêtés du sexe masculin sont affectés à la rubrique « secondaire » et seulement 4% sont de sexe féminin. Et enfin, d'après les résultats de l'enquête, 20,8% des hommes enquêtés disposent d'un niveau universitaire et exclusivement 16,4% pour les femmes.

Tableau N° 3 : Répartition des enquêtés selon, le niveau d'instruction et le sexe.

Sexe	Non scolarisé		Primaire		Moyen		Secondaire (Lycée)		Universitaire		Total	
	H*	F*	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
S. Agricole	1	0	3	0	3	0	4	0	3	0	14	0
S. Industriel	2	0	1	0	14	0	22	1	19	18	61	19
S. BTP	4	0	11	0	27	0	25	2	14	4	81	6
S. des Services	1	0	3	0	5	0	18	7	16	19	43	26
Total	8	0	18	0	52	0	69	10	52	41	199	51

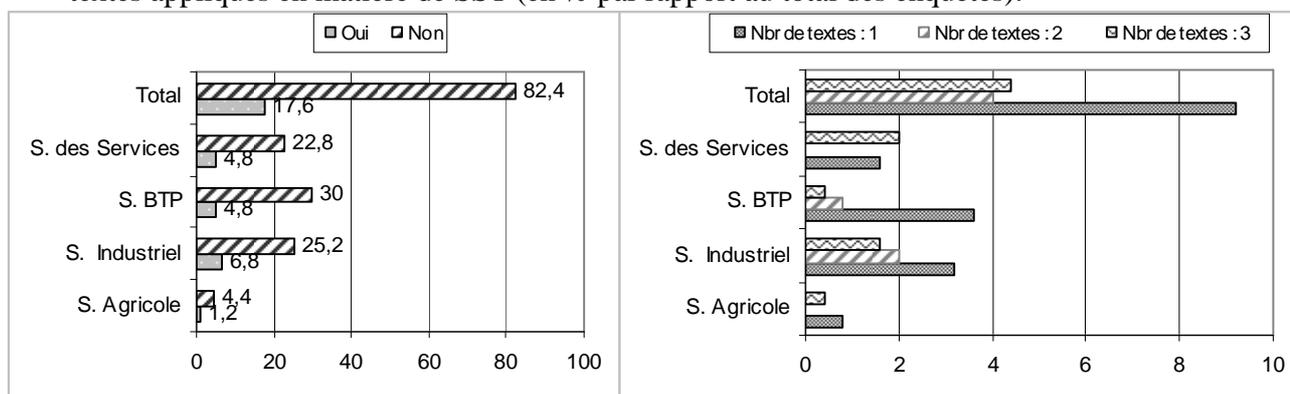
Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

En ce qui concerne le niveau d’instruction des travailleurs, il représente un levier important dans la prévention des risques professionnels, en effet une culture de sécurité et de santé vise d'une part, une culture préventive de la sécurité et d'autre part une culture de gestion de la sécurité et de la santé au travail. Nous pouvons dire que notre enquête a ciblé des travailleurs de différents niveaux d’instruction. 37,2% disposent d’un niveau universitaire et 31,6% possèdent un échelon du secondaire. Quant au reste disposent d’un niveau d’étude inférieur, soit 31,2% de la totalité des travailleurs enquêtés. Enfin, nous apercevons que les femmes sont les plus instruites par rapport aux hommes, elles disposent d’un niveau d’étude élevé vis-à-vis des hommes.

II-2: Connaissances réglementaires et législatives

La connaissance des dispositions législatives et réglementaires du Code du travail en matière de sécurité et de santé au travail est nécessaire pour les travailleurs, toutefois, elle contribue à la fois à l’acquisition des droits en cas de survenance d’un AT ou d’une MP et à la prévention contre les aléas des risques professionnels.

Figure n° 06 : Répartition des enquêtés selon les connaissances réglementaires et le nombre de textes appliqués en matière de SST (en % par rapport au total des enquêtés).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Concernant la répartition des enquêtés selon les connaissances réglementaires, les résultats montrent clairement les disparités entre les réponses des enquêtés sur la signification réglementaire de la SST. Sachant que seulement 17,6% des enquêtés connaissent la législation en matière de SST, sachant que 23 travailleurs connaissent un seul texte législatif sur la SST, et 21

travailleurs connaissent 2 et 3 textes. Un taux de 82,4% des travailleurs méconnaissent cette option.

À propos de la répartition selon les secteurs d'activité, l'enquête montre que 21,42% des travailleurs agricole connaissent le code de travail en matière de SST, contrairement à ces derniers, 78,57% ne connaissent pas le code de travail en matière de SST. Pour le secteur du B.T.P, 86,2% ignorent totalement les textes réglementaires en matière de la SST. Cette perception d'ignorance de la réglementation en matière de SST reflète clairement l'image et le comportement des travailleurs qui ne sont pas inspirés et habitués à une culture de prévention leur permettant d'éviter les situations les plus dramatiques en matière notamment (AT/MP).

III : Connaissances sur l'organisation et conditions de travail

III -1 : Organisation du travail

III -1.1 : Heures de travail

L'organisation du travail peut être perçue comme une garantie que l'employeur offre au travailleur sur son lieu de travail, afin de lui permettre d'accomplir convenablement son travail sans répercussion néfaste qui peut nuire à son état de santé.

Tableau N° 04 : Répartition des enquêtés selon les heures de travail (en nombre).

	Heures de travail		
	- de 40h	40h	+ de 40h
S. Agricole	0	3	11
S. Industriel	6	28	46
S. BTP	4	30	53
S. des Services	22	27	20
Total	32	88	130

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

Concernant la répartition des enquêtés selon les heures de travail, le tableau n° 4 nous renseigne ce qui suit :

- 12,8% des travailleurs enquêtés occupent des postes qui ne dépassent pas les 40 heures par semaines, dont 68,75% dans le secteur des services.
- 35,2% des enquêtés travaillent couramment 40 heures par semaine, nous remarquons que les organismes du secteur des services respectent rigoureusement la réglementation en matière de temps, de travail avec un taux de 39,13%.
- Une part importante de 52% des travailleurs exercent plus que la durée légale fixée par la législation de travail, cette situation est remarquée le plus souvent dans les secteurs de l'agriculture, l'industrie et le B.T.P avec des taux respectivement de 78,57%, 57,5% et 60,91%. Ces résultats montrent que ces travailleurs sont plus exposés aux risques AT/MP, contrairement aux travailleurs du secteur des services où seulement un taux de 29% est exposé aux différents accidents et risques professionnels.

Tableau n° 05 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé engendrés par les heures supplémentaires (en nombre).

	Problèmes de santé qu'engendrent les heures supplémentaires			
	Fatigue	T.P*	T.M.S*	T.S.I*
S. Agricole	7	2	6	2
S. Industriel	43	13	17	24
S. BTP	47	17	27	13
S. des Services	36	7	5	11
Total	133	39	55	50

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

T.P* : Troubles psychologiques, **T.M.S*** : Troubles musculo-squelettiques, **T.S.I*** : Troubles de sommeil et insomnie

S'agissant de la répartition de notre échantillon concernant la signification des problèmes de santé et les nuisances que présente la charge du travail lorsque le volume de travail dépasse la

durée réglementée par le législateur algérien, nous avons recensé des avis différents, dans le tableau n° 5, qui se présentent comme suit :

- 50% des travailleurs de l'agriculture affirment avoir ressenti de la fatigue après l'exercice des heures supplémentaires, sachant que 53,75% de ces travailleurs exerçant dans le secteur de l'industrie ressentent ainsi. En ce qui concerne le secteur du B.T.P, 54,2% des enquêtés attestent que les heures supplémentaires sont épuisantes et un taux de 52,17% des salariés du secteur des services attestent aussi la même chose. Nous pouvons dire qu'un nombre important des travailleurs de l'ensemble des secteurs d'activité économique ressentent une fatigue après avoir exercé des heures supplémentaires. Ces dernières peuvent être à l'origine de certaines maladies et accidents de travail.

- 15,6% de la totalité des travailleurs affirment que les heures supplémentaires provoquent des problèmes psychologiques au travail. Comme nous l'avons déjà expliqué dans le tableau n° 4, se sont les travailleurs du secteur industriel et B.T.P qui exercent plus d'heures supplémentaires, en effet, se sont aussi eux qui enregistrent le plus souvent des problèmes psychologiques à cause de la durée de travail additionnelle à l'ordre de 16,25% pour le premier et 19,54% pour le B.T.P;

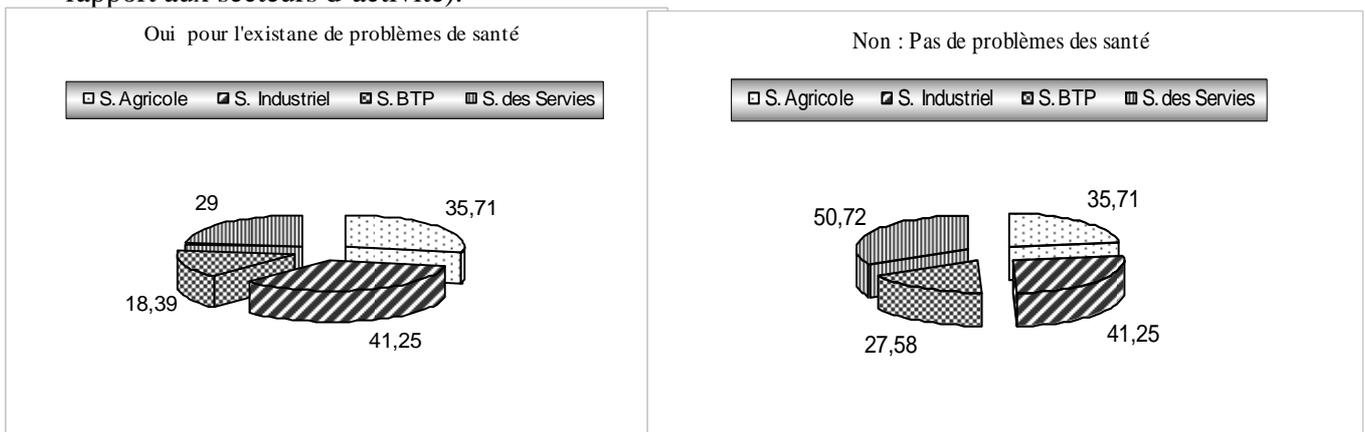
- Les Troubles musculo-squelettiques (T.M.S) sont généralement les maladies causées par des efforts physiques excessifs répercutant négativement sur les tissus musculaires et squelettiques, autrement dit, ce phénomène est dû principalement à la surcharge professionnelle exercée péniblement par les employés. Un échantillon de travailleurs évalue un tiers souffrent de cette maladie et elle est souvent diagnostiquée chez le personnel exerçant dans les secteurs notamment de l'agriculture, l'industrie et le B.T.P. Le tableau énuméré ci-dessus, nous renseigne clairement sur les secteurs menacés par les maladies citées plus haut, à savoir l'agriculture est de l'ordre de 42,85%, le secteur B.T.P, est aussi au taux de 31,3%, subséquemment, vient le secteur de l'industrie au taux légèrement amoindri qui s'élève à une échelle de 21,25%. Enfin, le secteur des services est évalué au taux de 7,24%, d'où les risques de contracter une telle maladie (T.M.S) jugés évitablement écartés par suite d'existence d'hygiène professionnelle, cette frange du personnel simplement que l'effort intellectuel ;

Le corps humain a besoin de se reposer régulièrement, s'il présente un déséquilibre comme le cas des heures supplémentaires excessives, le travailleur risque d'avoir des troubles de sommeil et insomnie (T.S.I). D'après le tableau n°5, 20% de l'ensemble des travailleurs souffrent de T.S.I, cette dernière peut perturber la productivité des travailleurs dans les entreprises. Nous remarquons que les travailleurs du secteur industriel sont les plus touchés par ce phénomène soit un taux de 30% de l'ensemble des travailleurs de ce secteur. Les T.S.I sont peut-être dûs au « travail posté » constaté ces dernières années dans ce secteur. Par contre, le secteur agricole il enregistre un taux faible par rapport au premier qui est estimé à 14%.

III -1.2 : Travail de nuit

Il est nécessaire de connaître si le travail de nuit est nuisible pour la santé des travailleurs, et si l'origine de quelques risques professionnels est due au travail de nuit. L'être humain est conçu à travailler le jour et reposer la nuit, selon les études ergonomiques, si la nécessité oblige l'homme de travailler la nuit, il risque d'avoir un problème de son horloge biologique.

Figures n° 07 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé au travail de nuit (en % par rapport aux secteurs d'activité).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Afin de pouvoir appuyer le mode de travail sur l'échantillon étudié, la figure n° 7 nous montre les réponses des enquêtés concernant le travail de nuit. Pour l'ensemble des enquêtés, 29,6% des

travailleurs disent que le travail de nuit est nuisible pour la santé. Tandis que, 38,8% pensent le contraire, alors que 31,6% n'ont pas donné de réponse à cette question.

Les travailleurs du secteur industriel représentent un taux de 41,25% en matière de problèmes de santé au travail de nuit, ce taux est le plus élevé enregistré dans l'ensemble des travailleurs. Le secteur agricole marque un taux de 35,71%, subséquemment, le secteur des services correspond à un taux d'environ 29%, et le BTP représente un taux le plus faible de 18,39%.

Ces différents résultats peuvent être expliqués par le travail d'équipe et le travail posté remarqué dans le secteur industriel. Les travailleurs ressentent des problèmes de santé causés par l'accumulation des complications aux niveaux physiques et psychiques, contrairement au secteur B.T.P ou la plus part des travailleurs travaillent le jour.

Tableau N° 06 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé causés par le travail de nuit (en nombre)

	Problèmes de santé causés par le travail de nuit				
	T.M.S*	T.P*	T.S.I*	Fatigue	A.P.S*
S. Agricole	2	3	3	1	4
S. Industriel	1	17	18	23	14
S. BTP	1	5	6	9	6
S. des Services	10	16	10	11	8
Total	14	31	37	44	32

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

T.M.S* : Troubles musculo-squelettiques, **T.P*** : Troubles psychologiques, **T.S.I*** : Troubles de sommeil et insomnie, **A.P.S*** : autres problèmes de santé (problèmes physiques, maux de tête, problèmes respiratoires, douleurs de dos. Etc.).

Le tableau n° 6 indique que 5,6% des enquêtés qui travaillent la nuit affirment qu'ils souffrent de troubles musculo-squelettiques (T.M.S). Ces derniers sont répartis comme suit :

- 4% : sont ceux du secteur des services, et les autres secteurs enregistrent de faibles taux. En ce qui concerne les troubles psychologiques (T.P), le travail de nuit peut causer ces derniers, cependant, 12,4% sur l'ensemble des travailleurs ressentent des T.P, cela explique le sentiment de déséquilibre naturel de l'horloge biologique des travailleurs de nuit. Le secteur des services et de l'industrie sont les plus touchés par les T.P, ce qui explique l'influence du travail intellectuel dans l'apparition des maladies psychiques dans le secteur des services, et le travail posté et d'équipe cités ci-avant dans le secteur industriel.

D'après les résultats de l'enquête, 14,8% des enquêtés qui travaillent la nuit subissent des troubles de sommeil et insomnie (T.S.I), sachant que 22,5% des travailleurs du secteur industriel affirment que le travail de nuit occasionne ce problème, et c'est le pourcentage le plus élevé par rapport aux autres secteurs. Le secteur agricole est aussi touché par les T.S.I avec un taux moins important (21,42%). Ces résultats montrent que le travail de nuit occasionne des troubles de sommeil et d'insomnie aussi bien sur les travailleurs du secteur industriel que de l'agriculture. Les autres secteurs d'activité sont moins touchés par ce phénomène.

En ce qui concerne la fatigue, 17,6% des travailleurs disent qu'ils sont épuisés en travaillant la nuit, nous constatons que le secteur industriel correspond à un taux le plus élevé avec 9,2% sur l'ensemble des travailleurs qui accomplissent le travail de nuit. Dans le secteur industriel, la charge du travail excessif, le travail posté et le travail d'équipe produisent l'épuisement de l'état de santé des travailleurs.

Pour les autres problèmes de santé (A.P.S), après plusieurs vérifications et constatations, nous avons regroupé ces derniers comme suit : problèmes physiques, maux de tête, problèmes respiratoires, douleurs de dos, etc. nous avons constaté que ces problèmes représentent 12,8% de la totalité des enquêtés qui travaillent la nuit. Le secteur agricole représente un taux important de 28,57% d'A.P.S par rapport aux autres secteurs et le secteur industriel marque un taux de 17,5%.

Le travail de nuit occasionne plusieurs problèmes de santé (T.M.S, T.P, T.S.I, A.P.S.), tous ses facteurs peuvent être à l'origine des accidents de travail et les maladies professionnelles, mais aussi la réduction de la rentabilité des travailleurs dans les entreprises de la commune de Béjaia.

III -1.3 : Congé annuel

Le congé annuel est un droit pour chaque travailleur, il contribue à l'amélioration de leur état de santé. Ce tableau et les deux figures nous montrent la répartition de la prise en charge du congé annuel par les entreprises de la commune de Béjaia.

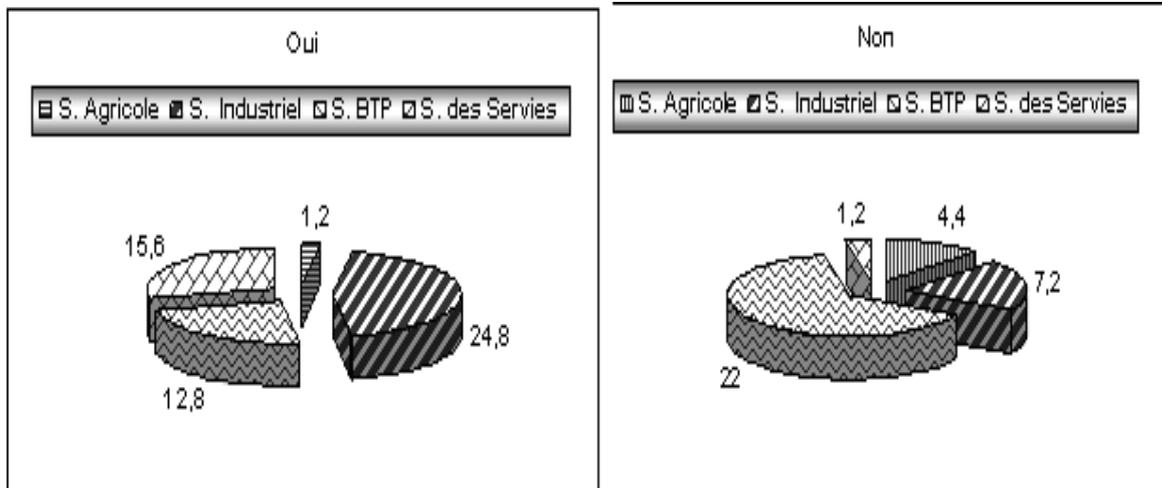
Tableau N° 07 : Répartition des enquêtés selon la prise en charge du congé annuel (en nombre).

Réponse	Congé annuel		Total
	Oui	Non	/
S. Agricole	3	11	14
S. Industriel	62	18	80
S. BTP	32	55	87
S. des Services	39	30	69
Total	136	114	250

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009).

D'après le tableau ci-dessus, seulement 54,4% des enquêtés bénéficient d'un congé annuel. Cela peut être expliqué par la présence intense du secteur informel dans la commune de Béjaia ces dernières années et le comportement inconscient et irresponsable de certains employeurs vis-à-vis des salariés, ils considèrent le congé annuel comme une charge pour l'entreprise. Les deux figures ci-dessous nous montrent la répartition des travailleurs enquêtés selon la prise en charge des congés annuels par secteurs d'activité économique.

Figures n° 08 : Répartition des enquêtés selon la prise en charge du congé annuel (en % par rapport au total des enquêtés).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Nous constatons que les entreprises du secteur industriel prennent en charge à hauteur de 24,8% de l'ensemble des travailleurs qui ont répondu dans la rubrique "oui", ainsi le secteur des services représente un pourcentage de 15,6% comparativement aux deux secteurs B.T.P et agricole qui enregistrent un faible taux qui est respectivement à l'ordre de 12,8% et 1,2%.

