

Santé au travail

Huit terrains d'action pour la politique communautaire

Laurent Vogel

Chargé de recherches au BTS



*Bureau Technique
Syndical Européen
pour la Santé et la Sécurité*

Sommaire

	Introduction	3
1.	La santé au travail Un important chantier pour réduire les inégalités sociales de santé	6
2.	La stratégie communautaire pour la période 2002–2006 Se donner les moyens de ses ambitions	10
3.	Les systèmes de prévention Pour une stratégie cohérente	13
4.	L'organisation du travail Un ensemble de facteurs importants	15
5.	Les risques chimiques Cause majeure de mortalité en santé au travail	22
6.	La précarisation du travail Un problème majeur	27
7.	Santé reproductive et maternité Améliorer la connaissance et la prévention	29
8.	Reconnaissance des maladies professionnelles Tirer les leçons d'un échec	32

Introduction

Chaque année, dans l'Union européenne, plus de cent mille personnes perdent la vie en raison d'un accident ou d'une maladie causés par de mauvaises conditions de travail. A vrai dire, ce n'est qu'un ordre de grandeur minimal. Il n'est pas possible de proposer un chiffre précis. Il s'agit d'une estimation prudente et certainement sous-estimée. Chaque fois que les autorités publiques ou les chercheurs se donnent la peine de mesurer l'impact des conditions de travail sur l'un ou l'autre aspect de la santé, ils découvrent de nouveaux problèmes. Les travailleurs et travailleuses n'attendent pas les spécialistes pour faire ce constat. Dans les enquêtes, ils expriment massivement la fatigue, les douleurs, les handicaps et les maladies dont ils souffrent. Le Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité a été précisément créé, il y a une quinzaine d'années, pour que la perception et le point de vue des travailleurs soient reconnus comme une source d'expertise réelle. Le BTS cherche à mieux connaître la réalité à travers ses réseaux syndicaux et ses contacts avec les autres acteurs de la prévention. Il cherche à connaître cette réalité pour la transformer. C'est pourquoi une des activités importantes du BTS est d'assister la Confédération Européenne des Syndicats et ses organisations affiliées dans leur lutte pour la santé au travail. Au cours de ces quinze années, nous sommes intervenus dans des domaines très divers : de la sécurité des machines à la prévention des cancers, de l'ergonomie au fonctionnement des services de prévention, des débats politiques au Parlement européen à l'appui aux initiatives de délégués syndicaux dans les comités d'entreprise européens de plusieurs groupes. Peu à peu, tant les autorités publiques que les professionnels de la prévention ont reconnu l'importance du travail accompli par une petite équipe dont le souci principal est d'associer l'expertise technique à un engagement décidé du côté des travailleurs et de leurs organisations.

La santé au travail manque dramatiquement de visibilité. Elle fait rarement l'objet des titres des journaux. Les recherches dans ce domaine retiennent peu l'attention des autorités publiques. Pour ne prendre qu'un exemple, des fonds considérablement plus importants sont engagés pour les recherches génétiques sur le cancer par rapport aux maigres financements dont disposent les recherches qui s'intéressent au rôle des expositions professionnelles dans les cancers.

Souvent, il se crée une fausse représentation selon laquelle les problèmes de santé au travail sont principalement d'ordre technique. Nous pensons, au contraire, que la santé au travail est d'abord un thème politique qui reflète des choix de société.

Cette brochure entend présenter de façon concise quelques-uns des débats qui sont à l'ordre du jour dans l'Union européenne sur les problèmes de santé au travail.

Il ne s'agit pas d'une présentation exhaustive. D'autres publications du BTS et les dossiers de son site internet fournissent des informations et des analyses plus détaillées. Le BTS a voulu présenter une synthèse destinée à faciliter l'accès à des discussions parfois difficiles à maîtriser. Pour éviter de trop longs développements, nous avons écarté certains thèmes. Cela ne signifie pas qu'ils soient peu importants. D'autres publications du BTS y sont consacrées. Nous pensons en particulier aux débats concernant la conception des équipements de travail, la normalisation technique et la surveillance du marché.

Rappelons brièvement qu'en 2005 plusieurs thèmes seront soumis à l'examen du Parlement européen. Certains concernent directement et uniquement la santé au travail. D'autres couvrent différents domaines mais auront un impact important sur la santé au travail. Il est probable qu'une partie des discussions se poursuivront en 2006, voire au-delà.

On peut mentionner parmi les questions les plus importantes qui sont à l'ordre du jour du Parlement :

- Le projet REACH de réforme des règles du marché des produits chimiques qui a fait l'objet d'une attaque virulente de la part de l'industrie chimique et de l'administration Bush.
- La proposition de révision de la directive sur le temps de travail présentée par la Commission en septembre 2004 qui pourrait marquer une véritable régression sociale.
- La proposition de modification de la directive sur la protection des travailleurs exposés à des agents cancérigènes qui prévoit d'intégrer les agents mutagènes et toxiques pour la reproduction. Il s'agirait d'une avancée importante pour la protection de la santé reproductive.
- La discussion du bilan que la Commission a effectué en 2004 de l'application de la directive-cadre de 1989 et de cinq autres directives concernant la santé au travail.
- La discussion du rapport que la Commission fera début 2005 concernant le bilan à mi-parcours de la stratégie communautaire pour la santé et la sécurité.
- La discussion de la communication que fera la Commission sur les initiatives communautaires pour prévenir les troubles musculo-squelettiques.
- La proposition de directive sur la libéralisation des services (appelée parfois "directive Bolkestein") qui est susceptible d'affecter les niveaux de santé et de sécurité dans de nombreux secteurs (notamment la construction ou l'ensemble des secteurs qui ont recours au travail intérimaire).

D'autres thèmes mériteraient de faire l'objet de débats même s'ils ne figurent pas encore formellement à l'ordre du jour des travaux du Parlement européen. Nous pensons notamment aux questions suivantes :

- L'impact du travail précaire sur la santé et la sécurité.
- La nécessité d'une approche de la santé au travail qui tienne compte de l'égalité des hommes et des femmes et garantisse la mixité de l'ensemble des postes de travail dans des conditions favorables à la santé tout au long de la vie.
- L'amélioration des dispositifs de contrôle du marché des équipements de travail dans le cadre d'une application efficace de la directive Machines (dont la révision est pratiquement achevée).
- Les liens entre les politiques communautaires de santé publique et la santé au travail en particulier sur la base de l'objectif d'une réduction des inégalités sociales de santé.

L'ensemble des questions soulevées ici sont débattues, à la fois, dans les instances communautaires et au niveau national. Depuis sa création, à travers les échanges d'expériences et les pratiques de coopération entre des organisations syndicales, le BTS a été très attentif à ce que l'intervention communautaire se nourrisse en permanence des expériences nationales, de ce que peuvent nous apprendre les succès et les échecs.

Les défis sont d'autant plus grands que l'élargissement de l'Union européenne a créé un ensemble plus diversifié et plus complexe. Les nouveaux Etats membres ont dû assimiler en quelques années l'acquis communautaire. Une nouvelle Commission est entrée en fonction en novembre 2004. Le Parlement européen a été renouvelé quelques mois plus tôt. L'élargissement de l'Union européenne n'implique pas de façon automatique qu'il y aura progrès ou régression dans le domaine social. Tout dépend des dynamiques sociales et politiques dans chacun des Etats membres et de la manière dont elles influenceront les politiques communautaires. La santé au travail fait partie de ces questions où la vie quotidienne de chaque personne et les grandes décisions politiques se rencontrent constamment. Cette brochure voudrait contribuer à un dialogue fructueux entre Parlementaires européens et syndicalistes. Elle entend ainsi contribuer à une dynamique d'ensemble qui dessinera le visage de l'Europe de demain.

Marc Sapir

Directeur du BTS

Novembre 2004

1. La santé au travail

Un important chantier pour réduire les inégalités sociales de santé

Dans tous les pays de l'Union européenne, l'on constate la persistance et souvent l'aggravation des inégalités sociales de santé. L'espérance de vie, la probabilité de souffrir d'un handicap, la prévalence de nombreuses maladies varient en fonction de la classe sociale des individus.

Les conditions de travail constituent une cause importante de ces inégalités sociales de santé. De mauvaises conditions de travail contribuent à une espérance de vie réduite parfois de façon directe en tant que causes d'accident ou de maladie mortels, parfois de façon indirecte en contribuant à la détérioration globale de la santé. Ainsi, on associe le stress provoqué par les conditions de travail à un ensemble de pathologies et notamment à des maladies cardiaques.

Pourquoi l'action communautaire est-elle importante ?

L'Union européenne constitue un marché unique. Elle assure la libre circulation des capitaux, des services, des travailleurs et des marchandises. Un tel marché rend nécessaire le développement d'un cadre juridique communautaire qui harmonise les législations nationales. Un objectif essentiel de cette harmonisation est d'éviter une concurrence sauvage qui se ferait au prix d'une dégradation des conditions de travail et d'une détérioration de la santé et de la sécurité des travailleurs.

Depuis sa création et, surtout, depuis l'Acte unique européen de 1986, l'Union européenne a élaboré une législation importante concernant la santé au travail. C'est, avec les dispositions concernant l'égalité des hommes et des femmes, le domaine de la politique sociale communautaire qui a connu les développements les plus importants.

Néanmoins, cette législation n'a pas suffi à améliorer de façon significative les conditions de travail. Elle a été un réel facteur de progrès dans l'ensemble des pays communautaires mais elle reste marquée par un certain nombre de lacunes et d'insuffisances. Par ailleurs, le travail change. Certains risques négligés par le passé émergent avec une force particulière. Des problèmes nouveaux apparaissent ou s'aggravent tandis que d'autres perdent de leur importance. Les données techniques et scientifiques évoluent. Les attentes des travailleurs se modifient. C'est pourquoi la législation communautaire dans le domaine de la santé au travail reste un chantier inachevé. Si les développements législatifs ont

été très dynamiques entre 1989 et 1992, ils se sont fortement ralentis par après. Un retard certain s'est accumulé.

L'action communautaire ne se limite pas à l'adoption d'une législation. Elle doit être complétée par une stratégie d'ensemble qui repose sur différentes fonctions comme le suivi de l'application et l'évaluation continue ("monitorage") de la situation, l'action de contrôle et de sanction à l'égard des Etats qui ne respecteraient pas leurs obligations, l'information, la recherche, l'intégration de la santé au travail dans d'autres politiques communautaires, etc.