Ces résultats nous permettent de dire que les entreprises du secteur industriel et service respectent rigoureusement la réglementation en matière de congé annuel par rapport aux autres secteurs d'activité économique. Les autres entreprises considèrent le congé annuel comme étant une charge supplémentaire, et provoque des pertes au niveau de la production dûes à la diminution de la productivité des travailleurs.

Tableau N° 08 : Répartition des enquêtés selon leur état de santé avant et après le congé annuel (en nombre).

	État de santé avant le congé				État de santé après le congé					
	E.S.P*		E.S.M*		E.S.P		E.S.M		Motivés	
	M*	B*	M	B	M	B	M	B	Oui	Non
S. Agricole	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0
S. Industriel	47	0	24	0	1	11	3	7	7	0
S. BTP	18	0	8	0	0	5	0	0	9	0
S. des Services	22	0	10	0	0	3	0	1	4	0
Total	90	0	44	0	1	19	3	8	20	0

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009).

E.S.P.M* : Etat de santé physique et moral, **E.S.P*** : Etat de santé physique, **E.S.M*** Etat de santé moral, **M*** : Mauvais, **B*** : Bon.

L'analyse du tableau n°8 nous permet de dire que les travailleurs qui ont bénéficié d'un congé annuel en écartant les autres qui en sont privés. Chaque année, l'homme au travail sollicite un repos annuel lui permettant d'être plus productif et plus motivé.

Description de l'état de santé des travailleurs avant le congé annuel :

- Concernant l'état de santé physique, le tableau ci-dessus nous indique que 36% des travailleurs qui ont bénéficié d'un congé annuel ressentent un mauvais état de santé avant leur départ en congé. La répartition de ces pourcentages par rapport aux secteurs d'activité fournit les informations suivantes :
 - 58,75% des travailleurs exerçants dans l'industrie, secteur jugé d'ailleurs le plus important des autres ressentent un mauvais état de santé physique avant le congé. Cela peut être dû à l'accumulation de la fatigue et le genre de travail qu'ils exercent.
 - 31,88% des travailleurs du secteur des services ressentent aussi un mauvais état de santé physique, ce dernier secteur est moins important par rapport au premier, mais la nature de

l'exercice de ce secteur n'est pas vraiment un travail qui demande un effort physique important.

- Les autres secteurs d'activité enregistrent des taux plus faibles.
- Concernant l'état de santé morale des travailleurs, les données de notre enquête affirment que la totalité des interrogés qui ont bénéficié d'un congé annuel ressentaient un mauvais état de santé avant leur départ en congé.
 - Le secteur industriel représente 54,54% par rapport aux autres secteurs d'activité économique.
 - Dans un deuxième lieu, le secteur des services représente 22,72% par rapport aux autres secteurs d'activité économique, soit 14,29% de ce dernier.
 - Pour l'ensemble des autres secteurs (B.T.P et Agricole), ils représentent que 22,72%.

Description de l'état de santé des travailleurs après le congé :

Malgré les congés annuels pris en charge par les entreprises de la commune de Béjaia, certains enquêtés pensent que la durée limitée par la réglementation est insuffisante pour l'amélioration de leurs états de santé physique et morale, cependant, seulement 7,6% de notre échantillon ressentent un bon état de santé physique après le congé. Contrairement à ce dernier, un taux presque nul de travailleurs interrogés pensent que leur état de santé physique n'est pas rétabli. D'autre part, 3,2% de la totalité des enquêtés jugent que leur état de santé morale est amélioré. Près de 1% pensent aussi que leur état de santé morale n'a pas progressé et 8%, affirment qu'ils sont motivés après le congé annuel.

Ces résultats différents peuvent être expliqués par le fait que le secteur industriel et celui des services sont les plus touchés par la dégradation de l'état de santé de leurs travailleurs. Ces deux secteurs sont ceux qui enregistrent le plus de travailleurs bénéficiant de repos en matière de congé annuel.

III -1.4 : Congés de maladie

L'analyse économique montre que les maladies et les accidents de travail occasionnent des journées perdues aussi bien pour l'économie nationale que pour les entreprises. Le congé de maladie est un facteur déterminant de ces pertes.

Tableau N° 09 : Répartition des enquêtés par qualification et selon le congé de maladie (en % par rapport à la qualification).

	Congé de maladie			
	0	1	2	Plus 2
Cadres	34,48%	50%	6,89%	8,62%
O.Q	39,06%	45,31%	9,37%	6,25%
O.N.Q	48,43%	29,68%	12,5%	9,37%
Total	42,8%	38,4%	10,4%	8,4%

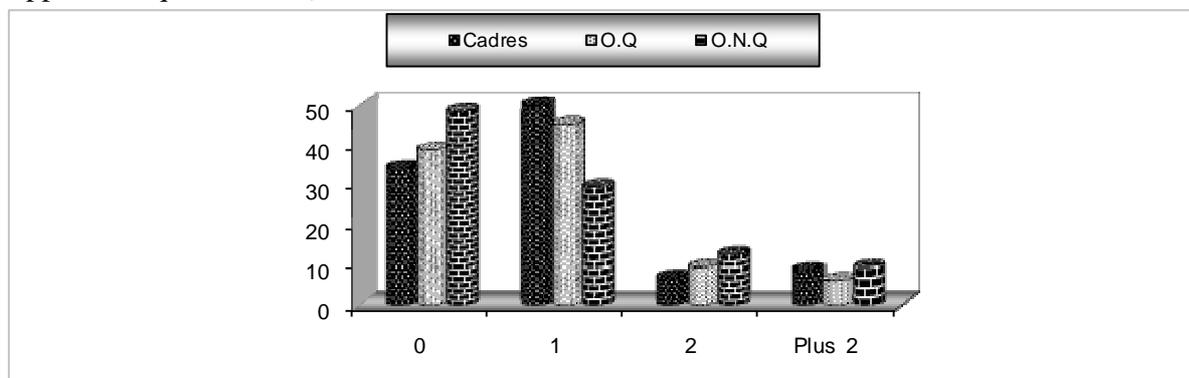
Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

Congé de maladie* : L'année qui précède la date de l'enquête.

La répartition graduelle de notre échantillonnage selon le congé de maladie qu'occupent les travailleurs est en fonction de la qualification, le tableau n° 9, montre qu'un taux très important des travailleurs estimé à 57,2% prennent un congé de maladie. Ce taux présente des pertes énormes pour l'économie de la commune de Béjaia et les entreprises du chef-lieu. Il est réparti comme suit :

- 38,4% représente l'ensemble des travailleurs qui ont pris une fois le congé de maladie durant l'année qui précède la date de l'enquête.
- 10,4% signifie l'ensemble des enquêtés qui ont pris deux fois le congé de maladie durant l'année qui précède la date de l'enquête.
- 8,4% démontre l'ensemble des travailleurs qui ont pris plus de deux fois un congé de maladie durant l'année qui précède la date de l'enquête.

Figure n° 9 : Répartition des enquêtés par qualification et selon le congé de maladie (en % par rapport à la qualification).



Source : graphique réalisé par nos soins à partir du tableau n° 9.

En ce qui concerne la répartition des enquêtes selon le congé de maladie en fonction de la qualification, la figure n° 9 indique ce qui suit :

- 48,43% des ouvriers non qualifiés (O.N.Q), n'ont pas pris de congé de maladie, et 39,06% des ouvriers qualifiés (O.Q) n'ont pas aussi pris un congé de maladie, et seulement 34,38% des cadres ont pris un congé de maladie.
- La fréquence des congés de maladie diffère selon le nombre de prise en charge de la maladie ou l'accident de travail, lorsque la fréquence égale à 1, nous remarquons un taux élevé pour toutes les catégories socioprofessionnelles, soit la moitié pour les cadres, 45,33% pour les ouvriers qualifiés et 29,68% pour les ouvriers non qualifiés. Ce qui explique qu'un nombre important des travailleurs ont au moins pris un congé de maladie pendant l'année qui précède la date de l'enquête. En ce qui concerne les autres fréquences, nous avons constaté des taux faibles par rapport à la première pratique.

Sachant qu'en moyenne, les cadres sont ceux qui prennent plus des congés de maladie. Les ouvriers non qualifiés et ouvriers qualifiés le prennent moins. Nous avons collecté quelques informations affirmant que certains cadres et ouvriers qualifiés dans notre commune s'absentent volontairement, et font des pièces justificatives auprès des médecins de la commune dans le but de justifier leurs absences. Les ouvriers non qualifiés sont ceux qui enregistrent le taux le plus élevé de fréquence des congés de maladie.

III-2 : Conditions du travail**III-2.1 : Environnement du travail**

D'un point de vue sanitaire, l'environnement du travail s'impose tout d'abord, par la réalité économique de ses conséquences. La multitude des risques professionnels et les congés de maladie dans la commune de Béjaia illustre des relations affermies.

Tableau N° 10 : Répartition des enquêtés selon l'environnement du travail et par secteur d'activité (en % par rapport au total des travailleurs enquêtés).

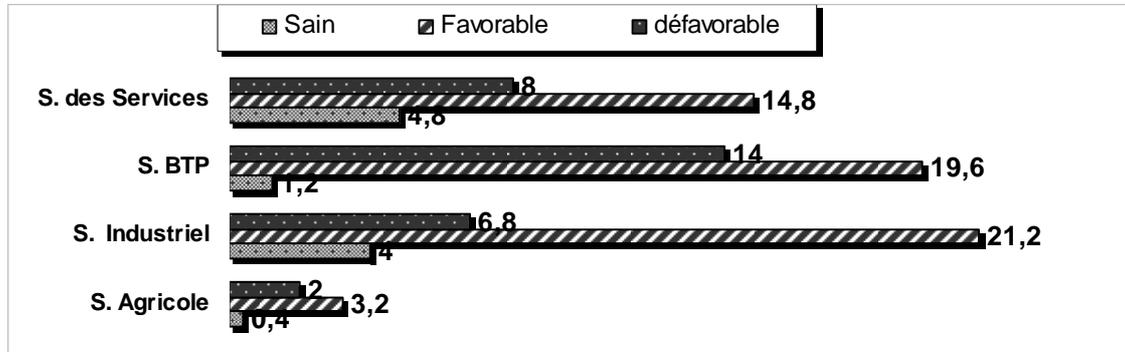
	Environnement du travail		
	Sain	Favorable	défavorable
S. Agricole	0,4	3,2	2
S. Industriel	4	21,2	6,8
S. BTP	1,2	19,6	14
S. des Services	4,8	14,8	8
Total	10,4	58,8	30,8

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009).

Concernant l'environnement du travail dans les entreprises de la commune de Béjaia, et selon les données de l'enquête, 10,4% des interrogés pensent que l'environnement où ils travaillent est sain et 58,8% affirment que leur environnement est favorable au travail, par contre, 30,8% affirment que leur milieu du travail est défavorable au travail.

De ce fait, nous constatons que plus la moitié des enquêtés, travaillent dans un milieu favorable et seulement 10,4% travaillent dans un milieu sain. Ce qui veut dire que certaines entreprises commencent à appliquer quelques normes internationales de santé, de sécurité et d'environnement, surtout dans le secteur industriel.

Figure n° 10 : Répartition des enquêtés selon l'environnement de travail où ils exercent (en % par rapport au total des travailleurs enquêtés).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir du tableau n° 10.

L'objectif recherché par l'analyse de l'environnement du travail vis-à-vis des secteurs d'activités économique est de comparer le degré différentiel entre ces derniers et leur impact sur la santé des travailleurs notamment les dangers qu'ils présentent.

Du point de vue sanitaire, le tableau 38 nous renseigne ce qui suit :

- 4,8% des enquêtés du secteur des services travaillent dans un milieu de travail sain, 0,4% des agriculteurs pensent ainsi. Cela peut être expliqué par le fait que les milieux de travail du secteur tertiaire sont le plus protégés contre les agents polluants de l'environnement du travail. Nous remarquons aussi que 4% des travailleurs interrogés du secteur de l'industrie travaillent dans un milieu sain, étant donné que l'économie algérienne est en transition vers l'ouverture à l'économie de marché, spécialement les entreprises de ce secteur commencent à introduire les normes internationales d'hygiène et de sécurité comme le cas de CEVITAL (ISO 22000).
- 14,7% des travailleurs des différents secteurs d'activité pensent que leur environnement est favorable au travail, soit un taux de 21,2% pour le secteur industriel qui représente la part la plus importante de tous les secteurs, contrairement à ce dernier, le secteur agricole représente la part la plus faible avec un taux de 3,2%.

- 14% des travailleurs du secteur B.T.P pensent que leur milieu de travail est défavorable. Généralement, ce secteur présente des dangers et des risques multiples, dans la commune de Béjaia. Les normes de sécurité et de prévention sont absentes par rapport aux autres secteurs économiques. Le secteur des services est au second rang avec un taux de 8%. Ce secteur est marqué par des conditions d'exposition à l'aire polluée et généralement à des situations plus poussiéreuses.

III-2.2 : Risques du travail

L'homme au travail est exposé à une multitude de risques professionnels, ils occasionnent des conséquences économiques et sanitaires sous forme d'une maladie, d'un accident ou d'un autre dommage qu'on ne peut pas malheureusement éviter.

Tableau N° 11 : Répartition des enquêtés par la qualification et selon les risques du travail (en % par rapport à la qualification)²²².

	Risques du travail				Autres risques du travail			
	Mécaniques	Physiques	Biologiques	Chimiques	Poussière	Agression	Psychologiques	Incendies
Cadres	24,13	48,27	20,68	25,86	6,89	1,72	20,68	0
O.Q*	28,12	62,5	18,75	23,43	7,81	0	15,62	1,56
O.N.Q*	50,78	77,34	19,53	32,81	9,37	3,9	5,46	1,56
Total	38,8	66,8	19,6	28,8	8,4	2,4	11,6	1,2

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

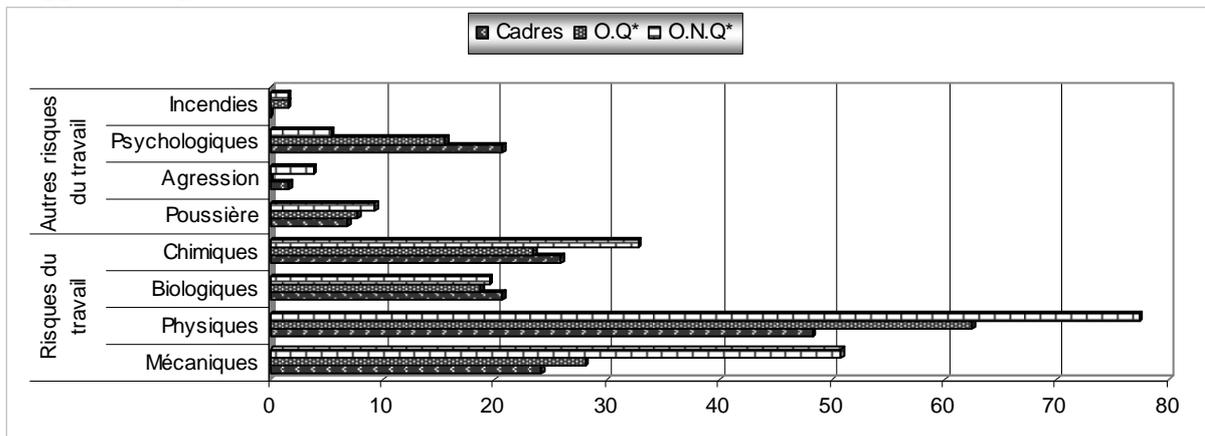
La répartition de notre échantillon selon les risques professionnels dans le tableau n° 11 montre qu'en moyenne 66,8% des interrogés pensent que l'essentiel de leurs risques sont de nature physique, 38,8% pensent qu'ils sont exposés à des risques mécaniques, 28,8% et 19,6% sont exposés à des risques respectivement chimiques et biologiques et seulement une minorité

²²² : Un seul travailleur peut avoir plusieurs risques à la fois. Chaque rapport est calculé par rapport à la catégorie socioprofessionnelle.

respective de 11,6% et 8,4%, pensent être exposés à des risques psychologiques et d’insalubrité avec de faibles taux pour les risques d’agression et incendie.

Nous constatons que les travailleurs de la commune de Béjaia sont exposés à un ensemble de risques dont les plus importants sont physiques et mécaniques. Ces facteurs sont peut être à l’origine de tous les accidents de travail et les maladies professionnelles dans notre commune. La figure n° 11 nous montre la répartition des risques professionnels selon les catégories socioprofessionnelles

Figure n° 11 : Répartition des enquêtés par la qualification et selon les risques du travail (en % par rapport à la qualification).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir du tableau n°11.

Concernant la répartition de notre échantillon selon les risques professionnels et en fonction des catégories socioprofessionnelles, la figure n° 11 nous montre que :

- 48,27% des cadres enquêtés affirment que la majorité des risques professionnels qu’ils les guettent sont à l’origine physique, 25,86% sont des risques chimiques et 24,13% sont mécaniques. Enfin, 20,68% sont des dangers psychologiques. Seulement 6,89% sont à l’origine de la « poussière » et 1,72% sont exposés à l’agression ;
- 62,5% des ouvriers qualifiés sont exposés à des risques mécaniques, tandis que 28,12% estiment que leurs risques sont de sources mécaniques. Concernant le danger des risques

psychologiques, les ouvriers qualifiés sont à la deuxième position après les cadres. Nous remarquons aussi des taux faibles concernant le risque poussière et l'agression ;

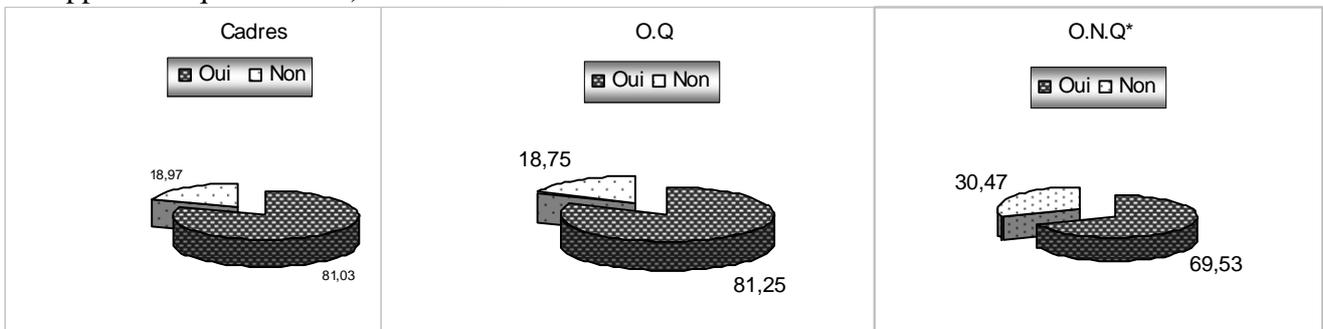
- Les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés aux différents risques avec un taux de 77,34% de risques physiques, et 50,78% sont des risques mécaniques. Seulement un taux de 5,46% ouvriers non qualifiés enquêtés estime qu'ils sont exposés à des risques psychologiques. Sachant que 9,37% sont exposés à des situations poussiéreuses.

Sachant que le risque physique est le plus fréquent dans les résultats de notre enquête. Les entreprises de la commune ne prennent en considération ces facteurs à la politique de prévention, nous constatons aussi que les cadres et les ouvriers qualifiés de la commune n'échappent pas à la règle de l'exposition, cependant, les ouvriers non qualifiés sont généralement les plus exposés aux risques physiques, chimiques, biologiques et mécaniques. Concernant les risques psychologiques, les cadres et ouvriers qualifiés sont les plus exposés à ces derniers par rapport aux ouvriers non qualifiés.

III-2.3 : Stress au travail

Le stress au travail est un phénomène particulier de la santé au travail, son étude est importante tant pour les entreprises économiques que pour les travailleurs. Il est à l'origine de certains accidents de travail et certaines maladies psychologiques, il est au cœur des problèmes psychosociaux. La figure n° 12 nous renseigne ce qui suit :

Figure n° 12 : Répartition des enquêtés par la qualification et selon le stress au travail (en % par rapport à la qualification).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

S'agissant d'une analyse du stress au travail et d'une comparaison entre les catégories socioprofessionnelles dans la commune de Béjaia, la figure n°12 nous renseigne sur la répartition des travailleurs stressés. Elle nous montre clairement que :

- 81,03% des cadres enquêtés et 81,25% des ouvriers qualifiés sont stressés au travail, cette situation peut être expliquée par leur exposition aux problèmes de santé psychologiques. Aussi, plusieurs facteurs sont à l'origine du stress.
- Les ouvriers non qualifiés semblent subir moins de stress au travail.

Tableau n° 12 : Répartition des " enquêtés "²²³ par la qualification et selon les causes du stress au travail (en nombre).

	Causes du stress				
	R.P*	C.P.T*	E.C*	N.T*	P.E.E*
Cadres	21	6	16	6	26
O.Q*	23	9	23	8	33
O.N.Q*	61	23	37	7	62
Total	105	38	76	21	121

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009).

R.P* : Relations professionnelles, **C.P.T*** : Changement de poste de travail, **E.C***: Exigences des clients, **N.T*** : Nouvelles technologies, **P.E.E*** : Pression exercée par l'employeur.

Après l'analyse de la figure n° 12, nous avons constaté que 75,2% de la population enquêtée est stressée, les cadres et les ouvriers qualifiés sont les plus touchés par ce drame. Le tableau n°12 nous explique les causes du stress dans la commune de Béjaia.

- 48,4% des travailleurs interrogés sont stressés à cause de la pression exercée par leurs employeurs.
- 42% des enquêtés sont stressés à cause des relations interprofessionnelles (conflits ou autres).
- 30,4% des interrogés sont stressés à cause des exigences qu'imposent les clients.
- 15,2% des travailleurs sont stressés par l'influence du changement de poste du travail.
- Un taux de 8,4% est stressé pour manque de maîtrise des nouvelles technologies.

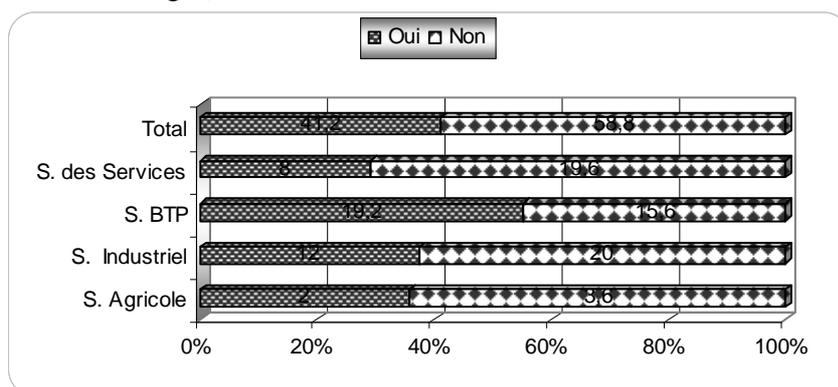
²²³ **Remarque :** Un seul travailleur peut avoir plusieurs causes à la fois.

Après l'analyse des résultats, nous avons constaté que les cadres et les ouvriers qualifiés sont les plus exposés aux risques psychosociaux tels que le stress. Les causes majeures de ce drame sont généralement la pression des employeurs et les conflits interprofessionnels

III-2.4 : Tabacs au travail

L'objectif est d'évaluer le degré de consommation des tabacs dans le milieu professionnel est de montrer dans un premier lieu la relation avec le travail et dans un deuxième lieu son impact sur la santé des travailleurs.

Figure n° 13 : Répartition des enquêtés selon la consommation des tabacs au travail (en % par rapport au total des interrogés).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

La figure n°13 nous montre que pour la totalité des travailleurs interrogés, 41,2% consomment les tabacs au travail. Sur le plan médical, la consommation de ce dernier peut engendrer des effets néfastes pour la santé des travailleurs et des coûts financiers pour les entreprises et l'organisme d'assurance sociale la commune de Béjaia.

En ce qui concerne la consommation des tabacs par secteur d'activité, les travailleurs du secteur B.T.P consomment plus de tabac à l'ordre d'un taux de 19,2%. Le secteur de l'industrie est au second rang avec un taux de 12% et les autres secteurs présentent des taux faibles par rapport aux deux premiers.

Tableau N° 13 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la consommation des tabacs avant et après l'embauche au travail(en % par rapport au total des interrogés).

	Moment de la consommation des tabacs	
	Avant l'embauche	Après l'embauche
S. Agricole	3,88	0,97
S. Industriel	22,33	6,97
S. BTP	32,03	14,56
S. des Services	16,5	2,91
Total	74,75	25,24

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009).

Comme nous l'avons constaté en théorie (cf. Chapitre II, P49), le travail est à l'origine de plusieurs problèmes de santé des salariés, en effet, plusieurs facteurs interviennent dans la dégradation de leur santé. Ce qui nous intéresse beaucoup plus est la consommation des tabacs après l'embauche. Le tableau ci-dessus nous montre que :

- 74,75% de consommateurs de tabacs ont commencé avant l'embauche au travail,
- 25,24% des interrogés ont consommé du tabac après l'embauche. Cette situation peut être expliquée par l'état de stress des travailleurs de la commune dans leur milieu professionnel, aussi les salariés pensent, que le tabac est une alternative pour évacuer le stress ;
- Le secteur B.T.P représente 14,56%.

Près de la moitié des travailleurs enquêtés de la commune de Béjaia consomment les tabacs dans le milieu professionnel. Sur le plan sanitaire, les tabacs sont des agents pathogènes qui peuvent influencés négativement sur l'état de santé des travailleurs de la commune. Sur le plan social, il devient un besoin de consommation ce qui engendre des frais supplémentaires et notamment sur le budget familial des travailleurs. Dans certaines entreprises, les travailleurs consacrent des moments pour sa consommation ce qui occasionne des temps perdus, voire des journées perdues lorsque on les additionne.

IV : Situation sanitaire des travailleurs et indicateur de santé au travail**IV-1 : Problèmes de santé au travail**

L'objectif recherché par l'analyse des problèmes de santé des personnes interrogées vis-à-vis de leur travail est d'évaluer la situation générale de leur l'état de santé et le degré de prise de conscience vis-à-vis des dangers et risques encourus sur les lieux de travail. Le tableau n°14 nous renseigne sur :

Tableau N° 14 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport au total des interrogés).

Réponses	Problèmes de santé au travail	
	Oui	Non
S. Agricole	3,6	2
S. Industriel	14,8	17,2
S. BTP	16,8	18
S. des Services	1,4	17,2
Total	45,6	54,4

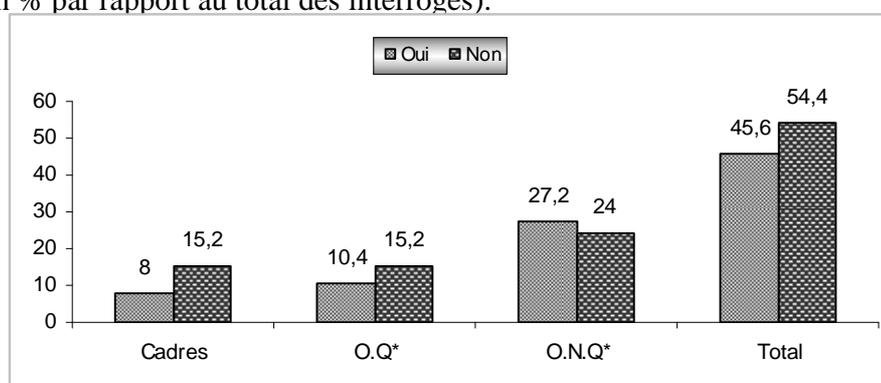
Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009).

Les résultats de la répartition de notre échantillon selon les problèmes de santé dans le milieu de travail, se présentent comme suite:

- 45,6% des enquêtée déclarent qu'ils ont des problèmes de santé dans le milieu professionnel.
- 54,4% pensent que le travail n'est pas dommageable pour la santé, car ce dernier est uniquement une source de bien-être et cela peut être expliqué par leur âge qui varie entre 20 ans et 40 ans et/ou par leur aptitude physique.
- 16,8% des interrogés du secteur B.T.P affirment un mauvais état de santé dans le travail qu'ils exercent et 14,8% dans le secteur industriel. Les autres secteurs montrent des taux faibles, soit 3,6% pour l'agriculture et 1,4% pour le tertiaire.

Environ la moitié des travailleurs interrogés pensent qu'ils encourent des problèmes de santé au travail. Cela nous permet de dire que le travail est source de bien-être et de nuisances, sachant qu'un homme malade est moins productif que celui en bonne santé. Les entreprises de la commune de Béjaia sont obligées de veiller sur la santé de leurs travailleurs pour qu'ils soient plus productifs. Les autorités concernées doivent veiller au respect de la réglementation au niveau surtout du secteur B.T.P et l'industrie.

Figure n° 14 : Répartition des enquêtés par qualification et selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport au total des interrogés).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Pour ce qui est du taux de répartition des enquêtés concernant les problèmes de santé au travail, la figure n° 14 indique que :

- 10,4% des ouvriers qualifiés affirment qu'ils ne sont pas en bon état de santé dans le travail, et que 15,2% pensent que leur travail ne provoque pas de problème de santé physique et mentale ;
- 8% des cadres de la totalité des enquêtés affirment des problèmes de santé dans leur milieu professionnel ;
- 27,2% des ouvriers non qualifiés disposent d'un mauvais état de santé.

La disparité de l'état de santé des travailleurs enquêtés en fonction de la qualification s'exprime par la fréquence élevée de l'exposition des ouvriers non qualifiés aux différents risques de maladies et des accidents de travail par rapport aux autres catégories socioprofessionnelles, nous constatons aussi que dans la commune de Béjaia, comme dans toutes les régions, plus le niveau

de qualification des travailleurs augmente, plus les problèmes de santé diminuent, d'autant que , les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés aux problèmes de santé au travail.

Tableau n° 15 : Répartition des enquêtés par âge et selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport aux tranches d'âges).

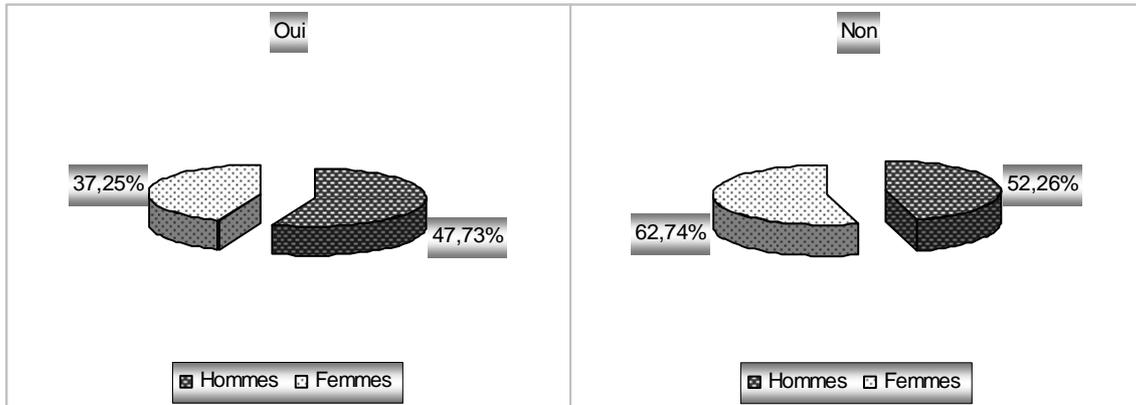
Réponse	Problèmes de santé au travail	
	Oui	Non
Moins de 20 ans	0	0,4
[20,30[	11,2	20,4
[30,40[	17,6	20,8
[40,50[	9,2	6
[50,60[	6,8	6
Plus de 60 ans	0,8	0,8
Total	45,6	54,4

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

En ce qui concerne la répartition des enquêtés selon les problèmes de santé au travail en fonction de l'âge, le tableau n° 15 montre qu'entre 40 et 50 ans, 9,2% des interrogés affirment avoir des problèmes de santé dans le milieu professionnel. La tranche d'âge [30,40[est à l'ordre de 17,6%. la tranche d'âge comprise entre 20 et 30 ans est au dernier rang par rapport aux autres tranches d'âge, elle représente 11,2% de l'ensemble des travailleurs enquêtés.

Nous constatons que la tranche d'âge comprise entre 30 et 40 ans est beaucoup plus touchée par les problèmes de santé au travail, cela elle peut être expliquée par le nombre important des travailleurs non qualifiés dans les différents secteurs et leur âge avancé.

Figure n° 15 : Répartition des enquêtés par sexe et selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport au sexe des interrogés).



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

S'agissant de la répartition de notre échantillon concernant la situation sanitaire et les problèmes de santé selon le sexe, nous avons recensé des avis différents, dans la figure n° 15, qui se présente comme suit :

- 47,73% des travailleurs du sexe masculin pensent que leurs problèmes de santé ont une relation directe avec leur travail, et 37,25% des enquêtés du sexe féminin pensent la même chose.

Il est clair que dans la commune de Béjaia, les hommes sont les plus touchés par des problèmes de santé au travail par rapport aux femmes, cette constatation peut être expliquée par les emplois pénibles et dangereux qui sont souvent occupés par les hommes et le niveau d'exposition des hommes aux différents agents pathogènes.

IV-2 : Risques d'accidents de travail et/ou de maladies professionnelles

Du point de vue sanitaire, les accidents de travail et les maladies professionnelles génèrent des dommages corporels et des troubles psychologiques au niveau des travailleurs, du point de vue économique et social, ils produisent des coûts financiers, sociaux tant au niveau des entreprises qu'au niveau de la CNAS. Le tableau ci-dessous nous montre les données suivantes :

Tableau N° 16 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon les risques AT/MP (en % par rapport au total des interrogés).

Réponse	Risques AT et/ou MP	
	Oui	Non
S. Agricole	85,71	14,28
S. Industriel	27,5	72,25
S. BTP	32,18	67,81
S. des Services	27,53	72,46
Total	32,4	67,6

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

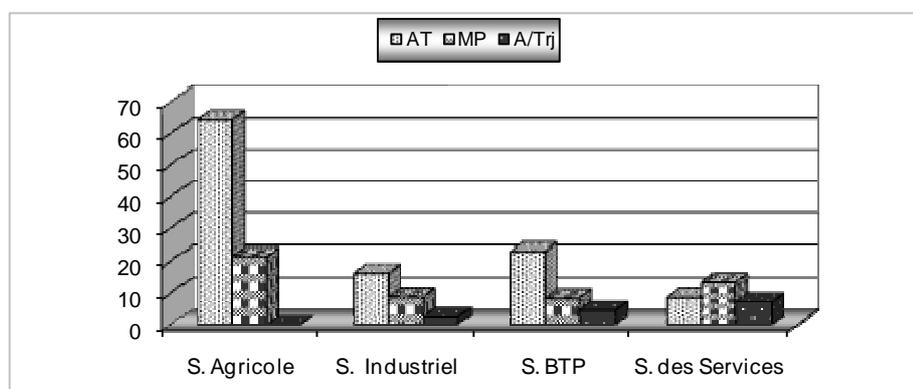
S'agissant de la répartition de nos enquêtés selon les risques des accidents et/ou des maladies professionnelles par rapport aux différents secteurs d'activité économiques, la lecture du tableau n° 16, nous permet de dire que 32,4% des interrogés affirment avoir contracté un AT et/ou MP.

D'après les données de l'enquête, le secteur agricole est le plus touché, il représente un taux de 85,71% par rapport à la totalité des travailleurs de l'agriculture. Le secteur B.T.P est en deuxième position en matière de risques professionnels, il enregistre un taux de 32,18%.

Contrairement aux données de la " CNAS "²²⁴ de la wilaya de Béjaia, les salariés travaillant dans le secteur du bâtiment et travaux publics (BTP) sont les plus exposés à ces accidents par rapport aux autres branches d'activités. Le secteur informel échappe aux calculs de la CNAS et sachant que beaucoup d'entreprises du secteur privé que compte la commune emploient des travailleurs sans aucune assurance sociale.

²²⁴ Idres B, Kaïd Tlilane N, Kandi N. : Evolution des dépenses relatives aux accidents de travail prises en charge par la CNAS de la wilaya de Béjaia, Actes du colloque CIES 02 : Santé et Sécurité au Travail, Développement et Mondialisation, Université de Bejaia, 06 et 07 juin 2009. P 226.

Figure n° 16 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la nature des risques AT et/ou MP (en % du total des interrogés).



Source : figure réalisée par nos soins à partir de notre enquête.

AT* : Accidents de travail, **MP*** : Maladies professionnelles, **AT*** : Accident de trajet.

Selon l'enquête que nous avons réalisée auprès des travailleurs de la commune, les accidents de travail proprement dits sont plus importants que les autres risques professionnels soit un taux de 19,2% par rapport aux autres risques, la répartition selon les secteurs d'activité nous permet de constater que le secteur agricole représente plus de risques, cependant, 64,28% des travailleurs agricole sont déjà victimes d'un accident de travail. Le secteur B.T.P représente aussi un taux important en nombre, soit 22,98% interrogés de ce secteur affirment la même chose. 16,25% enquêtés du secteur industriel attestent qu'ils ont eu un accident de travail, enfin, le secteur des services représente un taux faible qui avoisine un taux de 8,5%.

Concernant les maladies professionnelles, le secteur agricole présente aussi un taux le plus élevé qui est à l'ordre de 21,42%, à la seconde position, le secteur des services enregistre un nombre important de malades. Les deux autres secteurs avoisinent une portion évaluée au taux de 8,5%.

Les accidents de trajet présentent des taux faibles par rapport aux autres risques professionnels. Nous avons enregistré un pourcentage de 7,24 dans le secteur des services et un taux moins grave par rapport au premier, soit 4,59% dans le secteur B.T.P.

Nous constatons que les accidents de travail survenus sur les lieux de travail sont plus nombreux que ceux survenus sur les trajets. Cela peut être expliqué par la détérioration des conditions d'hygiène, de sécurité au travail et de protection de certains secteurs d'activité. Cependant, nous pouvons expliquer que la politique de la prévention contre les accidents et les maladies professionnelles reste insignifiante par le non-respect à la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail de certaines entreprises de la commune de Béjaia.

Tableau N° 17 : Répartition des enquêtés par qualification et selon les risques AT/MP (en % par rapport à la qualification socioprofessionnelle).

Réponse	Risque AT et/ou MP		Nature du risque		
	Oui	Non	AT*	MP*	A/Trj*
Cadres	18,96	81,03	1,72	15,51	1,72
O.Q*	28,12	71,87	15,62	7,81	3,12
O.N.Q*	40,62	59,37	28,9	10,15	6,25
Total	32,4	67,6	19,2	10,8	4,4

AT* : Accidents de travail, MP* : Maladies professionnelles, A/Trj* : Accidents de trajet.

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

La lecture du tableau n° 17 nous permet d'analyser que : les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés aux risques AT et/ou MP dans la commune de Béjaia. En effet, 40,62% de ces derniers déclarent qu'ils ont été victimes d'un AT et/ou MP, 28,12% des ouvriers qualifiés affirment la même chose, tandis que seulement 18,96% des cadres l'affirment aussi. Nous pouvons constater que dans la commune de Béjaia que plus le niveau de qualification augmente, moins le nombre de risques professionnels remarqués.

En ce qui concerne la nature des risques professionnels, le nombre d'accidents de travail survenus dans les lieux de travail tend à augmenter au niveau des ouvriers non qualifiés qui est à l'ordre de 40,62%, par contre les maladies professionnelles, nous remarquons que les cadres sont les plus exposés à ce drame avec un taux de 15,51%. Les accidents survenus sur les trajets sont

moins fréquents par rapport aux autres risques, les ouvriers non qualifiés sont en premier ordre avec un pourcentage de 6,26, par contre les autres niveaux de qualification sont moins fréquents.