A cet égard, l'action coordonnée de différentes institutions et agences communautaires est particulièrement importante. Citons notamment l'Agence de Bilbao pour la santé et la sécurité au travail, le Fondation de Dublin, le Comité consultatif tripartite de Luxembourg ainsi que des organes moins connus et plus spécialisés comme le Comité des Hauts Responsables de l'Inspection du Travail ou le SCOEL (comité scientifique pour la fixation de valeurs-limites d'exposition).

Une telle action coordonnée implique que la Commission européenne elle-même accorde à la santé au travail une attention suffisante et des moyens adéquats. A plusieurs reprises, tant le Parlement européen que le Comité Economique et Social se sont inquiétés de la réduction des moyens humains et matériels dont disposait la Commission pour impulser les politiques de santé au travail et pour suivre la correcte application des directives dans les différents Etats membres. L'élargissement de l'Union européenne à 25 pays et l'importance des débats en cours soulignent la nécessité de renforcer ces moyens. Jusqu'à présent, aucune initiative n'a été prise dans ce sens. Nous ne croyons pas que la prise en compte de la santé au travail dans d'autres politiques sociales soit une réponse suffisante. S'il n'existe pas un noyau solide intervenant exclusivement dans le domaine de la santé au travail, cette politique risque de se diluer et de perdre toute cohérence.

Quelques données relatives à l'impact des conditions de travail sur la santé

Les conditions de travail peuvent s'analyser sur la base de différents critères. L'enquête sur les conditions de travail de la Fondation de Dublin illustre cela. En termes de perception immédiate, 27 % des travailleurs de l'Europe des quinze considéraient en 2000 que leurs conditions de travail comportaient des risques pour la santé et la sécurité. Dans une optique de durabilité à plus long terme, la situation apparaît comme encore plus critique : 42 % des travailleurs de l'Europe des 15 considéraient qu'il n'était pas possible ou pas souhaitable de conserver le même travail quand ils auront atteint l'âge de 60 ans. La situation dans les nouveaux Etats membres est généralement encore plus préoccupante.

L'enquête sur la force de travail dans l'Union européenne de 1999 comportait un module sur la santé au travail. Il apparaît que sur 100.000 personnes, 5.372 souffrent d'un problème de santé causé ou aggravé par leurs conditions de travail actuelles ou passées en dehors des accidents de travail. L'une des conséquences de cette situation est la perte de 350 millions de journées de travail par an.

Quelques principes de base

La législation concernant la santé au travail apparaît parfois comme une matière extrêmement technique qui ne serait maîtrisée que par des spécialistes. Les données de base de cette légis-

lation renvoient pourtant à des choix de société fondamentaux. Depuis le début de la révolution industrielle, la question suivante a été posée : quelles sont les responsabilités des autorités publiques lorsque l'accumulation des richesses de quelques-uns peut provoquer de graves atteintes à la vie et à la santé de la majorité de la population ? Sous la pression du mouvement ouvrier, le "laissez-faire, laissez-passer" des libéraux a été combattu. Il est

apparu que l'on ne pouvait se limiter à proposer une autorégulation de la part des entreprises basée sur leurs intérêts économiques à long terme ou sur des sentiments de compassion ou de responsabilité sociale. Il fallait intervenir et fixer des conditions et des limites. Dès la première moitié du XIX^e siècle, des règles ont été élaborées pour interdire le travail des enfants, fixer quelques conditions pour assurer la sécurité des machines, contrôler l'hygiène des lieux de travail.

Chaque fois qu'il s'est agi de légiférer pour protéger la santé et la sécurité au travail, les réformes proposées ont été violemment attaquées. Généralement, les critiques ne portent pas tellement sur le contenu des mesures proposées mais sur leurs coûts. Des estimations alarmistes ont toujours présenté la législation comme une menace pour l'économie. Au XIX^e siècle, les industriels avaient prédit que l'interdiction du travail des enfants dans les mines constituerait le début du déclin économique de l'Europe. Encore aujourd'hui, les opposants à la législation communautaire sur la santé au travail avancent des estimations très exagérées sur les coûts, voire sur d'éventuelles pertes d'emploi. Il convient de rappeler que les coûts de la prévention se traduisent par des bénéfices considérables pour la société et pour les personnes protégées.

L'existence d'une législation ne résout évidemment pas tous les problèmes mais c'est le point de départ indispensable. Sans règles contraignantes, il existera toujours une concurrence entre des employeurs décidés à réaliser des profits à n'importe quel prix, y compris en provoquant la mort de travailleurs, et d'autres plus attentifs à la prévention.

Une législation n'existe que pour être appliquée. A cet effet, il est indispensable de définir une stratégie pour la santé au travail tant au niveau communautaire que dans chacun des Etats membres. Une telle stratégie doit prévoir des ressources adéquates, stimuler la coopération entre différentes autorités impliquées, mettre en place des systèmes de contrôle et de sanction. Une telle stratégie ne peut être élaborée sans la consultation des organisations syndicales et il est important qu'elle soit régulièrement évaluée de manière à être modifiée en temps utile lorsque des nouveaux problèmes apparaissent ou lorsque des lacunes sont identifiées.

La santé ne peut pas être imposée par d'autres. Elle se construit, individuellement et collectivement, par une action quotidienne. C'est pourquoi le mouvement syndical est un acteur central en santé au travail. L'existence d'un réseau dense et actif de représentants des travailleurs pour la santé et la sécurité est une des conditions décisives pour la réussite de toute stratégie de santé au travail. Aujourd'hui, dans l'Union européenne, des quantités importantes de travailleurs sont exclus de toute forme de représentation en santé au travail soit en raison de la taille de leur entreprise, soit en raison de leur statut d'emploi (par exemple, les travailleurs intérimaires) ou encore pour d'autres facteurs.

Références pour approfondir le sujet

- Le BTS va publier en 2005 une brochure sur le fonctionnement de la politique européenne en santé et sécurité au travail.
- Eurostat, *Work and health in the European Union - A statistical portrait*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004. Consultable sur : <http://europa.eu.int/comm/eurostat> > Publications.
- Documents des enquêtes européennes sur les conditions de travail réalisées par la Fondation de Dublin. Voir : <http://www.eurofound.ie/working/surveys/index.htm>.
- Sur la contribution des facteurs psychosociaux aux inégalités sociales de santé : numéro thématique de *Social Science and Medicine*, vol. 58 (2004).

2. La stratégie communautaire pour la période 2002–2006

Se donner les moyens de ses ambitions

La Commission a adopté en mars 2002 une communication qui décrit une stratégie dans le domaine de la santé au travail pour la période 2002-2006.

L'analyse de ce document suscite cependant certains doutes sur la cohérence des actions proposées.

La communication de la Commission contient de nombreux éléments d'analyse intéressants. Par contre, les propositions pratiques sont faibles, aucun calendrier ne fixe des échéances précises. A mi-parcours, fin 2004, une rapide évaluation fait apparaître que les initiatives n'ont pas été très abondantes...

On peut prendre les troubles musculo-squelettiques (TMS) comme exemple. Il s'agit d'un ensemble de pathologies qui affectent massivement les travailleurs en Europe. La communication de la Commission souligne à juste titre qu'ils constituent une priorité en santé au travail. Au lieu de proposer des initiatives précises, la Commission a annoncé en 2002 qu'elle présenterait une communication sur les TMS. Cette communication aurait dû examiner les causes et proposer des modifications ou des nouvelles dispositions législatives dans les domaines encore insuffisamment couverts. Dans la pratique, fin 2004, aucune initiative n'a encore été engagée et cette communication n'a toujours pas été présentée.

La question centrale que cherche à contourner la communication de la Commission est la suivante. En santé au travail, les directives constituent le principal instrument de l'intervention communautaire. Ce point a été accepté à l'unanimité par les Etats qui étaient membres de l'Union européenne lors de la révision du traité par l'Acte unique européen en 1986. Tous les progrès réalisés jusqu'à présent ne l'ont été que dans des domaines où des directives communautaires fournissaient une référence commune et contraignante. Dans d'autres domaines, comme la reconnaissance des maladies professionnelles, où il n'existe que des références non contraignantes (des recommandations), l'échec est patent.

L'insistance avec laquelle la Commission envisage la "soft law" (c'est-à-dire un ensemble hétéroclite de mesures qui ont en commun de ne pas avoir d'effets contraignants) et l'imprécision de ses intentions en ce qui concerne toute nouvelle mesure législative autorisent des doutes

sérieux sur l'existence même d'une stratégie communautaire en santé au travail pour la période actuelle. Depuis 2002, les initiatives de la Commission Prodi ont été peu nombreuses et incertaines. Quelques améliorations ont été proposées (il s'agit principalement du projet de révision de la directive sur les agents cancérigènes), de nombreux dossiers sont restés bloqués (troubles musculo-squelettiques notamment), la révision de la directive sur les travailleuses enceintes n'a toujours pas eu lieu malgré la demande insistante des organisations syndicales et du Parlement européen et malgré l'engagement politique qui avait été pris en 1992. Sur le temps de travail, la Commission a cédé aux pressions patronales et voudrait opérer une régression. Lorsqu'un dossier l'embarrasse la Commission tend à faire appel à la "bonne volonté des partenaires sociaux" plutôt qu'à adopter une position claire qui pourrait fâcher certains gouvernements. Par ailleurs, les débats en cours sur la réglementation du marché des produits chimiques (REACH) et la révision de la directive Machines montrent que la santé au travail reste mal intégrée dans la politique commerciale. Certaines propositions concernant d'autres domaines comme la proposition de directive sur la libéralisation des services (directive Bolkestein) pourraient avoir un impact très négatif sur la santé au travail.

Quel rôle pour le Parlement européen ?

Le Parlement européen intervient en tant que co-législateur dans l'élaboration des dispositions communautaires concernant la santé au travail.

Par ses amendements, il peut contribuer à l'adoption de textes plus cohérents et plus efficaces. Il peut également rejeter les textes qui aboutiraient à une régression sociale. C'est ce qui s'est passé en novembre 2003 lorsque le Parlement européen a repoussé une proposition de directive, préparée par la Commission en février 2001, qui remettait gravement en cause les conditions de travail des dockers.

D'importantes mobilisations syndicales ont eu lieu pendant les deux années qu'ont duré les débats. Elles ont contribué à la réaction salutaire du Parlement qui, en novembre 2003, a rejeté en séance plénière le projet de directive élaboré lors de la procédure de conciliation. (Voir la chronologie des événements p. 12.)

Mais le rôle du Parlement ne se limite pas à l'élaboration de la législation. Il peut de sa propre initiative examiner les problèmes qui se posent, identifier les besoins qui justifient une action communautaire. Par le passé, le Parlement européen a organisé des "hearings" pour faire le point sur un problème déterminé (par exemple, les troubles musculo-squelettiques).

Le Parlement est aussi appelé à jouer un rôle dans l'évaluation de l'application de la législation communautaire et des résultats des politiques communautaires. A plusieurs reprises, le Parlement s'est inquiété de la forte diminution des moyens en personnel dont la Commission dispose pour la santé et la sécurité au travail.

Chaque parlementaire peut, par ses questions, interpellier la Commission et le Conseil sur des problèmes tant en ce qui concerne l'action communautaire que la conformité des législations et pratiques nationales par rapport aux règles de l'Union européenne.

Chronologie des débats parlementaires et mobilisations sociales sur le travail portuaire

- **13 février 2001.** La Commission européenne publie sa proposition de directive sur la libéralisation des services portuaires.
- **25 septembre 2001.** Première journée d'action de la Fédération Européenne des Travailleurs des Transports. Mobilisations de dockers britanniques, espagnols et belges.
- **14 novembre 2001.** Le Parlement européen amende la directive, mais le principe de l'auto-assistance est maintenu.
- **13 décembre 2001.** Plusieurs milliers de dockers prennent part à la manifestation de la CES à l'occasion du sommet européen de Laeken (Belgique) et font largement connaître leurs revendications.
- **19 février 2002.** La Commission européenne amène une nouvelle proposition, qui ne tient pas compte des modifications suggérées par le Parlement.
- **14 mars 2002.** Les dockers prennent une part active à la manifestation de la CES à l'occasion du sommet européen de Barcelone.
- **Juin 2002.** Premières grèves dans six pays différents (y compris la Norvège) contre les propositions de la Commission européenne.
- **25 juin 2002.** Le Conseil des ministres adopte une position commune. Les dispositions concernant l'auto-assistance sont aggravées.
- **Janvier 2003.** Deuxième journée d'action avec des grèves de 24 heures qui s'étendent à 17 pays.
- **17 février 2003.** 500 dockers de 13 pays européens, réunis à l'appel de la Fédération Européenne des Travailleurs des Transports, font entendre leurs revendications au siège bruxellois du Parlement européen.
- **18 février 2003.** La Commission des Transports du Parlement européen élabore un compromis qui limite les aspects les plus dangereux de la directive tout en acceptant, sous certaines conditions, l'auto-assistance.
- **20 février 2003.** 250 dockers manifestent à Anvers contre la visite de la Commissaire européenne des Transports, Loyola De Palacio.
- **10 mars 2003.** 3.000 dockers de 5 pays manifestent devant le siège de Strasbourg du Parlement européen. Les manifestants ont adopté le slogan "Laissez cela aux spécialistes. C'est notre boulot".
- **12 mars 2003.** Le Parlement européen vote la directive en seconde lecture. Le texte prévoit que l'auto-assistance devra être soumise à une autorisation préalable.
- **15 avril 2003.** Le Conseil des ministres n'accepte pas les amendements du Parlement européen. Début de la procédure de conciliation.
- **9 septembre 2003.** Actions de grève dans les ports belges et hollandais.
- **29 septembre 2003.** A Rotterdam, manifestation de 9.000 dockers venus d'une dizaine de pays (y compris une délégation des Etats-Unis). Arrêts de travail dans les ports belges, français et hollandais. A Barcelone, manifestation de dockers de l'Europe du Sud.
- **30 septembre 2003.** La procédure de conciliation aboutit à un texte qui permet, dans certaines conditions, l'auto-assistance. Le vote est très serré au sein de la délégation du Parlement européen. La Fédération Européenne des Travailleurs des Transports réagit le même jour et rejette les résultats de la procédure de conciliation. Elle annonce de nouvelles actions des dockers contre la directive. Celle-ci doit encore faire l'objet d'un vote d'approbation en séance plénière du Parlement.
- **17 novembre 2003.** Une pétition de 16.000 signatures est remise au président du Parlement européen pour protester contre le compromis issu de la procédure de conciliation. Dans les ports belges, chaque pause débraie une heure plus tôt. Les parlementaires européens sont assaillis d'e-mails.
- **20 novembre 2003.** Par 209 voix pour, 229 voix contre et 16 abstentions, la directive issue de la procédure de conciliation est rejetée par le Parlement européen. C'était la troisième fois seulement en dix ans qu'un projet issu de la procédure de conciliation était rejeté en séance plénière par le Parlement.

Références pour approfondir le sujet

- Les propositions syndicales concernant la nouvelle stratégie communautaire se trouvent dans : VOGEL, Laurent, *Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail*, Bruxelles, CES-BTS, juin 2001.
- SMISMANS, S., *Towards a New Community Strategy on Health and Safety at Work ? Caught in the Institutional Web of Soft Procedures*, *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, vol. 19/1, printemps 2003, pp. 55-84.
- Le BTS publiera prochainement dans sa Newsletter un état des lieux de la mise en œuvre de la stratégie communautaire.
- Site internet du BTS : <http://tutb.etic.org/fr> > Dossiers > Stratégie communautaire

3. Les systèmes de prévention Pour une stratégie cohérente

Un des défauts des législations adoptées entre le début de la révolution industrielle et les années 60 du XX^e siècle est qu'elles étaient conçues comme un ensemble de réponses spécifiques à des risques déterminés. Généralement, le législateur réagissait à un risque avec un certain retard et cherchait à donner une solution technique qui permettrait d'éliminer ou de réduire ce risque. Une telle approche avait pour inconvénients :

- d'être peu préventive : les législations n'intervenaient généralement que longtemps après les premières manifestations d'un risque ;
- d'évoluer trop lentement et de ne pas être adaptée à l'ensemble des situations de travail ;
- de laisser à l'écart de nombreux risques que l'on préférerait ignorer ;
- de donner l'illusion qu'un ensemble de réponses techniques particulières suffisaient à garantir la santé des travailleurs.

A partir des années 60, de nouvelles approches sont apparues en santé au travail. Elles soulignent l'importance d'une stratégie d'ensemble articulée à différents niveaux :

- une stratégie nationale de prévention comprenant notamment une meilleure intégration de la santé au travail avec la santé publique et la défense de l'environnement ; une réglementation plus stricte du marché des équipements de travail et des produits chimiques ; des systèmes de suivi, d'alerte, de contrôle et de sanction ;
- des stratégies sectorielles et territoriales tenant compte des spécificités d'une branche d'activités ou d'un territoire déterminés ;
- une intégration des exigences de santé au travail dans la gestion et les choix stratégiques de l'entreprise ;
- une participation active des travailleurs et de leurs organisations dans la définition et la mise en œuvre des politiques de prévention.

La législation communautaire a surtout porté sur les deux derniers niveaux d'intervention. Elle a principalement défini des règles pour que, dans chaque entreprise, une politique cohérente de prévention soit adoptée. Elle n'a pas abordé de façon systématique le rôle des autorités publiques ni le contenu des stratégies nationales de prévention. Néanmoins, les débats de ces dernières années ont fait apparaître clairement que seule une stratégie nationale de prévention permet d'appliquer les

dispositions concernant les entreprises. Autrement dit, il existe une complémentarité entre l'existence d'une stratégie globale et la mise en place de mécanismes déterminés sur les lieux de travail.

A titre d'exemple, les examens médicaux réalisés dans le cadre de la surveillance de la santé n'ont qu'une efficacité très limitée s'ils ne sont pas complétés par un suivi global de la santé des travailleurs à l'échelle nationale, par des recherches épidémiologiques et par la mise au point de solutions préventives qui, dans de nombreux cas, dépassent les limites de l'entreprise.

Les inspections du travail constituent un élément central dans la mise en œuvre des stratégies nationales de santé au travail. Leur action devrait assurer à l'ensemble des travailleurs de bénéficier des mêmes droits en ce qui concerne la protection de la santé et de la sécurité. Les systèmes nationaux d'inspection du travail connaissent actuellement dans l'ensemble des pays de l'Union européenne des difficultés liées au manque de moyens humains et matériels. Ils ne sont pas en mesure d'apporter une réponse efficace dans un contexte marqué par une forte segmentation de la production, par le développement de rapports de sous-traitance et par le travail précaire.

Début 2004, la Commission a publié son premier rapport sur l'application de la directive-cadre de 1989 et de cinq directives particulières. Ce rapport montre que les stratégies nationales de prévention comportent de nombreuses lacunes. Dans bien des cas, les Etats ont transposé les directives mais ne se sont pas donné les moyens d'assurer une pleine application de celles-ci.

A l'ordre du jour...

- Le Parlement va débattre du rapport de la Commission sur l'application de la directive-cadre de 1989 et de cinq directives particulières. Il peut saisir cette opportunité pour élaborer une vision générale concernant la stratégie communautaire et les stratégies nationales en santé au travail.
- Le Parlement peut soutenir les initiatives permettant un suivi plus systématique des conditions de travail et de leur impact sur la santé ainsi que des activités préventives dans les différentes organisations compétentes de l'Union européenne (Fondation de Dublin, Agence de Bilbao, Eurostat, etc.).
- Le Parlement examinera la mise en œuvre de la stratégie communautaire pour la période 2002-2006, il pourra en analyser les lacunes et formuler des propositions pour des initiatives précises avec un calendrier déterminé. Une communication de la Commission est prévue au début de 2005.
- Le Parlement pourrait examiner l'intégration des priorités en santé au travail dans d'autres politiques communautaires, notamment la protection de l'environnement, la commercialisation des équipements de travail et des produits chimiques, l'égalité hommes-femmes, les politiques de l'emploi, la santé publique et les programmes communautaires de recherche.

Références pour approfondir le sujet

- Dossier spécial sur les services de prévention, *Newsletter du BTS*, n° 21, juin 2003, pp. 19-41. Consultable sur le site internet du BTS : <http://tutb.etuc.org/fr> > Newsletter

4. L'organisation du travail

Un ensemble de facteurs importants

Les problèmes de santé au travail ne dérivent pas uniquement de facteurs matériels comme les équipements de travail ou les produits chimiques. Ils dépendent dans une large mesure de facteurs immatériels : durée du travail, intensité, répartition des horaires, adéquation entre la formation, l'information et les autres supports disponibles et les tâches à remplir, cohésion des collectifs de travail, dignité, etc.