On peut dire que dans la commune de Béjaia, les accidents de travail et les accidents de trajets sont plus fréquents au niveau de la catégorie "ouvriers non qualifiés" tandis que les cadres et les ouvriers qualifiés sont plus exposés aux maladies liées à la profession. Il est peut être expliqué par la relation avec le niveau d'instruction, plus le niveau d'instruction augmente, plus le niveau de culture de prévention acquise augmente, ce qui résulte moins d'accidents de travail.

Tableau N°18 : Répartition des enquêtés selon les risques AT/MP (en % / à l'âge de la victime).

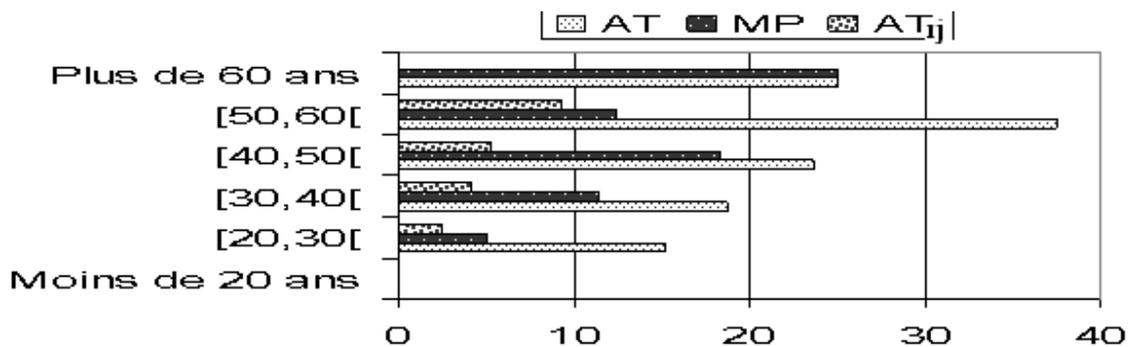
Réponse	Risque AT et/ou MP	
	Oui	Non
Moins de 20 ans	0	100
[20,30[	22,78	77,21
[30,40[	30,2	69,79
[40,50[	44,73	55,26
[50,60[	46,87%	53,12
Plus de 60 ans	50	20
Total	32,4	67,6

Source : Enquête personnelle (14 Avril 2009 au 15 Mai 2009)

S'agissant de la répartition de nos enquêtés selon les risques AT et/ou MP par rapport aux différentes tranches d'âges, la lecture du tableau n° 18, nous permet de dire que la tranche d'âge (plus de 60 ans) est la plus exposée aux risques professionnels avec un taux de 50%, nous remarquons que plus l'âge des enquêtés augmente, plus les risques professionnels sont plus fréquents. Nous pouvons affirmer alors que dans la commune de Béjaia, il existe une corrélation entre la variable de l'âge (expérience dans le travail) et le nombre d'accidents enregistrés, cependant, plus l'âge des travailleurs avance, plus la probabilité de survenance des risques

professionnels augmentent. La figure ci-dessous nous montre la nature des risques AT et/ou MP selon l'âge de la victime.

Figure n° 17 : Répartition des enquêtés par âge et selon la nature des risques AT et/ou MP (en % par rapport à l'âge de la victime).

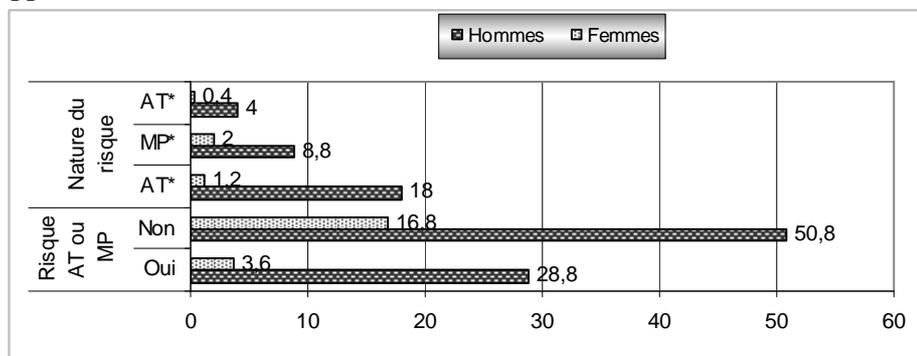


AT* : Accidents de travail, MP* Maladies professionnelles, AT* : Accident de trajet.

Source : figure réalisée par nos soins à partir de notre enquête.

La figure n° 17 nous renseigne que la tranche d'âge [50,60[a enregistré un plus haut nombre d'accidents de travail proprement dit, soit 37,5% de cette tranche d'âge, par contre, la rubrique d'âge « moins de 20 ans » est nulle en terme d'accident de travail. Les maladies professionnelles occupent un taux le plus important parmi les plus âgés « plus de 60 ans » soit à l'ordre de 25%. 9,37% des travailleurs enquêtés de la tranche d'âge [50,60[sont victimes d'accident de trajet. Nous pouvons dire que les risques professionnels (AT, MP, AT) occupent les tranches d'âges avancées. L'âge est une variable déterminante de la survenance des risques AT et/ou MP dans la commune de Béjaia.

Figure n° 18 : Répartition des enquêtés par sexe et selon la nature des risques AT et/ou MP (en % par rapport au sexe de la victime).



Source : figure réalisée par nos soins à partir de notre enquête.

AT* : Accidents de travail, MP* Maladies professionnelles, AT* : Accident de trajet.

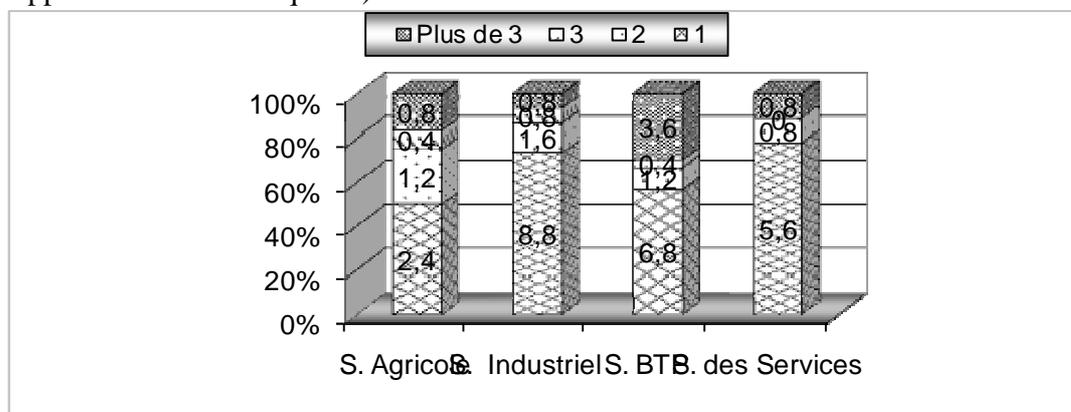
S’agissant de la répartition des enquêtés selon les risques AT et/ou MP par rapport au sexe de la victime, la transcription de la figure n° 18 nous permet de dire que les accidents du travail touchent fréquemment les hommes que les femmes soit : 28,8% H contre 3,6% F du total des travailleurs. Un constat qui s’explique en grande partie par la nature des métiers exercés : les hommes sont en effet majoritaire dans la catégorie des ouvriers non qualifiés, soit 30,4 % de ces derniers ont été victimes d’un AT et/ou MP dans les douze mois précédant de l’enquête, alors que les femmes prédominent parmi les employés administratifs (10,4 % du total des travailleurs enquêtés). Concernant la nature des risques. Les accidents de trajets chez les femmes tendent à un taux nul, comparativement à celui des hommes qui avoisine les 4%.

Nous pouvons affirmer que dans la commune de Béjaia, les hommes sont couramment exposés aux risques professionnels que les femmes. Cette situation est le résultat de la nature des travaux et emplois occupés par les hommes qui sont généralement plus risqués et plus dangereux que ceux occupés par les femmes.

IV-3 : Fréquences des accidents de travail

Nous étudierons le nombre de fois qu’un travailleur interrogé victimes d’un /ou plusieurs d’accident de travail pendant sa carrière. Le tableau ci-après montre que :

Figure n° 19 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la fréquence des AT (en % par rapport au total des enquêtés)



Source : figure réalisée par nos soins à partir de notre enquête.

Il s'agit d'une répartition des enquêtés selon la fréquence des accidents de travail seulement pendant la carrière du personnel enquêtés, la figure n° 19 nous renseigne nettement que :

- Pour la fréquence égale à 1 : (un accident pendant la carrière), le secteur industriel enregistre un taux de 8,8% par rapport aux autres secteurs d'activité, en deuxième position, le secteur B.T.P est touché avec un pourcentage de 6,8 du total des travailleurs enquêtés. Le secteur agricole correspond au taux le plus faible de cette fréquence.
- Pour la fréquence égale à 2 : (deux accidents pendant la carrière), le secteur industriel enregistre un taux le plus élevé, il est à l'ordre de 1,6% du total des enquêtés. Les deux secteurs, agricole et B.T.P ont une même fréquence soit 1,2% de la totalité des travailleurs interrogés. Le secteur des services le moins fréquent.
- Pour la fréquence égale à 3 : (trois accidents pendant la carrière), on remarque que toujours le secteur industriel est le plus fréquent, il représente 0,8% du total des travailleurs enquêtés. Le secteur agricole et celui des services ont connu un même résultat de 1,2%. Le secteur des services n'enregistre aucune fréquence.
- Pour la fréquence plus de 3 : (plus de trois accidents pendant la carrière), le secteur B.T.P est en tête de classement, il représente près de 3,5% de la totalité des interrogés, tandis que les autres secteurs, ils sont chacun à l'ordre de 0,8% du total des travailleurs.

Dans la commune de Béjaïa, la fréquence des accidents de travail durant la carrière est plus importante dans les deux secteurs : B.T.P et industriel avec une moyenne de 3% pour l'ensemble des fréquences. Suivante, le secteur des services est en moyenne de 1,8%, enfin le secteur agricole connaît une faible fréquence moyenne, elle est évaluée au taux de 1,2%.

IV-4 : Visites médicales

La médecine du travail joue un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé des travailleurs, sa fonction est essentiellement préventive et curative, participant à la prise en charge des soins de santé de base. Le tableau n° 19 nous permet de montrer l'exercice de la médecine du travail en matière de SST vis-à-vis des travailleurs de la commune de Béjaïa.

Tableau N° 19 : Répartition des enquêtés par qualification et selon les visites médicales (en % par rapport à la qualification).

Réponse	Visites médicales		Nature de la visite		
	Oui	Non	L.E*	C.P*	R.T*
Cadres	65,51	34,48	53,44	10,34	13,79
O.Q*	59,37	40,62	43,75	3,12	23,43
O.N.Q*	63,56	35,93	39,06	5,46	25,78
Total	63,2	36,8	43,6	6	22,4

L.E* : Lors de l'embauche, C.P* : Changement de poste, R.T* : Reprise du travail.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Dans l'ensemble, 63,2% des travailleurs interrogés ont visité les services de médecine du travail et/ou d'autres établissements sanitaires. Les cadres sont les plus fréquents à visiter ces derniers, soit 65,51% du total des cadres. D'après les résultats obtenus de l'enquête, seulement 59,37% du total des ouvriers qualifiés ont visité les établissements de santé, on enregistre 63,56% de la totalité des ouvriers non qualifiés font des visites médicales. En ce qui concerne leur nature, les visites médicales des interrogés lors de l'embauche au travail sont d'un taux le plus élevé avec 43,6%. Soit 53,44% de cadres, 43,75% d'ouvriers qualifiés et seulement 39,06% d'ouvriers non

qualifiés. En ce qui concerne les visites médicales lors de la reprise du travail (reprise en cas d'un AT, reprise du congé annuel et/ou des visites régulières : chaque 6 mois ou par ans), 22,4% des travailleurs enquêtés ont fait recours à la visite médicalisée lors de ces derniers. Soit environ 25,78% d'ouvriers non qualifiés. Cette situation est peut-être expliquée par la fréquence des accidents remarquée chez ces derniers. Enfin, les visites médicales lors d'un changement de poste de travail sont nécessaires à la description que présente le nouveau poste de travail occupé, seulement 6% des enquêtés ont opté pour cette visite et essentiellement pour les cadres (10,34% du total des cadres).

Nous constatons que les services de santé dans les entreprises de la commune, n'ont pas fait peut être leurs obligations envers les travailleurs, ou par le manque matériel et humain dont ils ont nécessairement à la prise en charge préventive et curative de la santé des travailleurs de la commune de Béjaia.

IV-5 : Coûts moyens d'un accident de travail

Les accidents de travail occasionnent des coûts financiers et sociaux, le tableau ci-dessus nous renseigne sur le coût moyen qu'engendre un accident de travail des interrogés victimes.

Tableau N° 20 : Coût moyen d'accident de travail par secteur d'activité (en % par rapport à au secteur d'activité).

	Moyenne des coûts d'un AT		
	moins de 2000 DA	[2000,5000]	plus de 5000 DA
S. Agricole	28,57	21,42	28,57
S. Industriel	8,75	21,25	10
S. BTP	10,34	13,79	17,24
S. des Services	13,04	8,69	21,73
Total	11,6	15,2	16,8

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Pour l'ensemble des interrogés victimes d'accident de travail, 11,6% d'entre eux dépensent en moyenne moins de 2000 DA, tandis que 15,2% des travailleurs enquêtés victimes d'accidents de travail paient entre 2000 et 5000 DA. Par contre, 16,8% des interrogés ont dépensé plus de 5000 DA. Cette disparité des coûts moyens par accident est peut être expliquée par le nombre d'accidents graves qu'engendrent des dommages qui nécessitent plus de soins.

Concernant les dépenses moyennes par secteur d'activité, le secteur agricole enregistre le taux le plus importants, soit 28,57% des travailleurs agricoles paient moins de 2000 DA. 21,42% des agriculteurs enquêtés pensent qu'ils dépensent entre 2000 et 5000 DA. Pour les autres, le secteur industriel présente le taux le plus élevé dans la rubrique [2000,5000], soit 21,25% des travailleurs industriels. En ce qui concerne le secteur B.T.P, les travailleurs victimes d'accidents de travail de ce secteur dépensent beaucoup plus de 5000 DA. Ce qui explique que ce secteur incombe des accidents graves. La même chose avec le secteur des services sauf que ce secteur enregistre un taux de 21,73% par rapport au total des interrogés de ce secteur.

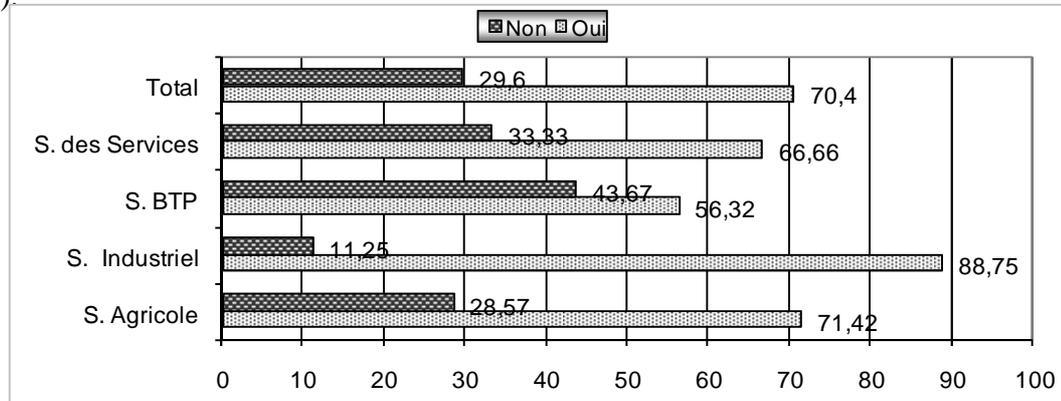
On peut constater que un nombre important de travailleurs interrogés dépensent plus de 5000 DA. Ce qui explique peut être la fréquence des accidents et les situations les plus dramatiques.

V- : Mesures sécuritaires et préventives des entreprises

V-1 : mesures de protection dans les entreprises

La prévention des risques professionnels est nécessaire dans le but de réduire des risques ou même les éradiquer à la source, pour se faire, les entreprises doivent mise en place un dispositif technique individuel et collectif de prévention lui permettant de réduire les accidents de travail et les maladies professionnelles pour assurer une meilleure protection de la santé des travailleurs. La figure n°20 montre les mesures de protection affirmée par les interrogés.

Figure n° 20 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la les mesures de protection dans les entreprises de la commune de Béjaia (en % par rapport aux secteurs d'activité).



Source : Figure réalisée par nos soins à partir de notre enquête.

S'agissant de la répartition des enquêtés selon les moyens de protection individuelle et collective misent en œuvres par les entreprises de la commune de Béjaia.

- 70,4% des interrogés pensent que leurs entreprises utilisent des moyens de protection individuelle et collective. Concernant la répartition selon les secteurs d'activité, les travailleurs du secteur industriel pensent que leur emploi est protégé par les moyens de protection. Contrairement aux travailleurs enquêtés du secteur B.T.P, seulement 56,32% pensent ainsi.

Cette situation montre que dans notre commune, les entreprises du secteur industriel tendent à appliquer considérablement les normes de SST, et ce, dans le but de protéger ses travailleurs. Par contre, les entreprises des autres secteurs comme le B.T.P enregistrent une carence évaluée au taux de 43,67% du personnel enquêtés non protégés.

V-2 : Équipements de protection individuelle et collective

La politique de prévention des risques professionnels est impérative dans le but de réduire les coûts et dépenses en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles, l'entreprise mit à la disposition des travailleurs des moyens de protection humains et matériels. Le tableau n° 21 montre que :

Tableau N° 21 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon les mesures de protection individuelles et collectives (en % par rapport aux secteurs d'activité).

	Équipements de protection individuelle et collective						
	V.T*	Lu*	Ex*	C.S*	M.F*	Ca*	Ga*
S. Agricole	64,28	28,57	28,57	42,85	28,57	28,57	57,14
S. Industriel	72,5	33,75	82,5	55	35	46,25	53,75
S. BTP	4,22	11,49	26,43	35,63	8,04	26,43	16,09
S. des Services	34,78	11,59	53,62	15,94	1,44	11,59	20,28
Total	50,4	19,6	52	36,8	16	28,8	31,6

V.T* : Vêtements de travail, Lu* : Lunettes, Ex* : Extincteurs, C.S* : Chaussures de sécurité, M.F* : Masques filtrants, Ca* : Casques, Ga* : Gants.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Nous allons présenter la répartition des interrogés selon les moyens matériels les plus importants mis à la disposition des travailleurs de la commune de Béjaia. Le tableau ci-dessus nous montre ainsi.

- 50,4% des travailleurs enquêtés utilisent des vêtements de travail dans le milieu professionnel répartis principalement sur les secteurs notamment : agricole, tertiaire, et industriel, ce qui fait que ces secteurs présentent des taux plus importants, soit 64,28% des agriculteurs interrogés utilisent ces vêtements, tandis que, seulement 4,22% des enquêtés du secteur B.T.P utilisent ces moyens de protection. Ce qui explique peut être la fréquence des accidents de travail dans ce dernier.
- Les lunettes sont omniprésentes dans tous les secteurs avec un pourcentage de 19,6% du total des travailleurs.
- Les extincteurs sont des moyens de protection collective contre les risques des incendies. Ils sont beaucoup plus présents dans le secteur industriel et celui des services, soient respectivement 82,5 et 53,52%.
- Les chaussures de sécurité sont des moyens de protection individuelle, elles sont utilisées plus dans le secteur industriel avec un taux de 55%. Les interrogés du secteur B.T.P présentent un taux faible, ce qui engendre des accidents de travail dans ce secteur.