Traditionnellement, les politiques de prévention ont négligé de nombreuses dimensions de l'organisation du travail. Seule la durée du travail a fait l'objet d'une réglementation depuis plus d'un siècle et demi.

L'organisation du travail constitue pourtant un terrain décisif pour améliorer la santé au travail.

Nous nous limiterons ici à signaler quelques uns des enjeux qui doivent être envisagés.

Temps de travail : la durée et l'organisation

Des différences notables existent d'un pays à l'autre dans l'Union européenne en ce qui concerne la durée du travail. Dans un pays comme le Royaume-Uni, la pratique très répandue de dérogations individuelles en ce qui concerne la durée maximale hebdomadaire du travail aboutit à imposer des durées de travail très longues qui comportent des conséquences négatives pour la santé et la sécurité. D'après le gouvernement britannique, 3.742.000 travailleurs travaillent plus de 48 heures par semaine. Cela représente environ 20 % de l'ensemble des travailleurs occupés à temps plein¹. Le problème n'est pas propre au Royaume-Uni. D'après l'enquête sur les conditions de travail de la Fondation de Dublin, dans l'ensemble de l'Europe des quinze, en 2000, 14 % des travailleurs travaillaient plus de 45 heures par semaine et environ un travailleur sur trois était concerné par des longues journées de travail (plus de 10 heures par jour). Dans les nouveaux Etats membres, la durée moyenne du travail est supérieure à celle de l'Europe des quinze.

La durée n'est pas le seul élément pertinent lorsqu'on analyse les relations entre le temps de travail et la santé. La compatibilité des horaires avec les autres activités de la personne en dehors du travail rémunéré est également un élément important. Certains horaires atypiques (travail de nuit, travail du week-end) peuvent aboutir à une réduction des rapports

¹ Source : Department for Trade and Industry, *Working Time – Widening the Debate*, Londres, juin 2004. Ce document peut être consulté sur le site <http://www.dti.gov.uk/consultations/files/publication-1252.pdf>.

sociaux, à des difficultés d'harmoniser la vie professionnelle avec la vie hors du travail. Ces horaires entrent également en conflit avec les rythmes biologiques de l'être humain. Le travail de nuit a notamment été associé avec des troubles du sommeil, des troubles de la digestion, des pathologies cardiaques, etc.

Un troisième facteur joue un rôle important. Il s'agit de la régularité et de la prévisibilité des horaires. Les fréquentes variations d'horaire, le passage de périodes de travail plus ou moins longue à des périodes de travail réduites et, surtout, les incertitudes quant aux horaires des prochaines semaines et des prochains mois ont des conséquences désastreuses pour la santé. Ces situations se multiplient en raison des politiques de flexibilité du temps de travail qui subordonnent les personnes aux besoins immédiats de la production. Ainsi, les périodes pendant lesquelles un employeur exige la disponibilité d'un travailleur ne sont pas comparables au temps libre du point de vue de la qualité du repos, de l'organisation du travail domestique, du choix des activités de loisir, etc. La directive actuelle sur le temps de travail est loin de répondre aux attentes des travailleurs. Et pourtant la proposition de révision de cette directive va dans le sens d'une régression sociale. Cela constituerait un précédent très dangereux de recul des règles de protection des travailleurs.

C'est pourquoi, la révision de la directive constituera un test important pour l'avenir de la politique sociale de l'Union européenne.

Le test de la révision de la directive sur le temps de travail

La directive de 1993 sur le temps de travail reprenait quelques dispositions minimales destinées à améliorer la santé et la sécurité (les articles 3 à 13). C'était probablement la seule directive communautaire qui consacrait plus de place à une série longue et compliquée de clauses de flexibilité, de dérogations et d'exceptions (les articles 16 à 18) qu'aux dispositions substantielles. A bien des égards, elle ressemblait à la toile de Pénélope. Ce que le législateur avait tissé de jour pour garantir la santé et la sécurité pouvait être défait de nuit par les Etats ou les employeurs. Une partie des dérogations et exceptions avait été adoptée à titre provisoire, à la demande du Royaume-Uni et il était entendu qu'une directive plus cohérente aurait dû être proposée après une période de transition de sept ans.

Dès son adoption, la directive a fait l'objet de nombreux conflits. Le Royaume-Uni a tenté d'obtenir son annulation mais la Cour de justice a rejeté ce recours. Différentes questions judiciaires ont permis de résoudre

les difficultés d'interprétation causées par différentes dispositions et ont sanctionné des transpositions insuffisantes. Bien qu'étant consciente des nombreux abus auxquels les dérogations individuelles donnaient lieu, la Commission n'a pas intenté le moindre recours en manquement contre un Etat membre, privant les citoyens communautaires d'une garantie égale dans le domaine des droits sociaux fondamentaux.

Le seul progrès notable a été constitué par l'élargissement progressif du champ d'application des dispositions communautaires dans des activités ou des secteurs exclus par la directive originelle.

En septembre 2004, la Commission a présenté un projet de révision de la directive. Le plafond de 48 heures de travail hebdomadaire est soumis à une flexibilisation accrue. La période de référence pour calculer la durée hebdomadaire du travail pourra être portée à un an.

La proposition maintient la possibilité pour les employeurs de recourir à des dérogations individuelles.

Charge de travail

La charge de travail constitue un élément déterminant pour la santé des travailleurs. C'est aussi un des aspects de l'organisation du travail sur lesquels les politiques de prévention restent trop timides.

La charge de travail constitue une dimension très complexe. Elle implique, tout à la fois, des efforts physiques et intellectuels, un investissement psychologique et affectif. Elle dépend dans une large mesure de la capacité qu'a un individu d'avoir une influence sur le déroulement concret de son travail, des coopérations qui existent entre cet individu et ses collègues, du support assuré par la formation et l'information, de l'adéquation des équipements de travail par rapport aux tâches à accomplir, etc.

Globalement, l'on a pu observer une forte intensification du travail au cours de ces dernières années. Entre 1990 et 2000, la quantité de travailleurs soumis à des cadences élevées est passée de 48 % à 56 %. La quantité de travailleurs soumis à des délais rigoureux est passée de 50 % à 60 % (données de la Fondation de Dublin).

Dans certains cas, ces dérogations seront encadrées par des négociations collectives mais cela ne sera pas obligatoire. La proposition anticipe déjà de tels abus qu'elle se sent obligée de fixer une deuxième limite maximale de 65 heures par semaine. Cette limite n'a pas un caractère absolu : des dérogations seront possibles par voie de conventions ou accords collectifs.

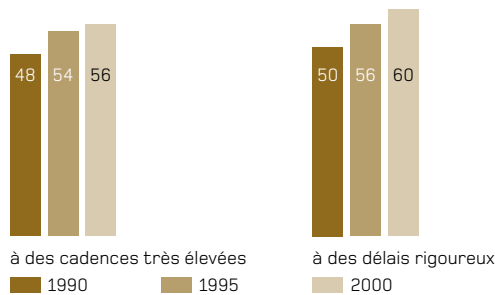
La proposition contient une définition du "travail de garde" qui permet aux employeurs d'obliger du personnel à se trouver sur les lieux de travail et à la disposition de leur employeur sans que ce temps ne soit considéré comme du temps de travail. Cette disposition viole les normes internationales du travail telles qu'elles ont été élaborées par l'Organisation Internationale du Travail dès 1930 ! En effet, suivant les termes de la convention n° 30 concernant la durée du travail dans le commerce et les bureaux, "est considéré comme durée du travail tout le temps pendant lequel le personnel est à la disposition de l'employeur". Cette définition de la Convention n° 30 a été reprise en substance par la Convention

n° 67 concernant la durée du travail dans les transports par route (1939).

Si une caissière de grand magasin est obligée de rester sur les lieux de travail de 9h à 20h mais n'effectue des prestations effectives que pendant 5 h 30, les nouvelles dispositions proposées permettent de considérer qu'elle n'a travaillé que pendant la moitié du temps qu'elle a dû passer effectivement sur son lieu de travail et à la disposition de son employeur. Les irrégularités dans l'organisation du travail liées aux demandes de la clientèle ou au flux de la production pourraient être supportées entièrement par les travailleurs.

La proposition de révision de directive sur le temps de travail constitue donc un test important. Elle apportera une réponse sur la nature de la politique sociale communautaire. Le débat de fond est le suivant : dérégulation au service d'inégalités sociales croissantes ou une amélioration des conditions de vie et de travail de la population.

Travailleurs soumis à des cadences élevées et à des délais rigoureux - 1990-2000 (en %)



Source : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail, 2000*

Cette intensification a de nombreux effets négatifs du point de vue de la santé :

- augmentation du stress et de l'ensemble des troubles psychologiques (fatigue générale, insomnie, dépression, irritabilité, etc.) ;
- phénomènes de somatisation qui augmentent de façon significative de nombreux troubles physiques ;
- développement important d'un ensemble de pathologies que l'on désigne comme "troubles musculo-squelettiques" ;
- l'intensité du travail contribue également aux accidents du travail. Le travail réalisé "dans l'urgence" ne permet pas toujours d'affronter des événements imprévus.

L'intensité du travail est un facteur d'exclusion important notamment pour les travailleurs vieillissants. Pour les femmes qui ont des difficultés à concilier la vie professionnelle avec le travail domestique non rémunéré, elle intervient parfois comme facteur d'exclusion du travail rémunéré, parfois comme un facteur de ségrégation vers le travail à temps partiel.

Le travail monotone et répétitif accroît les effets négatifs de l'intensification du travail. Les données de l'enquête de la Fondation de Dublin mettent en lumière les ravages du travail répétitif sur la santé. Le très rapide développement des troubles musculo-squelettiques montre les atteintes à la santé qui résultent souvent d'une combinaison des facteurs suivants :

- intensification du travail ;
- ampleur du travail monotone et des tâches répétitives ;
- mauvaise organisation du travail et inadéquation des équipements de travail du point de vue ergonomique ;
- stress causé par le travail.

La législation communautaire actuelle est très insuffisante pour orienter les politiques de prévention en ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques. Les directives existantes ne couvrent qu'une partie des problèmes (travail sur écran avec une perspective trop centrée sur la vue, port manuel de charges). Dans une perspective de genre, les lacunes de cette législation concernent tout particulièrement les travailleuses qui sont souvent concentrées dans des activités comportant des gestes répétitifs, des postures forcées et une faible autonomie de décision en ce qui concerne l'organisation du travail.

Tableau 1 Problèmes de santé liés à des gestes répétitifs de la main/du bras - 2000 (en %)

	Douleurs dorsales	Douleurs musculaires dans les épaules et le cou	Douleurs musculaires dans les membres supérieurs	Douleurs musculaires dans les membres inférieurs
Présence de gestes répétitifs	48	37	24	21
Absence de gestes répétitifs	19	11	4	5
Tous les travailleurs	33	23	13	11

Tableau 2 Problèmes de santé liés au travail à cadence très élevée - 2000 (en %)

	Douleurs dorsales	Stress	Douleurs musculaires dans les épaules et le cou	Blessures
Cadence élevée en permanence	46	40	35	11
Jamais de cadence élevée	25	21	15	5

Tableau 3 Problèmes de santé liés à des délais rigoureux - 2000 (en %)

	Douleurs dorsales	Stress	Douleurs musculaires dans les épaules et le cou	Blessures
Cadence élevée en permanence	42	40	31	10
Jamais de cadence élevée	27	20	17	5

Source : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Troisième enquête européenne sur les conditions de travail, 2000

Violence, harcèlement et stress : tous les clignotants sont au rouge pour la charge psychosociale

Différentes enquêtes, nationales et européennes, font état d'une augmentation des problèmes liés à la violence tant physique que psychologique, aux différentes formes de harcèlement (sexuel ou moral) et au stress dans le monde du travail. Ces phénomènes s'expliquent notamment par les facteurs suivants :

- Une meilleure perception de phénomènes qui existaient déjà auparavant mais qui étaient vécus dans le silence et l'isolement.
- Une déshumanisation des conditions de travail souvent liée à des exigences accrues de productivité et à une subordination totale des personnes aux impératifs de la production.
- Des systèmes de gestion qui mettent en concurrence les travailleurs entre eux et brisent les formes de coopération au profit d'une guerre de tous contre tous.

La prévention rencontre des difficultés importantes dans le domaine des risques psychosociaux pour plusieurs raisons :

- Il est généralement impossible d'intervenir dans ce domaine sans remettre en question l'organisation du travail. Or les employeurs considèrent que celle-ci doit être déterminée par eux-mêmes, en fonction de leurs intérêts (généralement le profit des actionnaires).
- Une analyse des aspects psychosociaux inclut nécessairement l'exercice du pouvoir dans l'entreprise. La mise en concurrence des travailleurs, le "management par le stress", les discriminations raciales ou la domination masculine constituent des facettes particulières des rapports de pouvoir.
- Les pratiques multidisciplinaires restent assez limitées dans les services de prévention.
- Les directions d'entreprise tendent à privilégier des approches individuelles de gestion des conflits plutôt que des approches collectives de transformation des conditions de travail. C'est ce que montre la pratique dans le domaine du harcèlement sexuel et du harcèlement moral.

Sans entrer dans une analyse détaillée de ces questions, il est certain qu'elles constituent aujourd'hui des priorités pour la prévention sur les lieux de travail. Une approche de la santé au travail limitée aux risques matériels est inefficace. Pour stimuler les pratiques de prévention, la Confédération Européenne des Syndicats a négocié un accord-cadre européen sur le stress avec les organisations patronales. Cet accord a été signé en octobre 2004. Sa portée réelle dépend étroitement de la capacité d'adopter des dispositions dans chaque pays de l'Union européenne.

L'existence d'un accord-cadre ne décharge pas le législateur communautaire de toute responsabilité dans ce domaine. Les systèmes de relations industrielles sont très variés en Europe et les seuls mécanismes nationaux de négociation collective ne permettront jamais de garantir une protection égale à tous les travailleurs dans l'Union européenne.

A l'ordre du jour...

- Prendre part au processus de révision de la directive sur le temps de travail en défendant une amélioration des conditions de travail et en rejetant les tentatives de régression sociale.
- Amener la Commission à présenter une proposition de directive sur la prévention des troubles musculo-squelettiques et formuler les exigences du Parlement à cet égard.
- Assurer la mise en œuvre de la résolution du Parlement européen de septembre 2001 concernant la nécessité d'adopter des initiatives communautaires contre le harcèlement moral.
- Veiller au suivi de l'application de l'accord entre organisations patronales et organisations syndicales européennes sur le stress au travail. Evaluer la nécessité d'initiatives législatives communautaires si les négociations collectives nationales ne permettent pas de couvrir l'ensemble des travailleurs.

Références pour approfondir le sujet

- BOISARD, Pierre, *et al.*, *Temps et travail : l'intensité du travail*, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002. Consultable sur : <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0248FR.pdf>.
- DAUBAS-LETOURNEUX, Véronique, THÉBAUD-MONY, Annie, *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002. Consultable sur : <http://www.fr.eurofound.eu.int/publications/files/EF0206FR.pdf>.
- CARTRON, Damien, GOLLAC, Michel, "Intensité et conditions de travail", *Quatre pages*, n° 58, Centre d'études de l'emploi, juillet 2003. Consultable sur : <http://www.cee-recherche.fr/fr/publicationspdf/4pages58.pdf>.
- Le stress au travail, Numéro spécial, *Newsletter du BTS*, n° 19-20, septembre 2002.
- Le travail sans limites ? Réorganiser le travail et repenser la santé des travailleurs, Numéro spécial, *Newsletter du BTS*, n° 15-16, février 2001.
- Les troubles musculo-squelettiques en Europe, Dossier spécial, *Newsletter du BTS*, n° 11-12, juin 1999, pp. 11-42. Toutes les *Newsletter du BTS* sont consultables sur : <http://tutb.etuc.org/fr> > Newsletter.

5. Les risques chimiques

Cause majeure de mortalité en santé au travail

Les risques chimiques constituent aujourd'hui une cause majeure de mortalité des travailleurs dans les pays de l'Union européenne : une cause qui provoque beaucoup plus de décès que les accidents du travail. Une récente étude espagnole estime que les maladies causées par le travail provoquent dans ce pays 15.000 morts par an². Suivant cette estimation conservatrice, la principale pathologie concernée est le cancer et la cause principale est constituée par le risque chimique. D'autres études nationales qui s'efforcent d'évaluer la mortalité attribuable aux conditions de travail aboutissent à des résultats comparables³.

L'exposition aux agents chimiques est une des causes majeures d'inégalités sociales de santé. Il y a plus de trente ans, des chercheurs britanniques avaient déjà indiqué que les expositions professionnelles constituaient la cause d'un tiers du total des différences sociales pour la mortalité totale par cancer⁴. De manière générale, toutes les données disponibles confirment une distribution inégale des cancers en fonction des classes sociales⁵. Suivant les types de cancer, la part jouée par les expositions professionnelles peut être d'une importance déterminante (cancers du nez, du poumon, du foie, par exemple) ou d'une importance relativement mineure (cancer de la prostate).

En ce qui concerne la morbidité, les expositions professionnelles contribuent de façon significative aux inégalités sociales de santé pour les pathologies des voies respiratoires, les dermatoses et les allergies. Elles jouent également un rôle important en ce qui concerne la santé reproductive.

Les indicateurs d'exposition disponibles montrent que des quantités très importantes de travailleurs sont exposés à des risques chimiques. Ainsi, l'enquête française Sumer 1994⁶ indique que 54 % des ouvriers, 27 % des professions intermédiaires, 21 % des employés et seulement 8 % des cadres supérieurs sont exposés à des produits chimiques. Pour 15 % des travailleurs exposés, l'exposition concerne plus de cinq produits différents (cela représente environ 610.000 personnes). Un million de travailleurs sont exposés en France à des produits reconnus comme cancérigènes. Pour plus de 22 % d'entre eux, l'exposition est supérieure à 20 heures par semaine.

La réglementation communautaire concernant les risques chimiques comprend trois volets principaux :

² GARCÍA, A.M., GADEA, R., Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2004, 7 (1), pp. 3-8.

³ NURMINEN, M., KARJALAINEN, A., Epidemiologic estimates of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2001, vol. 27, n° 3, pp. 161-213.

⁴ LOGAN, W.P.D., *Mortality from cancer in relation to occupation and social class*, Lyon, IARC, 1982.

⁵ Voir notamment : International Agency for Research on Cancer, *Social Inequalities and Cancer*, Lyon, 1997.

⁶ HERAN-LE ROY, O., SANDRET, N., *Enquête nationale SUMER 94. Premiers résultats*, Paris, ministère du Travail et des Affaires sociales, sd.

- Des règles concernant les lieux de travail qui déterminent les obligations des employeurs à l'égard de leurs travailleurs.
- Des règles concernant la mise sur le marché qui déterminent les obligations des fabricants et des importateurs de produits chimiques⁷ ainsi que celles d'autorités nationales compétentes dans ce domaine.
- Des règles concernant les risques d'accidents majeurs (directives Seveso) qui portent surtout sur les obligations de sécurité des entreprises par rapport aux menaces qu'elles font peser sur l'environnement et la sécurité des populations vivant à proximité des sites de production ou de stockage.

La réglementation communautaire concernant les risques chimiques sur les lieux de travail a été élaborée en deux étapes.

Entre 1978 et 1988, l'approche était basée sur l'élaboration de valeurs-limites obligatoires. L'élément central de la législation était la première directive-cadre de 1980. La tentative de définir un ensemble de valeurs-limites obligatoires échoua. L'abandon de la proposition de directive sur le benzène traduisit cet échec. Des dispositions adoptées pendant cette étape, seule reste en vigueur la directive de 1983 sur l'amiante (avec plusieurs révisions ultérieures). Cependant, l'adoption de valeurs-limites indicatives, prévues à partir de 1988 par la révision de la directive-cadre de 1980, s'inscrit dans la continuité de cette étape.

A partir de 1989, l'adoption de la directive-cadre marque un tournant dans l'approche. Sur la base de la directive-cadre, plusieurs directives spécifiques seront adoptées dans le domaine de la prévention des risques chimiques. Elles concernent :

- Les agents cancérogènes (première directive adoptée en 1990 et révisée à plusieurs reprises).
- Les travailleuses enceintes (1992). Cette directive ne tranche pas nettement entre l'élimination du risque à la source et des mesures de gestion du risque en fonction de situations individuelles. Son application montre la forte sous-estimation des risques reproductifs dans une politique globale de prévention.
- Les risques chimiques (1998). C'est la directive la plus globale qui propose une approche cohérente par rapport aux dispositions de la directive-cadre de 1989.