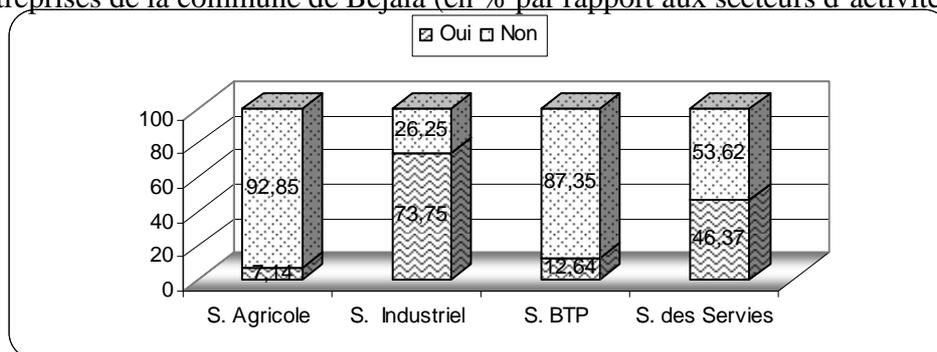
- Les masques filtrants sont utilisés de l'ordre de 16% au niveau du secteur du B.T.P, par contre l'utilisation de ce moyen de protection dans le secteur agricole est évaluée au taux de 28,57%. Quant aux ports-casques, de sécurité, le taux est estimé à 28,8% sur l'ensemble des travailleurs enquêtés. En outre, le taux le plus élevé est remarqué dans le secteur industriel soit une valeur de 46,25%.
- Les gants sont utilisés généralement contre les brûlures des agents chimiques, 31,6% du total des interrogés utilisent ce moyen, soit 57,14% seulement des travailleurs agricoles.

Nous remarquons un manque de moyens de protection individuelle et collective utilisés par les entreprises de la commune de Béjaia, il est difficile d'évaluer exactement les ressources matérielles engagées par les entreprises, cependant, chaque secteur emploie ses propres moyens.

V-3 : Comité d'hygiène et de sécurité

Le C.H.S est obligatoire pour tout employeur (cf. : chapitre n° II, P 81), il s'occupe de l'application de la réglementation sur l'hygiène, de sécurité et de salubrité dans les milieux de travail, l'amélioration des conditions du travail. Le tableau n°21 montre clairement que :

Figure n° 21 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la disposition de C.H.S* dans les entreprises de la commune de Béjaia (en % par rapport aux secteurs d'activité).



Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

C.H.S* : Comité d'hygiène et de sécurité.

Dans notre enquête, 41,2% des travailleurs affirment que leurs entreprises possèdent un C.H.S, ils sont répartis en secteurs d'activité comme suit :

- Les entreprises du secteur industriel possèdent couramment un taux le plus élevé que les autres secteurs d'activité économique, celui-ci représente 73,75% du total des travailleurs de ce secteur. A la deuxième position, le secteur des services enregistre un taux de 46,37% des interrogés de ce secteur. Les deux secteurs : B.T.P et celui de l'agriculture représentent des taux faibles, soit 7,14% des agriculteurs interrogés et 2,64% du B.T.P.

Cette différence peut être expliquée par : en premier lieu, le secteur industriel et celui des services respectent régulièrement la réglementation en matière de SST.

V-4 : Signalisation des risques professionnels

La signalisation des risques professionnels est une action préventive que chaque entreprise est tenue obligatoire, d'utiliser des panneaux signalétiques dans le but de réduire les risques professionnels. Le tableau ci-dessous l'explique selon les secteurs d'activité.

Tableau n° 22 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la signalisation des risques professionnels (en % par rapport aux secteurs d'activité).

Réponse	Signalisation des risques professionnels	
	Oui	Non
S. Agricole	21,42	78,57
S. Industriel	72,5	27,5
S. BTP	22,98	77,01
S. des Services	49,27	50,72
Total	46	54

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

S'agissant de la répartition des enquêtés selon la signalisation mise en œuvres par les entreprises de la commune de Béjaia qui guide les travailleurs d'éviter les risques. La figure n° 22 montre que : 46% des interrogés pensent que leurs entreprises utilisent des signaux de prévention, ces signaux permettent aux travailleurs de prendre connaissance des dangers qu'ils les guettent en permanence, ce qui explique peut être que plusieurs accidents de travail et maladies professionnelles sont à l'origine du manque de ces derniers.

Concernant la répartition selon les secteurs d'activité, les travailleurs du secteur industriel pensent que leurs entreprises signalent les dangers présents dans le milieu professionnel. Contrairement aux travailleurs enquêtés du secteur B.T.P et agricole, seulement 21,42% du secteur agricole et 22,98% du B.T.P préviennent les risques professionnels présentés dans leurs emplois.

Les entreprises de la commune de Béjaia engagent peu de moyens de prévention, ce qui explique le taux important des risques AT et/ou MP dans la commune soit 32,4% du total des travailleurs.

Conclusion

L'analyse des résultats de l'enquête que nous avons réalisée a permis d'identifier chez les interrogés de la commune de Béjaia, une prise de conscience effective des problèmes de santé au travail et une réelle volonté de participer à la prévention même si les entreprises de la commune manquent de moyens nécessaires et ne respectent pas autant les normes de SST et le respect de la réglementation mis en œuvre par les autorités concernées. Aussi, nous avons noté que :

- Dans tous les secteurs d'activité économique, les risques professionnels sont présents à des pourcentages élevés. Nous constatons que près de la moitié des travailleurs enquêtés affirment des problèmes de santé au travail et ils manquent d'une culture de prévention puisque seulement 17,6% des enquêtés connaissent la législation en matière de SST.
- Sauf pour de certains secteurs, la qualification des travailleurs n'échappe pas à la règle de l'exposition aux risques professionnels. Puisque 18,96% des cadres et 28,12% des ouvriers qualifiés ont été victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnels. Par contre, 40,62% des ouvriers non qualifiés qui confrontés à plusieurs risques professionnels ne disposent ni de moyens de protection, ni d'information à ce sujet.
- Les visites médicales aux services de santé de l'entreprise (médecine de travail) sont un indicateur pertinent de santé au travail, selon l'enquête, il est faible puisque 36,8% n'ont jamais visité ces établissements durant leur carrière ou n'ont pas accès à la médecine du travail.
- Les résultats de l'enquête montre que : 16,8% des interrogés sont victimes d'un accident de travail et ils dépensent plus de 5000 DA en moyenne par accident.
- Un pourcentage de 29,6 des enquêtés ne bénéficie d'aucunes mesure de protection et 58,8% des entreprises ne possèdent aucun comité d'hygiène et de sécurité et de salubrité dans les lieux de travail. En réalité, l'absence de moyens de prévention et de protection individuelle et collective entraîne chacun des nous à ressentir une part de responsabilité

dans la prévention des risques dans laquelle ils participent eux-mêmes à une culture de prévention en fonction de l'initiative proprement dite : volontaire dans le but d'élimination de ses risques à la source.

- les entreprises de la commune de Béjaia perdent des journées de travail, en effet d'après les résultats de l'enquête, la rentabilité des travailleurs de la commune est peut être diminuée à cause des accidents de travail et des maladies professionnelles (32,4% accidentés interrogés et 45,6% des enquêtés ont des problèmes de santé au travail).

Nous pouvons citer quelques insuffisances au niveau :

- Des ressources financières allouées à la prévention des risques professionnels de la part des entreprises de la commune.
- Des moyens matériels et humains affectés à la médecine du travail dans les entreprises de la commune et la négligence de la réglementation et les mesures préventives de prise en charge par les autorités concernées ;
- Le non-recours des entreprises et des travailleurs à une culture de prévention (formation professionnelle, programmes de prévention, sensibilisation des travailleurs, etc.).

La totalité des travailleurs enquêtés se plaignent des conditions de travail des entreprises de la commune. Parmi les raisons qui entravent la réduction du nombre et des coûts d'accidents de travail et des maladies professionnelles dans la commune de Béjaia,

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

En Algérie, comme dans tous les pays du monde, les accidents de travail et les maladies professionnelles constituent une masse financière phénoménale et un grave problème des organismes de sécurité sociale, des travailleurs et leurs proches. L'Algérie enregistre, depuis plusieurs années, une augmentation du nombre et des dépenses en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles, améliorée par l'ouverture de l'Algérie à l'économie de marché, en l'occurrence le changement du monde du travail d'une part, et l'augmentation de l'offre d'emploi d'autre part. Dans le but de remédier à ce phénomène, plusieurs mesures ont été envisagées et mises en œuvre.

Dans notre recherche, nous avons essayé d'étudier et déterminer l'ampleur des problèmes de santé au travail et les résultats obtenus à partir de la mise en place des différentes mesures prises dans le cadre de l'évaluation de la situation sanitaire des travailleurs dans les entreprises.

Notre enquête a permis de recueillir de nouvelles données. Les résultats de recherche obtenus sont indicatifs sur les problèmes de santé des travailleurs dans les entreprises de la commune de Béjaia, sa charge dans les dépenses de la CNAS, des entreprises et des travailleurs ainsi que sur l'implication des différents participants dans le circuit des dépenses en matière d'accidents de travail et de maladie professionnelle dans l'application des mesures de limitation de ce phénomène. Ainsi, nous avons pu formuler quelques conclusions :

La situation sanitaire des travailleurs dans les entreprises de la commune est la suite logique d'un coté des différentes politiques économiques et réglementaires menées depuis l'indépendance, de l'autre coté en essayant de s'adapter progressivement au changement du marché du travail et en subissant les diverses difficultés de la gestion des dépenses de santé au travail et d'entretenir un degré de bien-être dans les entreprises.

Toutefois, malgré les efforts importants accordés dans ce cadre et la volonté des entreprises, des pouvoirs publics et les organismes concernés de limiter l'accroissement des coûts des accidents de travail et maladies professionnelles, par conséquent les risques professionnels n'ont pas pu être diminués de manière satisfaisante. Dans ces conditions, le nombre d'accidents et maladies

professionnelles n'est diminué que par le recours à une politique de prévention de la part des entreprises et une culture de prévention des travailleurs.

Les entreprises de la commune de Béjaia semblent, depuis plusieurs années, subir une dégradation des conditions de travail. De même, les tentatives de maîtrise des dépenses financières des accidents de travail et des maladies professionnelles engendrées par les mauvaises conditions de travail et le manque de moyens matériels et humains et aussi le manque flagrant d'application de normes internationales en matière de SST n'ont pas donné les résultats escomptés. En effet, la situation sanitaire des travailleurs continue à marquer des dégradations et le recours à la politique de prévention reste relativement faible puisque près de 30% des travailleurs interrogés dans la commune de Béjaia, ne bénéficient d'aucunes mesures de protection professionnelle.

Dans ce contexte, les accidents de travail et les maladies professionnelles enregistrent des parts de plus en plus grandissantes dans les dépenses de la CNAS, et seulement pour l'année 2006, plus de 10 milliards de dinars dans tout le territoire national. De même, la santé au travail occupe une place importante dans les dépenses de la sécurité sociale absorbant plus de 435 milliers de DA dans la wilaya de Béjaia en termes d'accidents de travail et de maladies professionnelles. De leurs côtés, les travailleurs subissent des dommages corporels et psychologiques qui se voient contraints de contribuer aux mieux à la production et à la productivité des entreprises, en vue de présenter leur emploi en terme de subvenir par conséquent aux besoins vitaux et matériels de leurs familles.

Cette situation s'explique par l'absence d'un cadre réglementaire adapté, l'insuffisance de mesures prises dans le cadre de l'encouragement et de la promotion d'une culture de prévention avec manque et/ou l'insuffisance d'un engagement de la part des entreprises relatif à la protection, la sécurité et la santé des travailleurs.

La relation santé/travail interprète les axes importants de l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail. Les mesures à entamer se rapportent sur l'organisation de la gestion des conditions de travail, la prévention des risques professionnels et l'amélioration, la préservation

d'un milieu de travail sain et salubre dans le souci majeur de s'intéresser beaucoup plus aux problèmes psychologiques des travailleurs.

Les résultats de l'enquête menée au niveau de la commune de Béjaia indiquent que le manque de moyens de protection et de prévention mis en œuvre par les entreprises envers les travailleurs avec l'absence de culture de prévention et de sensibilisation sur les risques professionnels et par conséquent la méconnaissance des travailleurs de la gravité des dangers auxquels sont exposés demeure le facteur primordial qui augmente le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles dans les lieux de travail. Dans ce contexte, la situation sanitaire des travailleurs ne semble pas tout à fait satisfaisante de la part de tous les travailleurs, plus de 45% des enquêtés ont des problèmes de santé au travail et plus de 32% des enquêtés ayant déjà un accident de travail et/ou maladie professionnelle.

Cette situation s'est lourdement appesantie par la fréquence des accidents dans certains secteurs d'activité, elle est plus fréquente dans le secteur B.T.P quand le nombre est supérieur à trois accidents durant la carrière. Néanmoins, elle est forte dans le secteur industriel lorsque la fréquence est inférieure à trois accidents durant la carrière.

Pour que la situation sanitaire des travailleurs soit satisfaisante, il est nécessaire de mettre en place quelques actions, à savoir :

- Instaurer une culture de prévention chez les travailleurs à travers les formations continues et les sensibilisations sur les risques professionnels pour réduire la fréquence des accidents de travail et des maladies professionnelles ;
- Protéger la santé des travailleurs en améliorant la qualité des ressources humaines et matérielles du travail ainsi qu'en consolidant le travail des organismes de prévention des risques professionnels et de la médecine du travail en particulier.

Néanmoins, avec l'amélioration de la situation sanitaire des travailleurs et la préservation de leur santé au travail, cela peut grandement contribuer à la réduction du phénomène de l'accroissement

de lourds fardeaux en matière de dépenses sur la santé au travail supportées négativement par les budgets de l'entreprise, d'augmenter en contre partie de ce fait la productivité de l'entreprise, et de fournir par conséquent de bonnes conditions de travail aux personnels. Aussi d'autres espaces de réflexions peuvent être envisagés.

- Introduire plus de connaissances relatives à la santé au travail dans les filières d'économie de santé et d'orienter la recherche dans ce domaine ;

- Actualiser et mettre en cohérence le dispositif légal et réglementaire de surveillance régulière et d'inspection des lieux de travail avec les perspectives de changement du monde du travail ;

- Organiser des congrès, des journées d'étude, des séminaires de formation continue et des réunions de consensus entre les différents acteurs de la prévention des risques professionnels afin de les impliquer dans les bonnes prescriptions.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1) - Ouvrages

- ❖ Albasini F, Anselme B. : Les risques professionnels, Édition NATHAN, France, 1998.
- ❖ Belloula T. : La réparation des accidents du travail et les maladies professionnelles, Collection droit pratique, Alger, 1993.
- ❖ Béjean S., coordonné par Claude Saily J, Lebrun T. : Dix ans d'avancées en économie de la santé : Actes des XIX^{es} Journées des économistes de la santé Française, Paris, 1997.
- ❖ Béjean S. : Economie du système de santé : Du marché à l'organisation, Collection : Approfondissement de la connaissance économique, Edition Economica, Paris, 1994.
- ❖ Berthet M, Gautier A-M. : "Agir sur" l'exposition aux risques professionnels : Intégrer organisation du travail et prévention, Edition LIAISONS, France, 2000.
- ❖ Delande G. : Introduction l'économie de la santé, Collection Décision Hospitalière, France, 1991.
- ❖ Drummond M F, O'brien B J, Stoddart G L et Torrance G W. : Méthodes d'Evaluation Economique des Programmes de Santé, 2^{ème} Edition, Edition Economica, Paris, 1998.
- ❖ Duquesne F. : Droit du travail, Edition Galino Editor, 2001.
- ❖ Duriez M., Lequet-slama D. : Le système de santé en Europe, 1^{ère} Edition PUF, Paris, 1998.
- ❖ F. Khouchane H. : Recueil des textes réglementaires de base relatifs à la médecine du travail en Algérie, Edition OPU, Alger, 1995.
- ❖ Harlay A. : Accidents de travail et maladies professionnelles, 3^{ème} édition, Edition MASSON, Paris, 2000.
- ❖ Huteau G. : Sécurité sociale et politiques sociales, 3^{ème} Edition ARMOND Colin, 2001.
- ❖ July J-P. : Évaluer les risques professionnels, Collections À savoir, Edition ANFOR, France, 2003.

- ❖ Labourdette A. : Économie de la santé, Édition PUF, 1^{ère} édition 2007, Paris, Juin 1998.
- ❖ Lamri L. : la monographie de l'assurance maladie en Algérie, OMS/EMRO et RESSMA, Septembre 2001.
- ❖ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie : une approche économique, Edition EPU, Alger, Mars 2004.
- ❖ Le Faou A, L. : L'économie de santé en questions, 2^{ème} Edition, Novembre 2000.
- ❖ Louart P. : Gestion des ressources humaines, Collection GESTION, 2^{ème} édition, Edition Eyrolles, Paris, 1994.
- ❖ Margossian N. : Risques professionnels : Caractéristiques, réglementation, prévention, 2^{ème} Edition, Edition DUNOD, Paris, 2006.
- ❖ Menti M. : Essai d'analyse de la législation et de la réglementation du travail en Algérie, Edition OPU, Alger, 1986.
- ❖ Roche L, Sabatini J, Serange-Fonterme R. : L'économie de la santé : Que sais-je ?, 4^{ème} Edition, Edition MASSON, Paris, 1998.
- ❖ Paret H. : L'économie des soins médicaux : Initiation économique, Editions Economie et Humanisme, Les Editions ouvrières, Paris, 1978.
- ❖ Zambrowski J, J. : théorie et pratique de l'économie de la santé à l'usage des pharmaciens d'officine, Le quotidien de pharmacien, Edition MASSON, Paris, 2001.