Parallèlement, l'adoption de valeurs-limites indicatives se poursuit. Même si l'instrument choisi est une directive, le caractère indicatif des valeurs-limites en fait un instrument non contraignant dans la pratique. La définition des valeurs-limites et leur usage continuent à être à la source d'importantes disparités entre les différents pays de l'Union européenne.

Quelques tendances générales peuvent être dégagées en ce qui concerne l'application des réglementations concernant les risques chimiques.

• La hiérarchie des mesures de prévention est peu respectée

La substitution des agents dangereux par des agents qui le sont moins ou ne le sont pas demeure exceptionnelle sauf lorsqu'elle est imposée explicitement par la législation ou des pressions des autorités publiques (cas de l'amiante). Des mesures de contrôle collectif sont souvent négligées au profit de moyens de protection individuelle.

⁷ Pour rester concis, dans ce texte, les termes "produits chimiques" désignent tant les substances que les préparations.

- Des différences importantes existent entre les secteurs, voire entre les activités et/ou les professions dans un même secteur

Plus on s'éloigne de la chimie de base, moins les mesures de contrôle collectif semblent avoir la priorité. Ce constat est particulièrement net dans des secteurs d'usagers de substances chimiques où, pour des raisons diverses, il existe une tradition de passivité par rapport aux risques représentés par celles-ci. Cela a pu être observé dans l'agriculture, le textile, certains secteurs manufacturiers, l'industrie alimentaire mais aussi dans des activités de service comme le nettoyage, les garages, la coiffure ou les soins de santé.

- Il existe un énorme déficit de visibilité sociale des effets à long terme des expositions chimiques

L'importance des populations exposées à des agents cancérogènes dans le cadre de leur travail témoigne de ce problème. Pour les agents mutagènes ainsi que pour les polluants organiques persistants, la situation est encore pire. Ce problème est aggravé par l'impossibilité de faire reconnaître de nombreuses maladies causées par le travail comme des maladies professionnelles.

- Les politiques de prévention tendent à négliger de nombreux effets s'ils ne sont pas immédiats et graves

Les effets liés à de faibles expositions et à des combinaisons d'expositions sont très peu traités. Dans ce domaine, le potentiel offert par le respect de valeurs-limites est réduit et l'action en retour de la surveillance de la santé sur les évaluations des risques et une redéfinition des plans de prévention n'est pas menée de façon systématique. Dans de nombreux pays de l'Union européenne, des travailleurs exposés à des substances chimiques dangereuses ne bénéficient d'aucune surveillance de la santé dès lors que le caractère dangereux des expositions n'a pas été reconnu par leur employeur.

- L'activité des services de prévention reste peu adaptée aux problèmes posés par les risques chimiques

L'accès à des services pluridisciplinaires compétents tant dans le domaine de l'hygiène industrielle que de la surveillance de la santé reste aujourd'hui réservé à une minorité de travailleurs. Dans la pratique, dans la majorité des pays de l'Union européenne, deux critères influencent massivement le fonctionnement des services de prévention : le secteur et la dimension de l'entreprise. De tels critères sont certainement inadéquats si l'on considère l'énorme dispersion des risques chimiques parmi les travailleurs.

REACH : un enjeu important pour la santé au travail

Quels sont les liens entre l'actuelle réglementation du marché et les insuffisances constatées dans la prévention sur les lieux de travail ?

La prévention sur les lieux de travail dépend étroitement des informations disponibles sur le marché. Les risques chimiques ne sont pas nécessairement identifiables par une perception immédiate et, dans la plupart des cas, le niveau réel des activités de prévention est déterminé par des informations qui accompagnent le produit : classification, feuille de données de sécurité, phrases de risque, etc.

Les travaux préparatoires du livre blanc sur les produits chimiques ont identifié de nombreuses lacunes dans cette information. Mauvaise classification, négligence de certains effets dans les évaluations des risques réalisées par les industries productrices, faiblesse des mécanismes d'évaluation mis en place par les autorités publiques, etc. Il y a un déficit énorme d'information qu'illustrent des cas particulièrement dramatiques comme la mort de six travailleurs de l'industrie textile en Espagne (cas Ardystil) ou les problèmes liés aux éthers de glycol en France.

Une amélioration des règles du marché n'améliorera pas de façon automatique l'ensemble des aspects de la prévention sur les lieux de travail. Les conditions concrètes d'utilisation restent des éléments décisifs pour déterminer le niveau de la prévention. Néanmoins, une réforme des règles du marché est susceptible de créer des conditions beaucoup plus favorables à l'activité préventive.

En quoi les propositions de REACH peuvent-elles améliorer la prévention sur les lieux de travail ?

1. L'apport principal de REACH concerne l'information fournie par le marché

L'obligation d'enregistrement est accompagnée, suivant différentes modalités, par une obligation d'évaluation. Les améliorations proposées devraient réduire les cas de mauvaise classification (qui aboutissent presque toujours à une sous-estimation des risques).

2. Un système plus dynamique de circulation de l'information

Un système d'évaluation ne donne des résultats en termes de prévention que s'il fonctionne suivant des principes de gestion dynamique. Une première évaluation aboutit à des décisions (classification, emballage, étiquetage, données de sécurité) qui devront être vérifiées, ajustées ou modifiées. Jusqu'à présent, à l'exception des cas très rares où une autorité publique intervient, l'évaluation initiale du producteur tend à se figer en évaluation définitive. Un tel système n'intègre pas les leçons de l'expérience et il ne permet pas de tirer parti des problèmes constatés sur les lieux de travail. REACH devrait permettre un meilleur suivi des impacts de santé de la production.

3. Une responsabilisation majeure des différents acteurs

Actuellement, il se produit une séparation nette entre les activités des producteurs et celle des usagers. Cette situation comporte deux inconvénients. Les producteurs sont peu incités à l'innovation du point de vue de la santé et de la défense de l'environnement. Les usagers finaux tendent à adopter un comportement assez passif et les évaluations des risques qu'ils doivent entreprendre en tant qu'employeurs sont souvent assez superficielles lorsqu'il s'agit de risques chimiques. La circulation plus systématique de l'information devrait permettre une responsabilisation plus grande des différents acteurs. En particulier, elle pourrait revitaliser la pratique de l'évaluation des risques sur les lieux de travail.

4. Une reprise d'initiative de la part des autorités publiques

La mise en place de l'European Chemicals Agency et ses liens avec les autorités compétentes dans les différents Etats membres, les dispositions concernant les procédures d'autorisation ou de restriction pour certaines substances devraient favoriser une reprise d'initiative de la part des autorités publiques.

Amiante : un exemple des conséquences tragiques de l'autorégulation par l'industrie

L'amiante a commencé à être utilisé de façon massive dans des productions industrielles à partir du dernier tiers du XIX^e siècle. Les premières alertes significatives quant à la mortalité élevée des travailleurs exposés à l'amiante se produisent au tournant du XIX^e siècle vers le XX^e siècle.

L'amiante provoque principalement trois pathologies : l'asbestose (une fibrose des poumons comparable à la silicose qui entraîne des difficultés respiratoires très importantes et peut provoquer le décès), le cancer des poumons et le mésothéliome (un cancer de la plèvre). D'autres cancers sont également causés par l'amiante. Dès 1920, l'amiante était bien connu comme la cause de graves maladies respiratoires. Dès 1950, des données scientifiques suffisantes existaient en ce qui concerne le caractère cancérigène de l'amiante. En 1977, l'Organisation Mondiale de la Santé classait l'amiante comme un cancérigène pour les êtres humains.

Les industries productrices et utilisatrices d'amiante ont longtemps paralysé les autorités publiques. Sous le prétexte de sauvegarder l'emploi, elles préconisaient la poursuite de la production d'amiante "sous une forme

responsable", avec des mesures d'hygiène industrielle. Une telle stratégie d'usage contrôlé a échoué. Elle a surtout servi à retarder l'interdiction de l'amiante. Elle a contribué à des dizaines de milliers de décès évitables dans les pays de l'Union européenne. Elle continue aujourd'hui à faire obstacle à une interdiction de l'amiante dans les principaux pays utilisateurs qui se trouvent désormais en Asie, en Amérique latine et en Afrique. Ce n'est qu'en 1999 que l'Union européenne a décidé d'interdire toutes les variétés d'amiante (pour le 1^{er} janvier 2005).

Aujourd'hui, dans les pays industrialisés, la mortalité due à l'amiante est supérieure à la mortalité due à des accidents de travail. Cette situation va persister pendant quelques décennies. En effet, la période de latence entre l'exposition à l'amiante et l'apparition d'un mésothéliome peut dépasser 40 ans. Par ailleurs, une grande quantité de bâtiments continuent à contenir de l'amiante et représentent un danger potentiel important pour la santé publique. Les mesures de prévention liées à cette situation vont continuer à représenter des coûts importants pour la société pendant quelques générations.

A l'ordre du jour...

- L'adoption de REACH constitue l'opportunité la plus importante pour améliorer les conditions de santé au travail depuis la directive-cadre de 1989. L'apport du Parlement peut être décisif pour éviter les pressions des lobbies au service de l'industrie chimique. Le rapport présenté en janvier 2004 (rapport Sacconi, 2003/0256 COD) constitue une base utile pour développer le travail du Parlement dans ce domaine.
- Renforcer le contenu de la directive Seveso en prévoyant des dispositions régulant la sous-traitance et en faisant participer les représentants des travailleurs pour la santé et la sécurité aux mesures de prévention contre les accidents majeurs.
- Amener la Commission à accélérer l'adoption de valeurs-limites sur la base des recommandations du SCOEL (Comité scientifique pour l'établissement de valeurs-limites d'exposition).

Références pour approfondir le sujet

- *REACH au travail*, brochure du BTS à paraître en 2004.
- Site internet du BTS : <http://tutb.etuc.org/fr>
> Dossiers > Agents chimiques.

6. La précarisation du travail

Un problème majeur

Dans l'Union européenne, des dizaines de millions de travailleurs sont occupés sous des formes d'emploi "atypiques". Même si une égalité juridique formelle est généralement proclamée dans les textes, dans les faits, ces formes d'emploi privent souvent les travailleurs des garanties habituelles des travailleurs qui ont un contrat à durée indéterminée et à plein temps.