2) - Articles et communications :

- ❖ Abdecassis P. : Incertitude médicale et processus de décision, Séminaire du GEAPE Angers, Novembre. 1999. P 03. In <http://economix.u-paris10.fr>
- ❖ Auduberteau S, Gavino K. : La prévention des risques professionnels : hygiène et sécurité au travail, Collection : « Les diagnostics de l'emploi territorial », hors série n°5, 2003. In www.cig929394.fr
- ❖ Bras P.L, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant Y. : L'information des médecins généralistes sur les médicaments, Rapport N° RM 2007-136p, Septembre 2007. P 05. In www.imagence.com

- ❖ Bureau D, Mougeot M. : Performance, incitations et gestion publique, Rapport : Commentaire Mongin P, Compléments Bousquet F, Coulomb A, Gaffard J L, Hel-Thelier S et Perbet M, Conseil d'Analyse Économique, Paris, 2007. In www.cae.gouv.fr
- ❖ Brody B, Létourneau Y, Poirier A. : Le coût des accidents du travail : État de connaissance, Relat. Ind., vol. 45, n°1, 1990. PUL ISSN 0034-379 X. 1990. In <https://papyrus.bib.umontreal.ca>
- ❖ Caroly S. : Les mutations du travail face aux défis technologiques : quelles incidences sur la santé ?, Vol. 9, No. 2, Associée au CREAPT-CEE, Université Pierre Mendès, Paris, Octobre 2007. In <http://www.pistes.uqam.ca>
- ❖ Cepag J-R. : La santé environnementale au travail : Les pollutions intérieures, Réseau intersyndical de sensibilisation à l'environnement CSC-FGTB, CEPAG, Bruxelles, 2004. In <http://cepag.all2all.org>
- ❖ Conne-Perréard E, Glardon M-J, Parrat j, Usel M. : Effets des conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques, Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs, AIPT, 2001. In <ftp://ftp.geneve.ch>
- ❖ Daniellou F. : Peut-on être chercheur en ergonomie ?, Laboratoire d'Ergonomie des Systèmes Complexes, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Actes du colloque «Recherche et Ergonomie », Toulouse, 1998. In www.ergonomie-self.org
- ❖ Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A. : Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Office des Publications Officielles des communautés européennes, Luxembourg, 2002. In www.eurofound.eu.int
- ❖ Dirigé par Tourasse C., Réalisé par Bornarel L. : Travail et santé : Les cahiers de l'agenda santé, L'agenda santé - Lyon métropole n°7, novembre 2006. In www.millenaire3.com
- ❖ Domin J.P : Les réseaux de santé : Une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté CRAS-LAM, Université de Reims, Reims.
- ❖ Guenette A-M, Lee Y, Papart J-P. : Conditions de travail et santé : Le modèle de KARASEK revisité au travers d'une approche par les régressions Polynomiales, XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au coeur de la GRH, IAE de Lille et Reims Management School, Reims, 2006. In www.reims-ms.fr

- ❖ Guiol P, Muñoz J. : Management des entreprises et santé des salariés, Rapport pour le ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, Rennes, 2006. In www.efesonline.org
- ❖ Idres B, Kaïd Tlilane N, Kandi N. : Évolution des dépenses relatives aux accidents de travail prises en charge par la CNAS de la wilaya de Béjaïa, Actes du colloque CIES 02 : Santé et Sécurité au Travail, Développement et Mondialisation, Université de Bejaïa, 06 et 07 juin 2009.
- ❖ Join-Landert O, Lefresne F. : Le National Health Service: Une institution pérenne en pleine transformation, Chronique internationale de l'ERES, Novembre 2004. In <http://213.56.65.5/files/publication>
- ❖ Kaïd ttilane N : Actes du colloque CIES 02 : Santé et Sécurité au Travail, Développement et Mondialisation-Université de Bejaïa, 06 et 07 juin2009.
- ❖ Launois R. : La Théorie de la Bureaucratie à l'Hôpital : Les colloques de l'INSERM – Conceptions, mesures et actions en santé publique INSERM Vol. 104, pp. 625-652, 1981. In www.rees-france.com
- ❖ Légeron P, Nasse P. : Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, France, 2008. In www.travail-solidarite.gouv.fr
- ❖ Loewenson R. : Mondialisation et santé au travail : l'exemple de l'Afrique australe, Thème spécial – Mondialisation, Article publié en anglais dans Bulletin of the World Health Organization, 79 (9) : 863-868, 2001. In <http://whqlibdoc.who.int>
- ❖ Magniadas J. : Histoire de la sécurité sociale, Conférence présentée à l'institut CGT d'histoire sociale, Octobre 2003. In www.ihs.cgt.fr
- ❖ Ouellette P. : Introduction à l'évaluation économique en santé, 9^{èmes} journées annuelles de santé publique, Québec, Novembre 2005. P 17 In <http://www.inspq.qc.ca>
- ❖ Peaucelle I. : Santé et productivité : De l'économie à la psychologie sociale et au modèle de propagation, Séminaire "Économie du travail et inégalités" Irina Peaucelle, Version : décembre 2003. In www.pse.ens.fr
- ❖ Savall H, Zardet V, Bonnet M.: Approche socio-économique des conditions de vie et de santé au travail : Exemple des travaux de l'ISEOR, centre de recherche associé à l'Université Jean Moulin, Lyon. In www.irsst.qc.ca

- ❖ Savidan E. : Étude : Coût efficacité de l'adaptation bayésienne des posologies de ciclosporine en transplantation de moelle osseuse pédiatrique, thèse pour le DIPLOME d'État de docteur en Pharmacie, Université Claude Bernard-Lyon I, Faculté de Pharmacie, Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, juin 2005, Lyon. In <http://ispb.univ-lyon1.fr>
- ❖ Senghor L-S. : Les politiques de santé, Séminaire : « Les politiques de santé », Groupe n° 18: La santé et la sécurité au travail, Promotion 2002-2004, Juillet 2003.
- ❖ Teiger C. : Origines et évolution de la formation à la prévention des risques « gestes et postures » en France, Érudit, Relations industrielles, vol. 57, n° 3, France, 2002. In www.eric.ed.gov
- ❖ Toussaint J-F. : Stratégies Nouvelles de Prévention, Rapport d'étape, Commission d'Orientation Prévention, France, 2006. In www.sante.gouv.fr
- ❖ Treich N. : L'analyse Coût Bénéfice de la Prévention des Risques, Version Préliminaire, LERNA-INRA, Université de Toulouse, Décembre 2005. P 07. In www.toulouse.inra.fr
- ❖ Valeyre A. : Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation, Document de travail N° 73, 2006. In <http://www.cee-recherche.fr>

3) - Revues :

- ❖ CREAPT: Les mutations du travail face aux défis technologiques : quelles incidences sur la santé ?, Vol. 9, No. 2, In <http://www.pistes.uqam.ca>
- ❖ CREAPT : Santé, mortalité et travail, Cinquième séance, Organisatrice : MOLINIÉ A-F, Article : Abadlia F. : Accidents de travail, circonstances et prise en charge : Région de boumerdès, Algérie. In www.aidelf.ined.fr
- ❖ Revue de CREAD : Contribution à l'étude de l'économie de santé en Algérie, n° 27/28, éd. CREAD, 3e et 4e trimestre 1991.
- ❖ Érudit : Origines et évolution de la formation à la prévention des risques « gestes et postures » en France, Relations industrielles, vol. 57, n° 3, France, 2002. In www.eric.ed.gov

- ❖ OPOCE : Office des Publications Officielles des communautés européennes : Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg, 2002. In www.eurofound.eu.int
- ❖ Revue internationale du travail (RIT) : 75ans de revue internationale du travail : Une rétrospective, Volume 135, N° 34, 1996. In www.ilo.org
- ❖ WHO : World Health Organization. : Mondialisation et santé au travail : l'exemple de l'Afrique australe, Thème spécial – Mondialisation, Article publié en anglais dans Bulletin of the World Health Organization, 79 (9) : 863-868, 2001. In <http://whqlibdoc.who.int>

4) - Mémoires et thèses :

- ❖ Cheriet F. : Essai d'évaluation des effets du programme d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : Cas de la wilaya de Béjaia, Magistère en Sciences Economiques, Université de Béjaia, 2001.
- ❖ Desmarais L. : Évaluation de l'implantation des comités de santé et de sécurité du travail : Une étude de cas multiples réalisée dans les petites et moyennes entreprises au Québec, Thèse présentée comme exigence partielle du Doctorat conjoint en Administration, École de la Science de la Gestion, Université du Québec à Montréal, 2004. In www.usherbrooke.ca
- ❖ Fellah L. : Étude exploratoire du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, Thèse de Doctorat ES Sciences Economiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, Décembre 1998.
- ❖ Kaïd Tlilane N. : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'État ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003.
- ❖ Mahyaoui Y. : Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins, Doctorat Système de Soins Hospitaliers, Université Paris VII DENIS DIDEROT, décembre 2003, Paris. P 05. In www.annuaire-secu.com
- ❖ Medouni F. : Le mode de financement de la branche Accidents de travail et Maladies professionnelles et le renforcement de la prévention, Post-graduation spécialisée en Management de la sécurité sociale, 2002, Alger.

- ❖ Mekbel A. : Essai d'évaluation de la consommation du médicament générique par rapport au princeps en Algérie : Enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa, Thèse de magistère ES Sciences Economiques. Université de Béjaïa, 2009.
- ❖ Provest A, C. : Analyse de la coexistence d'organisations non lucratives, lucratives et publiques dans le secteur des maisons de repos, Une approche par les logiques de qualité, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Sociales et Politiques, Institut d'administration et de gestion, Université Catholique Louvain, Juin 2002, Belgique. In <http://edoc.bib.be>
- ❖ Schubring A. : Éducation à la Santé au Travail : Accompagnement et Évaluation d'un Projet d'Éducation à la Santé auprès de la « Médecine du Sport », « Lieu de Travail Actif », Parcours : Prévention, Éducation, Santé et Activité Physiques, Diplôme de Master professionnel Science du Mouvement Humain, UNIVERSITE MONTPELLIER I, UFR STAPS, 2008.

5) - Rapports et documents :

- ❖ AESST : Sécurité et intérim : Cours sur la sécurité et la santé au travail pour les consultants et les dirigeants, Edition 2006, Belgique, 2006. P 26. In www.p-i.be
- ❖ AISS (Association internationale de la sécurité sociale) : Tendances actuelles dans la prévention et l'assurance contre les accidents du travail en Afrique, Quatorzième Conférence régionale africaine, ISSA/AFR/RC/TUNIS/02/3-AISS, Tunisie, 2002. In www.issa.int
- ❖ ANR (Agence de Recherche Nationale) : Santé-environnement et santé au travail : Nouvelles perspectives de recherches, Séminaire de prospective scientifique et de lancement du programme recherche du plan national Santé-environnement et du plan santé au travail, Document d'orientation scientifique, 2005. In <http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr>
- ❖ Association Luxembourgeoise des Organisme de Sécurité Sociale (ALOSS) : Bulletin luxembourgeois des questions sociales : 100 ans de Sécurité sociale au Luxembourg, Volume 10, 2001, Luxembourg. In www.mss.public.lu
- ❖ Association Internationale de la Solidarité Sociale (AISSA) : Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale en Afrique Francophone, Rapport de l'Algérie, Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique, Novembre 2006. In www.issa.int

- ❖ BIT : Changement dans le monde du travail : Conférence internationale du travail, Rapport du directeur général, Rapport I (C), 95^{ème} session, Première édition, Genève, 2006. In www.ilo.org
- ❖ BIT : Formulaire de rapport relatif à la convention n°155 concernant la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, Genève. In [http:// :ilo.law.cornell.edu](http://ilo.law.cornell.edu)
- ❖ BIT : Introduction à la santé et la sécurité au travail : Votre santé et votre sécurité au travail, Bureau des activités des travailleurs, La collection des modules. In www.ilo.org
- ❖ BIT : La prévention des accidents, Manuel d'éducation ouvrière, Genève, 1984.
- ❖ BIT : Organisation internationale du travail, Genève. In www.ilo.org
- ❖ BIT : Sécurité, santé et conditions de travail dans les transferts de technologie aux pays en développement, Recueil de directives pratique du BIT, Première édition 1988, Genève, 1988.
- ❖ BIT : Stratégies globales en matière de sécurité et de santé au travail : Conclusion adoptée par la conférence internationale du travail à sa 91^{ème} session, Première Édition, 2004, Genève. In www.ilo.org
- ❖ Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mditerranean Region (CAIMED) : Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne : Algérie. In [http://:unpan1.un.org](http://unpan1.un.org)
- ❖ CES (Conseil Economique et Social) : L'avenir de la médecine du travail, Avis présenté par Dellacherie C, France, 2008. In www.conseil-economique-et-social.fr
- ❖ CES (Conseil Economique et Social) : Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés, Rapport présenté par Bressol E. France, 2004. In www.conseil-economique-et-social.fr
- ❖ CGT : Santé au travail : Dossier : Souffrances mentales : Stress, harcèlement moral, discriminations France, 2007. In www.inra.cgt.fr
- ❖ CNAS : L'assurance sur les accidents de travail et maladies professionnelles, Direction des études statistiques et de l'organisation. Alger, 2002.
- ❖ CNAS : Statistiques nationales des accidents de travail et des maladies professionnelles, Alger, 1992-2006

- ❖ CNAS : Textes législatifs et réglementaires de la sécurité sociale en Algérie, 1998, Alger
- ❖ CREAPT : Santé, mortalité et travail, Cinquième séance, Organisatrice : MOLINIÉ A-F, Article : Abadlia F. : Accidents de travail, circonstances et prise en charge : Région de boumerdès, Algérie. In www-aidelf.ined.fr
- ❖ DPAT : Direction de la planification et de l'aménagement territoire. Béjaia.2008.
- ❖ ENSP : Séminaire national d'évaluation des activités de médecine du Travail, Alger, 2003. In www.sante.dz
- ❖ ESP : Etude sur le stress au travail : scores normatifs, Étude des déterminants et recherche prospective sur la relation avec l'absentéisme et avec l'incidence des maladies cardiovasculaires, Programme d'appui scientifique à la protection des travailleurs en matière de santé [94-98], Rapport final ST/02/06, ST/02/07, ST/02/18, ST/11/16 et ST/11/15, 1998. In www.belspo.be
- ❖ INT : Droit de la sécurité sociale : Recueil de textes législatifs et réglementaires, 1^{ère} Edition, 1998, Alger.
- ❖ IGT (Inspection générale du travail) : Le rôle de l'inspection du travail dans la prévention des risques professionnels, 2005.
- ❖ INRS : Aide-mémoire BTP : Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le bâtiment et les travaux publics, ED 790, Paris, 2006. In www.inrs.fr
- ❖ INPRP : Formation & sensibilisation aux risques professionnels pour les inspecteurs du travail, Article du : Dr Tifoura intitulé : Les risques professionnels, IGT, Alger, 2006.
- ❖ IRSST : Analyse des avantages et des coûts de la santé et de la sécurité au travail en entreprise : Développement de l'outil d'analyse, Études et recherches, Gosselin M, RAPPORT : R-375, Montréal (Québec), 2004. In www.irsst.qc.ca
- ❖ IRSST : Lésions professionnelles reliées aux vibrations main-bras au Québec, de 1993 à 2002 Partie 1 - Portrait général à partir des données informatiques de la CSST, Études et recherches, Rapport 446. Québec, 2006. In www.irsst.qc.ca
- ❖ IRSST : Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail : Une synthèse des approches au niveau international, Études et recherches, rapport R-474, Montréal (Québec), 2006. In www.irsst.qc.ca

- ❖ Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) : Avant projet de loi sanitaire version provisoire soumise à concertation, Février 2003, Alger. IN www.santetropicale.com
- ❖ Ministère du Travail, de la Protection Sociale et de la Formation professionnelle (MTPSFP) : Code du travail, (2001, 2002), Alger.
- ❖ OIT : Évaluation des systèmes de management de la sécurité et de la santé au travail selon les principes directeurs du Bureau International du Travail, ILO-OSH 2001, Guide d'évaluation pour les préventeurs et auditeurs de la sécurité et de la santé au travail, En collaboration avec le Programme focal sur la sécurité et la santé au travail et sur l'environnement (SafeWork) du Bureau International du Travail, France, 2001. In www.afnor.org
- ❖ OIT : La sécurité en chiffres : Indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail, Première édition 2003, Genève, 2003. In www.ilo.org
- ❖ OIT : La protection et la promotion de la santé : les soins de santé, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, Rédacteurs : Messite J, Warshaw J L. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Les services de santé au travail : Les soins de santé, Rédacteurs : Fedotov I-A, Rantanen J, Saux M, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail. In www.ilo.org
- ❖ OIT : L'hygiène au travail, Instruments et approches, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, Rédacteurs : Robert F. Herrick. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Les relations professionnelles et la gestion des ressources humaines : Gestion et politique, Rédactrice, Trebilcock A, Encyclopédie de sécurité et de santé au travail. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de Travail modifiées et complétée au 11 janvier 1997, Algérie. In www.ilo.org
- ❖ OMS : Documents fondamentaux, Quarante-sixième édition comprenant les amendements adoptés jusqu'au 31 décembre 2006, (NLM classification: WA 540.MW6), 2007. In www.who.int
- ❖ OMS : Économie de la santé : Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé

VIH/SIDA, tuberculose et paludisme : Faire reculer le paludisme, Edition Provisoire Juillet 2003. In www.who.int

- ❖ OMS : Santé et bien-être sur les lieux de travail, Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1981. In <http://whqlibdoc.who.int>
- ❖ OMS : Pourquoi et comment procéder à des évaluations économiques au niveau de l'entreprise : Série protection de la santé des travailleurs n° 2, Genève, 2004. In www.who.int
- ❖ ONUSIDA : Analyse coût-efficacité et VIH/SIDA : Actualisation ONUSIDA, Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Août 1998. P 03. In <http://data.unaids.org>
- ❖ OPREBATP : La prévention des risques professionnels dans le secteur de la construction, Journée nationale sur le développement et l'amélioration des mécanismes de prévention des risques professionnels, 2005.
- ❖ Rapports de la CNAS de Béjaia (2006).
- ❖ SAMT : Le journal de la médecine du travail, Organe officiel de la société de médecine du travail, Nouvelle série, Alger, 1997
- ❖ SCTC (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada) : Guide d'analyse coûts-avantages pour le Canada : Propositions de réglementation, 2007, Canada. In <http://www.tbs-sct.gc.ca>
- ❖ Service Public Fédéral de la Sécurité Sociale (SPFSS) : Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale, Janvier 2006, Belgique. P 08. In <http://socialsecurity.fgov.be>

6) - Règlements :

Conventions et recommandations

a- Conventions :

- ❖ OIT : Convention n°155 sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, Genève. In www.oit.org

- ❖ OIT : Convention n°161 sur les services de santé au travail, 1985, Genève. In www.oit.org
- ❖ OIT : Convention n°187 sur le code promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, Genève. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Convention n°197 sur le code promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, Genève. In www.oit.org

b- Recommandations :

- ❖ OIT : Recommandation n° 31 sur la prévention des accidents de travail, 1929, Genève. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Recommandation °97 sur la protection de la santé des travailleurs, 1953, Genève. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Recommandation n° 102 sur les services sociaux, 1956, Genève. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Recommandation n°112 sur les services de médecine de travail, 1953, Genève. In www.ilo.org
- ❖ OIT : Recommandation n°171 sur les services de santé au travail, 1985, Genève. In www.oit.org
- ❖ OIT : Recommandation n° 194 sur la liste des maladies professionnelles, 2002, Genève. In www.ilo.org

Journal officiel :

- ❖ JORA n° 04 du 27 Janvier 1988.
- ❖ JORA n° 28 du 05 Juillet 1983.

Lois:

- ❖ Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
- ❖ Loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

- ❖ loi n° 85-05 du 16 janvier 1985 relative à la protection et la promotion de la santé.
- ❖ Loi n° 88-07 du 26 Janvier 1988 relative à l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail.

- ❖ Loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de Travail modifiée et complétée au 11 janvier 1997.

Ordonnance :

- ❖ Ordonnance n° 97-03 du 11 janvier 1997 fixant la durée légale du travail.

7) - Sites Internet :

- ❖ <ftp://ftp.geneve.ch>
- ❖ <http://cepag.all2all.org>
- ❖ <http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr>
- ❖ <https://papyrus.bib.umontreal.ca>
- ❖ <http://whqlibdoc.who.int>
- ❖ <http://www.cee-recherche.fr>
- ❖ www.actupparis.org
- ❖ www.afnor.org
- ❖ www-aidelf.ined.fr
- ❖ www.ands.dz
- ❖ www.belspo.be
- ❖ www.cig929394.fr
- ❖ www.conseil-economique-et-social.fr
- ❖ www.efesonline.org
- ❖ www.ergonomie-self.org
- ❖ www.erudit.org
- ❖ www.eurofound.eu.int
- ❖ www.joradp.dz
- ❖ www.ilo.org
- ❖ www.inra.cgt.fr
- ❖ www.inrs.fr
- ❖ www.irsst.qc.ca
- ❖ www.issa.int
- ❖ www.ladocumentationfrancaise.fr
- ❖ www.millenaire3.com
- ❖ www.reims-ms.fr
- ❖ www.sante.dz
- ❖ www.santemaghreb.com
- ❖ www.santetropicale.com
- ❖ www.sante.gouv.fr
- ❖ www.travail-solidarite.gouv.fr
- ❖ www.who.int

ANNEXES

ANNEXES

Annexe n°1 : Répartition des travailleurs de la wilaya de Béjaia selon les secteurs d'activités (CNAS de la Wilaya de Béjaia : 2006).

La branche d'activité	2006	%
Secteur Agricole		
Pêche, agriculture et chasse	4542	
Mines et carrières	1233	
	5775	≈5,56%
Secteur Industriel		
Hydrocarbures	1008	
Sidérurgie métallurgie	4778	
Eau et énergie	1612	
Chimie, caoutchouc et plastique	501	
Industries agro-alimentaires	14083	
Industries de textile	4659	
Industries de cuir	4209	
Industries de bois et papier	3223	
Industries diverses	1851	
	35924	≈32,07%
Secteur B.T.P		
Bâtiments et Travaux Public	37449	
	37449	≈34,66%
Secteur des services		
Services et travaux pétroliers	564	
Transports et communications	7388	
Commerce	9705	
Hôtellerie et restaurations	3850	
Services pour entreprises	4093	
Services pour ménages	2378	
Etablissements financiers	1387	
Affaires immobilières	1086	
	30451	≈27,6%
Total	109599	100%

Remarque : les services pour collectivités qui représentent (210284) travailleurs ne sont pas inclus dans notre étude pour des finalités de l'enquête. ≈ : environ

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de la CNAS de Béjaia.