La plupart des études concernant la santé au travail montrent que les travailleurs précaires sont parmi les plus vulnérables. Ils sont plus souvent victimes d'accidents du travail. Ils bénéficient moins que leurs collègues de l'accès à des services de prévention. La surveillance de leur santé est moins systématique. Leur information et leur formation sur les risques professionnels sont généralement moins bonnes. Ils disposent plus rarement de représentants pour la santé au travail.

Le travail précaire a souvent été présenté comme une solution miraculeuse aux problèmes du chômage. En réalité, pour de nombreux travailleurs, le travail précaire ne permet pas une insertion stable sur le

marché du travail. Dans certains cas, il s'inscrit dans une spirale qui conduit à l'exclusion sociale et à une précarité existentielle de plus en plus dangereuse. Le travail précaire est une des premières causes de la multiplication en Europe des "working poors", c'est-à-dire des personnes qui vivent en dessous des seuils de pauvreté tout en ayant un emploi. Cette situation concerne particulièrement les femmes et les jeunes.

La précarisation des conditions de travail n'est pas liée exclusivement à des formes précaires d'emploi. Dans de nombreux cas, la sous-traitance induit des formes de précarité y compris parmi les travailleurs qui ont un emploi stable. En effet, elle place les conditions de travail sous la pression constante d'une concurrence sur les coûts et d'un contrôle externe exercé par les entreprises donneuses d'ordre. Des catastrophes récentes comme l'accident à l'usine AZF de Toulouse, l'accident de l'usine Repsol en Espagne ont mis en évidence les

A l'ordre du jour...

- Débattre du rapport de la Commission sur l'application de la directive de 1991 concernant la santé et la sécurité des travailleurs temporaires et saisir cette opportunité pour proposer une amélioration du contenu de cette directive. Ce rapport rédigé en avril 2004 ne contient qu'une information très superficielle alors que plus de dix ans se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de la directive.
- Soutenir les initiatives permettant une évaluation critique des rapports entre les politiques de l'emploi et la santé au travail dans l'Union européenne.
- Prendre part à l'élaboration de la directive sur les conditions générales du travail intérimaire et veiller à éviter un nivellement par le bas des droits sociaux dans ce domaine.

dangers induits par la sous-traitance. De même, le travail réalisé par des indépendants est souvent un travail fortement précarisé.

Dans le domaine du travail précaire, l'essentiel reste à faire. Les quelques règles communautaires existantes sont très insuffisantes par rapport à l'ampleur des problèmes constatés. Cette question acquiert une urgence et gravité particulières en raison de la précarisation des conditions de travail dans les nouveaux Etats membres.

Travail intérimaire et sécurité : quelques données nationales

En Espagne, l'on constate une forte corrélation entre le travail précaire et des taux élevés d'accidents du travail. La plupart des données disponibles ne distinguent pas le travail temporaire effectué pour le compte d'une entreprise (contrat à durée déterminée) et le travail intérimaire. Une étude systématique des statistiques d'accidents du travail entre 1988 et 1995 fait apparaître une tendance constante. Sur les huit années considérées, les taux d'incidence d'accidents par mille travailleurs ont été 2,47 fois plus élevés pour les travailleurs temporaires que pour les travailleurs stables. Pour les accidents mortels, les taux d'incidence sont 1,8 fois plus élevés⁸. Quelques recherches ont mis en évidence que parmi les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires ont des taux d'accidents significativement plus élevés

mais l'Institut National de Sécurité et Hygiène au Travail n'établit pas de statistiques spécifiques pour les travailleurs intérimaires. Une étude menée en 2003 sur les statistiques de la période 1996-2002 montre que la situation tend à se détériorer⁹. L'on constate que le taux de fréquence des accidents augmente beaucoup plus nettement pour les travailleurs temporaires que pour les travailleurs stables. Entre 1996 et 2002, ce taux pour les travailleurs temporaires est passé de 101 à 121 pour mille travailleurs, pour les travailleurs stables, il est passé de 42 à 45 pour mille.

Le tableau suivant permet de constater la suraccidentabilité des travailleurs intérimaires en Belgique.

La comparaison porte sur les travailleurs intérimaires en 2002 et l'ensemble des travailleurs en 2001.

Tableau 4 Accidents du travail : comparaison entre les travailleurs intérimaires et l'ensemble des travailleurs en Belgique

	Ouvriers		Employés		Ouvriers 66,5 % + employés 33,5 %	
	Ensemble des travailleurs	Travailleurs intérimaires	Ensemble des travailleurs	Travailleurs intérimaires	Ensemble des travailleurs	Travailleurs intérimaires
Taux de fréquence	61,7	124,56	7,25	15,03	41,25	87,27
Taux de gravité réel	1,4	2,41	0,14	0,25	0,98	1,66
Taux de gravité global	2,65	6,48	0,265	0,67	1,86	4,45

Source : données du service central de prévention portant sur les accidents du travail déclarés par les entreprises de travail intérimaire en 2002

⁸ Boix, P., ORTS, E., LÓPEZ, M.J., RODRIGO, F., Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995, *Cuadernos de relaciones laborales*, n° 11, 1997, pp. 275-319.

⁹ Unión General de Trabajadores (UGT), *Evolución de la siniestralidad en España 1996-2002*, Madrid, 2003.

7. Santé reproductive et maternité

Améliorer la connaissance et la prévention

Le milieu de travail comprend de nombreux facteurs de risque pour la reproduction. On peut mentionner notamment les substances chimiques dont la toxicité n'a pas été évaluée adéquatement, certains facteurs physiques comme la chaleur, les rayonnements ionisants, etc. Par ailleurs, l'organisation du travail peut présenter un certain nombre de risques. Ainsi, de longues heures de travail ou le travail de nuit ont été associés à un accroissement des avortements spontanés, des problèmes liés à la croissance foetale (notamment une diminution du poids à la naissance) ou des naissances prématurées. Par ailleurs, le stress causé par l'intensité du travail a souvent des effets négatifs sur la libido.

Les éthers de glycol

Les éthers de glycol sont présents dans une large gamme de produits de consommation courante ainsi que sur les lieux de travail. On les retrouve dans les produits d'entretien ménager, les colles, les vernis et les peintures, des désodorisants, des produits cosmétiques et des médicaments, etc.

Depuis quelques années, la réglementation communautaire interdit certains éthers de glycol qui sont toxiques pour la reproduction dans les produits de consommation courante. Par contre, rien n'était prévu en ce qui concerne les expositions professionnelles sur les lieux de travail. En 2000, à la suite d'une plainte déposée par des travailleurs des Etats-Unis, une enquête syndicale a été menée parmi les travailleurs de l'usine IBM de Corbeil (France). On a relevé 11 cancers des testicules, 17 autres cancers et 10 cas de malformation à la naissance. Des plaintes ont été déposées contre IBM qui a exposé des travailleurs aux éthers de glycol entre 1970 et 1995. Mina Lamrani conditionnait des bouteilles d'éthers de glycol et nettoyait, à l'aide de ces éthers, des boîtes servant à stocker des tranches de silicium dans les ateliers sans aération d'une petite entreprise sous-

traitante d'IBM. Son enfant est né avec une grave malformation faciale. Thierry Garofalo travaillait à l'usine de Corbeil et était exposé aux éthers de glycol. Il est atteint de stérilité et souffre d'intenses douleurs musculaires. A l'initiative des organisations syndicales et des associations de victimes, l'utilisation des éthers de glycol a été remise en question en France et des développements sont prévus dans la réglementation communautaire. Les poursuites judiciaires en cours aux Etats-Unis à l'initiative de 157 travailleurs de différentes usines d'IBM ont révélé que cette entreprise multinationale avait été prévenue dès le début des années 80 par les autorités fédérales du fait que certains éthers de glycol causaient de sérieuses malformations foetales chez les animaux et qu'ils étaient susceptibles de présenter un danger pour la reproduction humaine. Les procès en cours aux Etats-Unis indiquent que les expositions à certains éthers de glycol ont pu provoquer des cancers parmi les travailleurs (notamment, des cancers des testicules) et de sérieuses malformations chez leurs enfants (tant à la suite d'exposition du père que de la mère).

Un double problème se pose :

- Les risques pour la santé reproductive causés par le travail sont peu étudiés. De nombreuses données manquent. Seules quelques régions d'Europe (notamment la Toscane en Italie) disposent de registres qui permettent de lier des anomalies aux expositions professionnelles. L'industrie chimique est très réticente à entreprendre des évaluations approfondies des risques que présente sa production dans ce domaine.
- Même lorsque les données existent, les politiques mises en place négligent souvent la prévention primaire (en particulier, l'élimination des risques) et privilégient une gestion individuelle limitée à la période de la grossesse.

La directive du 19 octobre 1992 sur la protection des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes contient des ambiguïtés et des insuffisances tant dans le domaine de la santé au travail au sens strict que dans celui de la protection des droits (protection contre le licenciement, maintien de la rémunération, etc.).

L'évaluation des risques joue un rôle central dans la directive. En effet, celle-ci ne définit aucune mesure de prévention précise. Elle se limite à définir des facteurs de risque de façon non exhaustive et à prévoir que ces facteurs seront pris en considération dans la définition des mesures de prévention. Faut-il attendre que, dans une entreprise, une femme ait déclaré être enceinte ou faut-il, dans toutes les entreprises, évaluer les risques de façon préalable et les éliminer ou les réduire avant même qu'une travailleuse ne déclare être enceinte ? De notre point de vue, la seconde option s'impose mais la directive est très ambiguë sur ce point.

Une évaluation des risques réalisée après la communication par la travailleuse de son état de grossesse ne permet pas une politique de prévention efficace. La littérature scientifique indique que les risques les plus importants concernant le fœtus se concentrent au début de la grossesse. Dans la plupart des cas, lorsque l'employeur est informé de celle-ci, il est trop tard pour prévenir ces risques. Même dans un milieu favorable à une communication précoce de l'état de grossesse à l'employeur, il apparaît qu'en moyenne cette communication est effectuée après 7,5 semaines de gestation. La plupart des risques de malformation de l'embryon se concentrent entre la 3^e et la 8^e semaines de gestation avec des périodes de pic différentes selon les organes. Cela implique que, pour la grande majorité des femmes, les mesures de prévention concernant les expositions à des agents tératogènes seront inefficaces.