Annexe n° 2 : Questionnaires d'enquête

THEME :

Enquête sur la situation sanitaire des travailleurs au niveau des entreprises algériennes : Cas de la Commune de Béjaia

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'un travail universitaire et à des fins de recherche. l'enquête s'adresse aux travailleurs de la commune de Béjaia.

Les données recueillies dans le cadre de cette enquête contribueront à la promotion de la productivité du travail dans les entreprises.

Les informations que vous allez apporter à ce questionnaire seront totalement confidentielles et ne seront traitées que de façon anonyme.

Secteur d'activité :

Commune de Béjaia

Date de l'enquête :

Nom de l'enquêteur : KANDI Nabil

I : IDENTIFICATION :

1- : Âge : -----

2- : Sexe : - Masculin

- Féminin

3- : Profession :

4- : Niveau d'instruction :

-Non scolarisée

-Primaire

-Moyen

-Secondaire (Lycée)

-Universitaire

II : NIVEAU DE CONNAISSANCES REGLEMENTAIRES :

5- : Connaissez-vous les textes d'application du code du travail en matière de sécurité et de santé au travail ?

Oui

Non

6- : Si oui, quels sont ces textes ?

1).....

2).....

3).....

III : NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR L'ORGANISATION ET CONDITIONS DU TRAVAIL :

A) : L'ORGANISATION DU TRAVAIL:

7- : Quelle est le nombre d'heures que vous travaillez par semaine?

- Moins de 40 h par semaine

- 40 h par semaine

- Plus de 40h par semaine

8- : Si vous faites des heures supplémentaires, sont-elles nuisibles (provoque des atteintes à votre santé)?

Oui

Non

9- : Si oui, expliquez-vous l'impact engendré par ces dernières sur votre santé ?

- Fatigue

- Troubles psychologiques

- Troubles musculo-squelettiques

- Troubles du sommeil et insomnies

10 - : Si vous travaillez la nuit, avez-vous des problèmes de santé?

- Oui

- Non

Si oui, lesquels ?

.....

11 - : Vos congés annuels sont-ils pris en charge par votre entreprise ?

Oui

Non

Si oui, quelles sont vos descriptions à propos de votre état de santé avant et après le repos ?

-Avant le repos :

-Après le repos :

12 - : Combien de fois avez-vous eu un congé de maladie pendant l'année dernière ?

- Une fois

- Deux fois

- Plus de deux fois

B) : CONDITIONS DU TRAVAIL :

13 - : Votre environnement de travail est-il ?

- Un environnement sain (salubre)
- Un environnement favorable au travail
- Un environnement défavorable au le travail

14 - : Quels sont les différents risques dans votre milieu de travail ?

- Risques mécaniques
- Risques physiques
- Risques biologiques
- Risques chimiques
- Autres, précisez

15 - : Avez-vous du stress au travail ?

- Oui
- Non

16- : Si oui, quelles sont les causes en liaison avec le travail?

- Relations professionnelles (conflits) - Nouvelle technologie
- Changements de poste de travail - Pression exercée par l'employeur
- Exigences des clients
- Autres/ précisez :

17 - : Consommez-vous les tabacs au travail ?

- Oui
- Non

18 - : Si oui, quand est ce que vous avez commencé sa consommation ?

- Avant l'embauche
- Après l'embauche

V : NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LA SITUATION SANITAIRE DES TRAVAILLEURS :

19 - : Avez-vous constaté des problèmes de santé liés à l'activité de travail ?

Oui

Non

20 - : Avez- vous déjà été victime d'un accident, d'une maladie professionnelle?

Oui

Non

21 - : Si oui, lequel ?

-Accidents de travail

-Maladies professionnelles

-Accident de trajet

22 - : Combien de fois durant votre carrière, vous avez été victime d'un accident de travail ?

- Une fois

- Deux fois

- Trois fois

- Plus de trois fois

23 - : Avez-vous fait l'objet d'une visite médicale ?

Oui

Non

24 - : Si oui, a quelle période ?

- Lors de l'embauche

- Lors du changement du poste

- Lors de reprise du travail (accident, maladie ou invitation du médecin) ?

25 - : Si vous avez un accident, combien en moyenne vous dépensez par accident ?

-Moins de 2000 DA

-Entre 2000 et 5000 DA

-Plus de 5000 DA

VI : NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LES MESURES SECURITAIRE ET PREVENTIVES :

26 - : Votre institution dispose telle de mesures de protection ?

Oui

Non

27 - : Si oui, quels sont les équipements de protection individuelle et collective ?

-Vêtements de travail -Chaussures de sécurité -Casques

-Lunettes -Masques filtrants -Gants

-Présence d'extincteurs

28 - : Disposez-vous d'un comité d'hygiène et de sécurité?

Oui

Non

29 - : Votre entreprise, utilise-elle les indications de signaler les risques professionnels?

Oui

Non

Merci pour votre collaboration.

Annexe n° 3 : Caractéristiques générales de l'enquête

Tableau N° 1 : Répartition des enquêtés selon le secteur d'activité et l'âge.

	S. Agricole	S. Industriel	S. BTP	S. des Servies	Total
Moins de 20 ans	0	0	0	1	1
[20,30[	1	27	29	22	79
[30,40[	3	42	28	23	96
[40,50[	6	5	12	15	38
[50,60[	3	6	15	8	32
Plus de 60 ans	1	0	3	0	4
Total	14	80	87	69	250

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Tableau N° 2 : Répartition des enquêtés selon l'âge, le sexe et le secteur d'activité.

Sexe	S. Agricole		S. Industriel		S. BTP		S. des Servies		Total	
	H*	F*	H	F	H	F	H	F	H	F
Moins de 20 ans	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
[20,30[	1	0	16	11	28	1	10	12	55	24
[30,40[	3	0	34	8	25	3	15	8	77	19
[40,50[	6	0	5	0	11	1	12	3	34	4
[50,60[	3	0	6	0	14	1	5	3	28	4
Plus de 60 ans	1	0	0	0	3	0	0	0	4	0
Total	14	0	61	19	81	6	43	26	199	51

H* : Hommes, F* : Femmes.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Tableau N° 3 : Répartition des enquêtés selon la qualification, le sexe et le secteur d'activité.

	S. Agricole		S. Industriel		S. BTP		S. des Servies		Total	
	H*	F*	H	F	H	F	H	F	H	F
Cadres	0	0	10	12	5	4	14	13	29	29
O.Q*	2	0	19	6	13	1	14	9	48	16
O.N.Q*	12	0	32	1	63	1	15	4	122	6
Total	14	0	61	19	81	6	43	26	199	51

O.Q* : Ouvrier qualifié, O.N.Q* : Ouvrier non qualifié.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Tableau N° 4 : Répartition des enquêtés selon la qualification et le secteur d'activité.

	S. Agricole	S. Industriel	S. BTP	S. des Servies	Total
Cadres	0	22	9	27	58
O.Q*	2	25	14	23	64
O.N.Q*	12	33	64	19	128
Total	14	80	87	69	250

O.Q* : Ouvrier qualifié, O.N.Q* : Ouvrier non qualifié.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Tableau N° 5 : Répartition des enquêtés le niveau d'instruction et le secteur d'activité

Sexe	Non scolarisé		Primaire		Moyen		Secondaire (Lycée)		Universitaire		Total	
	H*	F*	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
S. Agricole	1	0	3	0	3	0	4	0	3	0	14	0
S. Industriel	2	0	1	0	14	0	22	1	19	18	61	19
S. BTP	4	0	11	0	27	0	25	2	14	4	81	6
S. des Servies	1	0	3	0	5	0	18	7	16	19	43	26
Total	8	0	18	0	52	0	69	10	52	41	199	51

H* : Hommes, F* : Femmes.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Tableau N° 6 : Répartition des enquêtés le niveau d'instruction et l'âge.

Sexe	Non scolarisé		Primaire		Moyen		Secondaire (Lycée)		Universitaire		Total	
	H*	F*	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Moins de 20 ans	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
[20,30[	1	0	2	0	13	0	16	4	23	20	55	24
[30,40[	0	0	4	0	19	0	37	2	17	17	77	19
[40,50[	2	0	6	0	11	0	8	2	7	2	34	4
[50,60[	3	0	6	0	9	0	6	2	4	2	28	4
Plus de 60 ans	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	0
Total/ Sexe	8	0	18	0	52	0	69	10	52	41	199	51
Total	8		18		52		79		93		250	

H* : Hommes, F* : Femmes.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de notre enquête.

Annexe n° 4 : Evolution du nombre des accidents de travail en Algérie, entre 1992 et 2006.

année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Accident travail	59154	60526	52736	54326	48177	43674	36289
Evolution %	-	2,32%	-12,87	3,01	-11,32	-9,34	-16,91

année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Accident travail	34751	34869	31599	33302	38203	34739	37931	39216
Evolution %	-4,24	0,33	-9,37	5,39	14,7	-9,06	9,18	3,38

Source : tableau réalisé par nos soins, à partir des documents de la CNAS. Sur les statistiques nationales des accidents de travail et des maladies professionnelles (1992-2006).

Annexe n° 5 : Evolution des accidents de travail selon la branche d'activité (1992-2006).

La branche d'activité	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Métallurgie	9253	9720	6910	7282	5846	5929	4285	4086
BTP	17436	17032	14944	14197	12237	9859	7223	6009
Bois	2257	2109	1771	1739	1485	1324	1300	1221
Chimie	1527	1552	1353	1422	1339	1288	1080	969
Pierre et feu	4222	4465	3622	3678	3197	2941	2491	2765
Caoutchouc - papier - carton	672	468	519	531	427	498	401	384
Livre	212	150	231	241	162	146	109	82
Textile	1878	1708	1359	1359	1189	804	715	669
Vêtements	286	279	352	354	305	228	186	201
Cuirs et peaux	620	605	633	410	243	189	201	212
Alimentation	2466	2621	2614	2378	2466	2059	2096	2323
transport et manutention	2630	2485	2290	2145	2315	2128	1956	1648
eau- électricité - gaz	562	664	560	541	366	367	328	333
Commerce	1451	1489	1248	1336	1121	863	707	743
Interprofessionnelle	7655	8990	8352	10586	9936	10347	9018	8626
Gaz pétrole carburant	1969	2009	2106	1536	1845	1263	1090	1567
total	55096	56346	48864	49735	44479	40233	33186	31838

La branche d'activité	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Métallurgie	4320	3518	3684	3908	3595	3556	3490
BTP	6129	5583	6271	7139	7294	7357	8062
Bois	1175	1233	1344	1414	1656	1460	1523
Chimie	1106	1123	977	1120	1141	1065	944
Pierre et feu	2697	2366	2440	2693	2485	2388	2459
Caoutchouc- papier- carton	380	400	392	419	452	498	416
Livre	110	120	131	103	105	125	100
Textile	643	549	503	550	489	616	518
Vêtements	126	145	128	127	143	92	79
Cuirs et peaux	189	170	174	191	208	155	154
Alimentation	2265	2001	2037	2420	2190	2292	2051
transport et manutention	1553	1448	1360	1419	1360	1425	1566
Eau -électricité - gaz	335	327	322	464	426	579	438
Commerce	750	682	687	772	736	749	782
Interprofessionnelle	8938	8431	9173	11153	8272	11019	12247
Gaz pétrole carburant	1332	956	1105	1079	1224	1348	1287
total	32048	29052	30728	34971	31776	34724	36116

Source : tableau réalisé par nos soins, à partir des documents de la CNAS. Sur les statistiques nationales des accidents de travail et des maladies professionnelles (1992-2006).

Annexe n° 6 : Evolution des accidents de travail selon la qualification professionnelle des victimes (1992-2006).

année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
cadres, techniciens, agents de maîtrise	5621	5970	5947	5771	5698	4847	3879	3880
employés	4829	5645	5470	7102	6622	6956	6051	5771
apprentis	788	823	660	560	456	365	437	321
manœuvres	10672	11188	9442	9346	8010	6128	5310	5121
ouvriers spécialisés	17221	17856	14342	14356	12656	10535	8958	8730
ouvriers professionnels	12689	13071	12304	11507	9672	10139	7698	7229
ouvriers à qualification non précisée	260	366	283	433	605	496	403	278
non précisée	3013	1427	512	807	897	785	504	489
totale	55094	56346	48960	49882	44616	40251	33240	31819

année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
cadres, techniciens, agents de maîtrise	3742	3215	3432	3867	3532	3772	3882
employés	5968	5405	5615	6780	4532	6562	7786
apprentis	366	352	385	369	277	366	383
manœuvres	5087	4610	5263	6084	6186	6315	6667
ouvriers spécialisés	8927	8358	8594	9487	9656	10258	9238
ouvriers professionnels	7277	6629	6978	7632	7078	6960	7622
ouvriers à qualification non précisée	228	181	165	316	237	187	246
non précisée	460	328	296	436	278	304	292
totale	32055	29078	30728	34971	31776	34724	36116

Source : tableau réalisé par nos soins, à partir des documents de la CNAS. Sur les statistiques nationales des accidents de travail et des maladies professionnelles (1992-2006).

Annexe n° 7 : Evolution globale des maladies professionnelles 1992-2006.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
évolutions en nombre	730	776	786	797	803	815	840	865
évolution en %	/	6,3	1,3	11	0,75	1,5	3,1	2,97

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
évolutions en nombre	856	1054	898	1000	847	853	941
évolution en %	-1,1	23,13	-14,8	11,36	-15,3	0,7	10,32

Source : tableau réalisé par nos soins, à partir des documents de la CNAS. Sur les statistiques nationales des accidents de travail et des maladies professionnelles (1992-2006).

Annexe n° 8 : Répartition des maladies professionnelles selon la branche d'activité (1992-2006).

BRANCHE D'ACTIVITES	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Métallurgie	110	154	195	214	173	214	255	216
Bâtiment et travaux publics	33	36	38	52	43	42	36	52
Bois	14	22	36	23	32	29	17	42
Chimie	15	17	15	4	23	28	27	35
Pierre et terre à feu	86	104	147	104	114	135	98	121
Caoutchouc - Papier Carton	1	9	8	2	7	5	1	2
Livre	7	5	4	-	5	1	5	7
Textile	170	133	125	160	118	102	94	110
Vêtements	5	1	6	2	-	4	3	2
Cuirs et peaux	13	14	8	10	10	7	24	7
Alimentation	21	16	9	14	14	18	23	22
Transport et manutention	2	1	1	7	10	6	11	5
Eau - Gaz - Electricité	3	9	6	-	2	1	-	3
Commerce	8	6	8	1	15	8	9	12
Interprofessionnelle	172	224	136	153	195	183	192	217
Gaz- pétrole- carburant	70	25	44	51	42	32	34	12
Non- précisé	-	-	-	-	-	-	11	-
T O T A L	730	776	786	797	803	815	840	865

BRANCHE D'ACTIVITES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Métallurgie	232	193	203	159	196	287	196
Bâtiment et travaux publics	40	54	43	53	37	201	60
Bois	20	30	23	17	22	92	19
Chimie	20	21	25	28	11	83	16
Pierre et terre à feu	162	146	131	187	104	64	138
Caoutchouc - Papier Carton	2	5	1	10	6	43	1
Livre	-	7	5	-	3	12	4
Textile	77	246	214	101	67	12	78
Vêtements	3	-	1	1	-	12	0
Cuirs et peaux	8	15	7	8	17	18	10
Alimentation	27	38	19	20	22	12	10
Transport et manutention	6	9	15	15	8	2	21
Eau - Gaz - Electricité	2	-	1	1	2	3	6
Commerce	3	7	7	1	1	10	7
Interprofessionnelle	179	227	164	351	304	2	299
Gaz- pétrole- carburant	75	56	39	48	47	-	76
Non- précisé	-	-	-	-	-	-	-
T O T A L	856	1054	898	1000	847	853	941

Source : tableau réalisé par nos soins, à partir des documents de la CNAS. Sur les statistiques nationales des accidents de travail et des maladies professionnelles (1992-2006).

Annexe n° 9 : Résultats des contrôles en matière de prévention des risques professionnels en Algérie (2005).

En matière de résultats obtenus durant les neuf premiers mois de l'année 2005 , et pour le seul domaine de la prévention des risques professionnels, il peut être enregistré 7.508 organismes employeurs qui ont fait l'objet de visites d'inspection et de contrôle, ces organismes emploient un effectif de 263.793 travailleurs, les observations et manquements constatés ont donné lieu à l'établissement de 9.016 actes qui se répartissent comme suit :

- 1.009 observations
- 7.374 mises en demeure
- 633 procès verbaux d'infraction

Les principaux domaines concernés par le contrôle sont :

- la médecine du travail,
- la protection des machines,
- la protection individuelle et collective des travailleurs- Tenues de travail, sécurité et fonctionnalité des lieux de travail,
- la protection contre les travaux en hauteur dans le secteur du bâtiment et travaux publics,
- la protection contre les risques toxiques, électriques et les incendies.
- La mise en place et la fonctionnalité des commissions services et préposés à l'hygiène et la sécurité ,
- l'hygiène ,la propreté et les commodités des lieux de travail. Etc...

Les principaux manquements constatés en matière de prévention des risques professionnels par domaine et selon l'importance se présentent comme suit :

- La mise en œuvre des dispositions relatives à la médecine du travail : 24%
- Le fonctionnement des organes d'hygiène et de sécurité : 14%

- Les conditions générales d'hygiène et de sécurité sur lieux de travail : 15%
- La protection individuelle des travailleurs : 18%
- La protection collective des travailleurs :15%
- Les ambiances et commodités de travail : 13%
- Les risques en hauteur : 11%.

Source : OPREBATP : La prévention des risques professionnels dans le secteur de la construction, Journée nationale sur le développement et l'amélioration des mécanismes de prévention des risques professionnels, 2005. P 09 et 10.

Annexe n° 10 : La médecine du travail en Algérie

Bilan de la couverture sanitaire des travailleurs :

Le cadre très souple de la législation permet aux entreprises de s'acquitter de leurs obligations en matière de médecine du travail et selon les cas :

Lorsque l'effectif des travailleurs

-1730 travailleurs fortement exposés aux risques professionnels ou 2595 travailleurs moyennement ou peu exposés aux risques professionnels

-Créations d'un service autonome d'entreprise.

Lorsque la norme en matière d'effectif de travailleurs n'est pas atteint et dans certaines conditions

-Soit participer à la création d'un service inter-organismes de médecine du travail.

-Soit recourir aux services de médecine du travail des secteurs sanitaires, des centres hospitalo-universitaires ou des établissements spécialisés hospitaliers.

-Soit recourir aux médecins habilités à exercer à titre privé.

Les services de médecine du travail sont investis des doubles fonctions essentiellement préventives et accessoirement curatives participant à la prise en charge des soins de santé de base.

Ces services sont chargés de :

-Conseiller les employeurs et les travailleurs sur les exigences requises pour maintenir un milieu de travail sûr et salubre et l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale.

-Surveiller la santé des travailleurs et le milieu de travail dans le cadre d'un programme adapté aux risques spécifiques prévalant dans l'entreprise ainsi que prendre en charge les soins de santé de base, les traitements ambulatoires, l'organisation des premiers secours et les soins d'urgence.

Cependant, l'évolution et le développement de la médecine du travail, quoique appréciables, restent encore insuffisants au regard des objectifs et des missions que les pouvoirs publics lui ont assignés.

On estime en moyenne que 25% seulement des travailleurs ont accès à des services de médecine du travail.

Sur 3500000 de salariés :

-900000 travailleurs sont couverts par les services de médecine du travail des structures sanitaires publiques par le biais de conventions.

Ces services emploient près de 300 spécialistes en médecine du travail et 400 généralistes habilités à exercer la médecine du travail

-300000 travailleurs sont couverts par les structures sanitaires parapubliques, services autonomes au sein des entreprises (70 centres de médecine du travail et 367 centres médico-sociaux). On retrouve près de 100 médecins spécialistes en médecine du travail et 500 médecins généralistes.

Ces services emploient près de 100 médecins spécialistes en médecine du travail et 500 médecins généralistes.

Couverture par les services publics de médecine du travail / An 2004 :

Population couverte : 868356 Sur 3480000 salariés / 24,95 % couverts

Nombre de conventions établies : 6051 sur 209007 employeurs

Nombre de visites réglementaires : 600278

-Embauche : 48865

-Périodique : 288488

-Spontanée : 259225

-Reprise : 13729

Examens complémentaires préventifs : 162038

Examens complémentaires curatifs : 143445

Maladies professionnelles : 1268

Les MP déclarées sont le plus souvent des maladies de diagnostic facile (surdités, pneumoconioses, maladies infectieuses, dermatoses).

Les intoxications professionnelles dues aux toxiques organiques ou minéraux sont sous déclarées car difficilement diagnostiquées par manque de laboratoires.

Source : ENSP : Séminaire national d'évaluation des activités de médecine du Travail, Alger, 2003. In www.sante.dz

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Décès par accidents du travail et maladies professionnelles pour l'année 2000 au niveau mondial (OIT).....	62
Tableau n°2 : Répartition des travailleurs selon les secteurs d'activités (CNAS de Béjaia : 2006).	133
Tableau N° 3 : Répartition des enquêtés selon, le niveau d'instruction et le sexe.	137
Tableau N° 4 : Répartition des enquêtés selon les heures de travail (en nombre).	139
Tableau n° 5 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé engendrés par les heures supplémentaires (en nombre).	140
Tableau N° 6 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé causés par le travail de nuit (en nombre)	143
Tableau N° 7 : Répartition des enquêtés selon la prise en charge du congé annuel (en nombre).	145
Tableau N° 8 : Répartition des enquêtés selon leur état de santé avant et après le congé annuel (en nombre).	147
Tableau N° 9 : Répartition des enquêtés par qualification et selon le congé de maladie (en % par rapport à la qualification).	149
Tableau N° 10 : Répartition des enquêtés selon l'environnement du travail et par secteur d'activité (en % par rapport au total des travailleurs enquêtés).	151
Tableau N° 11 : Répartition des enquêtés par la qualification et selon les risques du travail (en % par rapport à la qualification).	153
Tableau n° 12 : Répartition des " enquêtés " par la qualification et selon les causes du stress au travail (en nombre).	156
Tableau N° 13 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la consommation des tabacs avant et après l'embauche au travail(en % par rapport au total des interrogés).....	158
Tableau N° 14 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport au total des interrogés).....	159
Tableau n° 15 : Répartition des enquêtés par âge et selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport aux tranches d'âges).	161
Tableau N° 16 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon les risques AT/MP (en % par rapport au total des interrogés).....	163

Tableau N° 17 : Répartition des enquêtés par qualification et selon les risques AT/MP (en % par rapport à la qualification socioprofessionnelle).	165
Tableau N°18 : Répartition des enquêtés selon les risques AT/MP (en % / à l'âge de la victime).	166
Tableau N° 19 : Répartition des enquêtés par qualification et selon les visites médicales (en % par rapport à la qualification).	170
Tableau N° 20 : Coût moyen d'accident de travail par secteur d'activité (en % par rapport à au secteur d'activité).	171
Tableau N° 21 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la les mesures de protection individuelles et collectives (en % par rapport aux secteurs d'activité).....	174
Tableau n° 22 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la signalisation des risques professionnels (en % par rapport aux secteurs d'activité).	176

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure n° 01 : Positions épistémologiques des approches économiques du système de soins.	16
Figure N° 02 : Arbitrage travail-loisir en médecine libérale.....	21
Figure N° 03 : Augmentation du taux de dépréciation et stock de santé	27
Figure N° 04 : Incidence de la hausse des salaires et stock de santé	28
Figure n° 05 : Les étapes de la démarche de prévention des risques professionnels.....	82
Figure n° 06 : Répartition des enquêtés selon les connaissances réglementaires et le nombre de textes appliqués en matière de SST (en % par rapport au total des enquêtés).	138
Figures n° 07 : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé au travail de nuit (en % par rapport aux secteurs d'activité).	142
Figures n° 08 : Répartition des enquêtés selon la prise en charge du congé annuel (en % par rapport au total des enquêtés).....	146
Figure n° 10 : Répartition des enquêtés selon l'environnement de travail où ils exercent (en % par rapport au total des travailleurs enquêtés).....	152
Figure n° 11 : Répartition des enquêtés par la qualification et selon les risques du travail (en % par rapport à la qualification).	154
Figure n° 12 : Répartition des enquêtés par la qualification et selon le stress au travail (en % par rapport à la qualification).	155
Figure n° 13 : Répartition des enquêtés selon la consommation des tabacs au travail (en % par rapport au total des interrogés).....	157
Figure n° 14 : Répartition des enquêtés par qualification et selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport au total des interrogés).	160
Figure n° 15 : Répartition des enquêtés par sexe et selon les problèmes de santé au travail (en % par rapport au sexe des interrogés).....	162
Figure n° 16 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la nature des risques AT et/ou MP (en % du total des interrogés).	164
Figure n° 17 : Répartition des enquêtés par âge et selon la nature des risques AT et/ou MP (en % par rapport à l'âge de la victime).	167
Figure n° 18 : Répartition des enquêtés par sexe et selon la nature des risques AT et/ou MP (en % par rapport au sexe de la victime).	168
Figure n° 19 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la fréquence des AT (en % par rapport au total des enquêtés).....	169

Figure n° 20 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la les mesures de protection dans les entreprises de la commune de Béjaia (en % par rapport aux secteurs d'activité). 173

Figure n° 21 : Répartition des enquêtés par secteur d'activité et selon la disposition de C.H.S* dans les entreprises de la commune de Béjaia (en % par rapport aux secteurs d'activité). ... 175

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
SOMMAIRE	V
INTRODUCTION GENERALE.....	1
THÉORIES EN ÉCONOMIE DE LA SANTE ET ANALYSE ECONOMIQUE.....	7
Introduction.....	7
SECTION I : Théories en économie de la santé.....	9
I : Genèse de l'économie de la santé.....	9
I-1 : L'émergence de la discipline « économie de la santé »	9
I-2 : Définition de l'économie de la santé	11
II : Les hypothèses en économie de la santé.....	12
II-1 : Les hypothèses des approches théoriques en économie de la santé	14
II-2 : L'hypothèse de la coordination marchande et de la coordination non marchande.....	15
II-2-1 : Le premier quadrant.....	16
II-2-2 : deuxième quadrant.....	18
II-2-3: Le troisième quadrant	18
II-2-4 : Le quatrième quadrant.....	19
III : La coordination interne et logique marchande.....	19
III-1 : Production et financement des soins	20
III-1-1 : Le médecin de ville, un entrepreneur individuel	20
III-1-2 : Arbitrage travail-loisir en médecine libérale.....	21
IV : La demande des soins médicaux.....	23
IV-1 : La demande de santé est elle un investissement ou une consommation ?.....	24
IV-1-1 : La demande de santé est elle un investissement ou capital de santé	24
IV-1-2 : La demande de santé : une consommation de soins	29
V : L'hôpital public : Entreprise ou Administration	30
V-1 : L'hôpital-entreprise et le modèle producteur-consommateur	31
V-2 : Le modèle Hôpital-bureaucratique.....	32
V-2-1 : Le rôle du droit dans le fonctionnement d'une organisation.....	32
V-2-2 : Budget discrétionnaire et hôpital public	34
VI : Le financement des soins par l'assurance maladie.....	35
VI-1 : Le fondement du mode de financement de la santé.....	36
VII : La coordination interne et la logique de l'organisation.....	37

VII-1 : Système d'agence et relation d'agence.....	37
VII-1-1 : L'approche normative	39
VII-1-1 : L'approche positive.....	40
VII-2 : L'approche des économie de convention	40
SECTION II : L'évaluation économique dans le domaine de la santé.....	41
I- L'analyse coût-efficacité (ACE)	42
II- L'analyse coût-avantage (ACA)	43
III- L'analyse coût-bénéfice (ACB).....	44
IV- L'analyse coût-utilité (ACU).....	45
Conclusion.....	46
RELATION ENTRE LA SANTÉ ET LE TRAVAIL	47
Introduction	47
I. Relation entre travail, santé et productivité de l'entreprise.....	49
I-1. Santé et travail : deux notions opposées ou complémentaires ?	50
I-1-1 : les effets du travail sur la santé.....	50
I-2. Contribution de la santé au travail à la production et à la productivité de l'entreprise.....	54
II. Conséquences économiques et sociales des risques professionnels	56
II-1. Les conséquences économiques des risques professionnels	57
II-2. Les conséquences sociales des risques professionnels	60
III. Les principales catégories des risques en milieu de travail	63
III-1. Les typologies des risques professionnels	63
III-1-1. Les risques mécaniques	64
III-1-2. Les risques physiques	64
III-1-3. Les risques chimiques.....	65
III-1-4. Les risques biologiques.....	66
III-1-5. Autres risques professionnels.....	67
III-2. Les accidents du travail	68
III-3. Maladies professionnelles.....	69
IV. Relation entre conditions de travail, santé et sécurité au travail.....	70
IV-1. Effet des conditions de travail sur la santé des travailleurs	72
IV-2. Organisation et gestion des conditions de travail.....	73
IV-2-1. Conditions matérielles et physiques du travail.....	74
IV-2-2. Structures médicales et sanitaires	76
V. Rôle de la prévention des risques professionnels dans la réduction des coûts dans l'entreprise ..	76
V-1. Les différentes mesures de prévention et de sécurité au travail	78
V-1-1. Prévention technique	78

V-1-1. Prévention médicale	79
V-2. La prévention des risques professionnels : un véritable instrument économique	80
V-2-1. Rôle de la prévention des risques professionnels dans la politique de réduction des coûts dans l'entreprise	80
V-2-2. Démarche de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise	81
VI. Les différents acteurs économiques de la prévention des risques.....	83
VI-1. Les acteurs internes de prévention des risques professionnels dans l'entreprise.....	84
VI-1-1. Le chef d'entreprise(L'employeur)	84
VI-1-2. La commission d'hygiène et de sécurité (C.H.S).....	85
VI-1-3. Le directeur des ressources humaines (DRH).....	85
VI-1-4. La médecine du travail	86
VI-1-5. Les syndicats et les travailleurs.....	87
VI-2. Les acteurs externes de prévention des risques professionnels à l'entreprise.....	87
VI-2-1. L'inspection du travail.....	87
VI-2-2. Autres organismes nationaux	88
Conclusion.....	89
CADRE RÉGLEMENTAIRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU	90
Introduction	90
I : Aperçu historique de la couverture sociale	92
I-1 : Aperçu historique de la couverture sociale au niveau international	92
I-1-1 :Origine lointaine	92
I-1-2 : Première forme de protection sociale.....	93
I-1-3 :Contribution de l'OIT à la couverture sociale mondiale.....	97
I-2 : Aperçu historique de la couverture sociale en Algérie	98
I-2-1 : Avant l'indipendance.....	98
I-2-1 : Après l'indipendance	99
II : Cadre juridique des conditions de sécurité et de santé au travail	101
II-1 : Cadre juridique de conditions de sécurité et de santé au travail au niveau international....	101
II-1-1 : Les politiques normative de l'organisation internationale du travail.....	101
II-1-2 :Le contenu des normes internationale du travail en matière de santé et de sécurité au travail.....	102
II-2 : Législation des conditions de santé au travail en Algérie	113
II-2-1 : L'organisation du travail	114
II-2-1 : Mesures générales d'hygiène, de sécurité, de santé, médecine du travail et accidents de travail et maladies professionnelles.....	118

Conclusion.....	129
ENQUETE AUPRÈS DES TRAVAILLEURS DE LA COMMUNE DE BEJAIA SUR LEUR SITUATION SANITAIRE EN MILIEU PROFESSIONNEL.....	130
INTRODUCTION.....	130
I- : Méthodologie et caractéristiques générales de l'enquête.....	131
I-1: Présentation de l'enquête	131
I-1-1: Les objectifs de l'enquête.....	132
I-1-2: Les caractéristiques générale de l'enquête	133
I-1-3: Base de sondage (échantillon).....	133
I-2 : Répartition géographique de l'échantillon	134
I-2 : Distribution des quetionnaires	134
I-2 : Contrôle des quetionnaires	134
I-3 : Le dépouillement	135
I-4 : Difficultés rencontrées	136
I-5 : Présentation et analyse des résultats de l'enquête	136
II: Attitudes des enquêtés vis-à-vis du niveau d'instruction et de	137
II-1: niveau d'instruction.....	137
II-2: Connaissances réglementaires et législatives.....	138
III : Connaissances sur l'organisation et conditions de travail	139
III -1 : Organisation du travail	139
II -1-1 : Heures du travail.....	139
II -1 : Travail de nuit.....	142
II -1 : Congés annuels	145
II -1 : Congés de maladie	149
III-2 : Conditions du travail	151
III-2-1 : Environnement du travail	151
III-2-2 : Risques du travail.....	153
III-2-3 : Stress au travail	155
III-2-1 : Tabacs au travail	157
IV : Situation sanitaire des travailleurs et indicateur de santé au	159
IV-1 : Problèmes de santé au travail	159
IV-2 : Risques d'accidents de travail et/ou de maladies professionnelles.....	162
IV-3 : Fréquences des accidents de travail	168
IV-4 : Visites médicales	170
IV-5 : Coûts moyens d'un accident de travail	171
V- : Mesures sécuritaires et préventives des entreprises.....	172

V-1 : Mesures de protection dans les entreprises.....	172
V-2 : Equipement de protection individuelle et collective	173
V-3 : Comité d'hygiène et de sécurité.....	175
V-4: Signalisation des risques professionnels.....	176
Conclusion.....	178
CONCLUSION GENERALE	180
BIBLIOGRAPHIE.....	184
ANNEXES	197
LISTE DES TABLEAUX.....	216
LISTE DES FIGURES	218

RESUME

La sécurité et la santé au travail constituent la priorité des organismes internationaux (OIT, OMS) et des organismes nationaux (INPRP, INT, IGT, CNAS) dans le but de répondre à un besoin de bien-être physique et mental des travailleurs dans leur milieu professionnel. De nos jours, la santé au travail occupe une place grandissante dans l'élaboration des politiques d'entreprises et pèse de plus en plus lourdement sur la sécurité sociale, les entreprises, les travailleurs et leurs proches.

Éveillés de l'ampleur de ce problème et de ses résultats sur les systèmes et les politiques de santé au travail dans le monde professionnel, les organismes spécialisés ont recommandé de réduire les dépenses liées aux accidents de travail et aux maladies professionnelles, en mettant en œuvre de différentes directives notamment la protection et la promotion de la santé au travail avec l'instauration d'une panoplie de lois et de textes réglementaires et législatifs.

L'Algérie a engagé de diverses circonspections dans le monde du travail à l'effet de maîtriser de manière rationnelle les dépenses financières qu'engendrent les accidents de travail et les maladies professionnelles. À partir de la fin des années 80, le législateur algérien a mis en place un ensemble de procédures dans le but de promouvoir et maintenir un plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans les entreprises. Cependant, les résultats escomptés de cette politique n'ont pas été satisfaisants et les dépenses en matière d'AT/MP continuent à connaître des accroissements considérables. De plus, la part de cette branche dans la sécurité sociale demeure relativement de plus en plus galopante.

Le présent mémoire porte sur une tentative d'évaluation de la situation sanitaire des travailleurs de la commune de Béjaïa après la mise en place d'un ensemble de directives à encourager la protection et la promotion de la santé au travail. Dans ce contexte, nous avons mené une enquête à Béjaïa afin de déterminer les principaux facteurs qui sont à l'origine des AT/MP à travers l'étude du taux et du degré de bien-être du personnel enquêté et le rôle joué par la prévention dans la réduction des risques professionnels et les dépenses financières inhérentes à la santé au travail.

Mots clés : Santé au travail, Entreprises, Accidents de travail, Maladies professionnelles, Algérie, Béjaïa.

ABSTRACT

Health and security at work constitute an international (ILO, WHO) and national (INPRP, INT, IGT, CNAS) organisms priority on the aim to answer the mental and physical welfare needs of the working people in their professional environment. Nowadays, health at work holds the greatest place in the political elaborations of the companies and focus more on the social security, companies, workers and their relatives.

Awaken the to the width of this problem and its profits on the system and the politics at work in the professional world. The specialized organisms have recommended to reduce the expenditures linked to the work accident and professional illnesses, we implement the different directives as well the health protection and promotion at work by founding range of laws and regular legislative letters.

Algeria has undertaken several cautions in the employment world for purpose to control the financial expency in a rational way due to the work accidents and proessionl sicknesses. From the end of eighties, the algerien legislator has put on set of procedures in order to promote and to reach the highest degree of physical, mental and social well-being of the woerkers in the companies, however, the expected profits of this politics was not satisfying and the ewpencies in the accidents and proessionl sicknesses matter knows a significant increase, Besidesn the part of this branch in the social security remains relatively more and more galloping.

The present report concerns an attempt of evaluation of the sanitary situatuion of the workers of Bejaia community, after setting down a harmonious directives to encourage the health protection and promotion at work. In this context, we lead an investigation in Bejaia in order to determine the main factors wich are the origin of accidents and proessionl sicknesses through the study of the rate and the well-being degrees of investigated staff and played role by the predisposition in the reduction of the professional hazards and the inherent financial expenditures to the health at work.

Keywords: Health at work, companies, work accidents, proessionl sicknesses, Algeria, Bejaia.

ملخص:

- إن الحماية والصحة في العمل لها الأولوية في المنظمات والهيئات العالمية (OIT , OMS) والوطنية (INPRP , INT, IGT,CNAS) لهدف تأمين الراحة الجسدية والمعنوية للعمال في وسطهم المهني.

- في السنوات الأخيرة، للصحة في العمل أهمية ومكانة كبيرة في تكوين استراتيجيات المؤسسات، ولها عبأ كبير على مستوى الحماية الاجتماعية، المؤسسات، العمال، والأقرب منهم.

- للتنبيه على أهمية هذا المشكل ونتائجه على الأنظمة السياسية للصحة في العمل، يطلب إلى الهيئات المختصة: التخفيض من النفقات المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية وذلك بوضع عدة توجيهات، لاسيما حماية وترقية الصحة في العمل مع تشكيل مجموعة من النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بمواضيع تركز على أساس راحة العمال جسديا ومعنويا على المستوى المهني.

- إن الجزائر اتخذت إجراءات دستورية في ميدان العمل، لهدف التحكم في النفقات المالية الناتجة عن حوادث العمل و الأمراض المهنية بداية من عام 1980. إن المشرع الجزائري قد وضع حيز التنفيذ لمجموعة من الإجراءات القانونية والتشريعية لهدف تأمين أعلى درجة من الراحة: جسديا ومعنويا و تحسين الحالة الاجتماعية للعمال على مستوى المؤسسات. ولكن النتائج المتحصل عليها من هذه السياسة لم تكن مرضية والنفقات على مستوى حوادث العمل و الأمراض المهنية، مازالت تعاني من ارتفاع محسوس في فرع الحماية الاجتماعية الذي ما زال دائما في ارتفاع.

- هذه المذكرة قد تساعد في تحسين الوضعية الصحية للعمال على مستوى المؤسسات الجزائرية بعد وضع حيز التنفيذ للعديد من الإجراءات والتوجيهات بهدف تشجيع الحماية والترقية الصحية للعمال.

- وفي هذا المجال قمنا بإجراء تحقيق على مستوى عمال المؤسسات لولاية بجاية لهدف استخلاص أصل أهم العوامل المسببة في حوادث العمل و الأمراض المهنية وعن طريق دراسة مستوى راحة العمال في وسطهم المهني والدور الذي تلعب فيه الوقاية في التقليل من الأخطار المهنية والنفقات المتعلقة بالصحة في العمل.

كلمات المفاتيح: الصحة في العمل- المؤسسات- حوادث العمل- الأمراض المهنية- الجزائر- بجاية.