La directive prévoit que l'employeur adoptera des mesures de prévention sur la base de l'évaluation des risques. La priorité est donnée à l'élimination du risque et à la prévention à la source. A défaut, l'employeur doit prendre des mesures d'aménagement temporaires. En cas d'impossibilité technique ou objective, l'employeur doit assurer un changement de poste. En cas d'impossibilité technique ou objective de changement de poste, la travailleuse doit être dispensée du travail pendant la période nécessaire à la protection de sa santé. La directive ne fournit pas de critère pour apprécier ce qu'est une impossibilité objective. La volonté de tirer un profit économique suffit-elle à exclure des mesures dont le coût serait élevé ?

C'est ce qu'on peut observer dans la pratique. L'option la plus répandue est l'éloignement préventif dès lors que les risques sont importants. La grossesse se transforme ainsi en une pathologie qui exclut

des lieux de travail. Une telle solution pose deux problèmes. D'une part, l'absence de garantie suffisante en ce qui concerne la rémunération implique que la pression économique peut contraindre un certain nombre de travailleuses à rester à un poste de travail qui présente des dangers. D'autre part, la prévention primaire par l'élimination des risques à la source n'apparaît pas comme une priorité.

Contrairement aux autres directives concernant la santé au travail, la directive de 1992 ne prévoit aucune consultation de la représentation des travailleurs sur les mesures de prévention. Cela renforce la tendance à traiter la protection des travailleuses enceintes comme une question qui concerne des individus placés dans une situation anormale et non comme un enjeu collectif de santé au travail dans toute entreprise.

La directive n'établit pas de garanties suffisantes en ce qui concerne le maintien de la rémunération durant le congé de maternité. Les dispositions concernant la protection contre le licenciement peuvent être contournées facilement puisqu'il suffit que l'employeur invoque une cause indépendante de la grossesse.

L'adoption de la directive avait donné lieu à des controverses entre les Etats membres. L'Italie avait conditionné son vote favorable par un engagement d'améliorer la directive dans de brefs délais. La Commission aurait dû présenter une proposition de modification en octobre 1997. En juillet 2000, le Parlement européen a procédé à un examen critique de l'application de la directive et il s'est prononcé pour une révision de la directive. Jusqu'à présent, la Commission n'a toujours pas présenté la moindre proposition à ce sujet.

L'approche préventive la plus efficace consisterait à limiter la protection de la maternité à quelques conditions propres à la situation des femmes enceintes (principalement dans le domaine de l'ergonomie, du temps de travail et de son intensité, mais aussi en ce qui concerne une protection

renforcée contre certains agents infectieux et les rayonnements ionisants) et à adopter une politique beaucoup plus stricte dans le domaine de la prévention du risque chimique basée sur l'élimination et la substitution des substances dangereuses pour la reproduction (tant des femmes que des hommes) et, dans les cas où une élimination serait techniquement impossible, à des mesures de contrôle efficace réduisant les expositions aux plus bas niveaux. A cet égard, la proposition de la Commission d'inclure les agents chimiques dangereux pour la reproduction dans le champ d'application de la directive sur les agents cancérigènes constitue un premier pas dans la bonne direction. Une telle mesure ne sera efficace que dans la mesure où l'industrie chimique sera obligée d'évaluer de façon adéquate les risques pour la reproduction des produits qu'elle met sur le marché. Le projet REACH constitue une opportunité pour une évolution dans ce sens.

A l'ordre du jour...

- Amener la Commission à présenter une proposition de révision de la directive de 1992 conformément à la résolution adoptée en juillet 2000 par le Parlement européen.
- Soutenir l'inclusion des agents mutagènes et toxiques pour la reproduction dans le champ d'application de la directive concernant les agents cancérigènes.
- Soutenir le projet REACH et en améliorer les dispositions essentielles.
- Stimuler la recherche sur les risques reproductifs.
- Assurer le suivi des données disponibles en ce qui concerne les problèmes de santé reproductive liés aux conditions de travail.
- Contribuer à la définition d'une stratégie globale pour la santé reproductive qui couvre également les risques liés au travail.

8. Reconnaissance des maladies professionnelles

Tirer les leçons d'un échec

Si il fallait définir les priorités de la prévention sur la base des données qui résultent de la déclaration et de la reconnaissance des maladies professionnelles en Europe, l'on devrait se résigner à une série de constats absurdes. Les données disponibles nous informent plus de l'occultation de la plupart des maladies par les systèmes mis en place que de la réalité de la santé au travail.

La sous-reconnaissance des maladies professionnelles existe dans l'ensemble des pays de l'Union européenne. Ses conséquences les plus immédiates sont les suivantes :

- Une visibilité réduite de nombreuses pathologies qui ne sont pas considérées comme prioritaires dans les politiques de prévention.
- Un transfert massif de ressources au profit du patronat. Une partie des coûts est mise à charge des victimes (par exemple, la perte de salaire liée à un changement de travail ou à la mise au chômage, la plupart des autres conséquences d'une invalidité, etc.), une autre partie est mise à charge des budgets généraux de la santé (couverture des maladies, de l'invalidité et du chômage par la sécurité sociale, système national de santé, etc.).

La dimension de genre de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles mérite d'être analysée. Il s'agit d'une discrimination systématique qui affaiblit les politiques de prévention à l'égard de pathologies plus communes parmi les travailleuses et affecte les femmes plus que les hommes. Dans la majorité des pays de l'Union européenne, les femmes se situent dans une fourchette qui va de 25 % à 40 % des maladies professionnelles reconnues. Pour le Royaume-Uni, ce pourcentage est inférieur à 10 %. Pour la Belgique, il se situe autour de 15 %.

Pourtant, les données globales recueillies dans l'Union européenne par Eurostat lors de l'enquête sur la force de travail de 1999 indiquent que, dans tous les pays couverts par l'enquête, à l'exception de la Grèce, les taux de prévalence de maladies liées au travail sont supérieurs parmi les femmes lorsque les données sont ajustées en équivalent temps plein¹⁰.

L'échec annoncé d'une politique communautaire

Les premières initiatives communautaires en santé au travail avaient pour objectifs d'harmoniser les systèmes de reconnaissance des maladies

¹⁰ Voir : DUPRÉ, Didier, "La santé et la sécurité des hommes et des femmes au travail", *Statistiques en bref, Population et conditions sociales*, thème 3-4, Eurostat, 2002. Consultable sur : <http://europa.eu.int/comm/eurostat> > Publications.

L'échec d'une politique communautaire en chiffres

Une étude d'Eurogip publiée en 2002 illustre les énormes disparités entre les systèmes nationaux de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles et permet de prendre la mesure des inégalités sociales qu'elles impliquent.

Dans les Etats de l'Union européenne couverts par cette étude, l'on va d'un minimum de 3,3 maladies professionnelles reconnues par 100.000 travailleurs en Irlande à un maximum de 177 en France.

L'on n'observe pas de véritable rapprochement entre les systèmes nationaux ni en ce qui concerne les données d'ensemble résumées par ce tableau, ni en ce qui concerne les principales pathologies. En dix ans, l'écart entre les situations extrêmes est resté presque identique si l'on excepte le cas de la Suède. Les évolutions au cours de ces dix dernières années diffèrent fortement d'un pays à l'autre. Dans les pays scandinaves, en Autriche et en Italie, l'on observe une diminution impressionnante du nombre de maladies professionnelles reconnues (avec une légère remontée en Italie et en Suède pour les deux ou trois der-

nières années). Les logiques d'austérité ont joué un rôle déterminant dans cette régression. La régression est également réelle, bien que moins marquée, en Belgique. En France et en Espagne, le phénomène inverse peut être observé : il y a une croissance régulière du nombre de maladies reconnues qui est attribuable à une meilleure reconnaissance des troubles musculo-squelettiques dans ces deux pays et des maladies causées par l'amiante en France. En Allemagne, il y a eu une croissance des maladies reconnues entre 1990 et 1996 suivie par une diminution régulière à partir de 1997. Au Royaume-Uni, le nombre de maladies professionnelles reconnues est très bas si on le compare à d'autres Etats de l'Union européenne. Il n'y a pas eu d'évolution marquée durant les années 90 ; avec, en moyenne, plus de 3.000 maladies pulmonaires et autour de 4.000 à 5.000 autres pathologies reconnues annuellement. Pour les dernières années (entre 1998 et 2000), l'on constate une diminution nette des maladies pulmonaires reconnues et une stagnation des autres maladies.

Tableau 5 Maladies professionnelles déclarées et reconnues dans 12 pays de l'Union européenne - 1990-2000

	Nouveaux cas de maladies professionnelles déclarées pour 100.000 travailleurs			Nouveaux cas de maladies professionnelles reconnues pour 100.000 travailleurs (Pourcentage de cas acceptés)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Allemagne	192	235	211	35 (18,3 %)	66 (27,9 %)	49 (23,1 %)
Autriche	151	133	103	78 (51,8 %)	52 (39,3 %)	42 (41,7 %)
Belgique	431	336	277	186 (43,2 %)	204 (60,9 %)	112 (40,5 %)
Danemark	549	669	545	90 (16,4 %)	131 (19,6 %)	124 (22,8 %)
Finlande	320	331	238	160 (50 %)	110 (33,1 %)	64 (27 %)
France	63	103	237	44 (70 %)	76 (73,8 %)	177 (75 %)
Grèce	-	5,3	4,5	-	4,7 (90 %)	3,5 (78,1 %)
Irlande	4,4	6,4	7,5	2,3 (52 %)	5,5 (87 %)	3,3 (44 %)
Italie	354	211	160	93 (26,2 %)	39 (18,5 %)	33 (20 %)
Luxembourg	113	49	82	8 (6,7 %)	15 (30,9 %)	14 (16,9 %)
Portugal	-	57	55	-	42 (73,1 %)	27 (48,9 %)
Suède	1.524	642	309	1.242 (81,5 %)	258 (41,3 %)	138 (45 %)

Source : Eurogip, 2002

professionnelles et de créer un cadre commun pour la médecine du travail. Elles prirent la forme de recommandations de la Commission, c'est-à-dire de textes non contraignants. La première fut adoptée le 23 juillet 1962. Elle était centrée sur l'indemnisation des maladies professionnelles. Elle préconisait l'établissement d'une liste uniforme des maladies ou agents pouvant les provoquer. Parallèlement à l'établissement de cette liste, elle recommandait l'ouverture des systèmes à la reconnaissance de toute maladie dont l'origine professionnelle serait suffisamment établie. Elle visait également à mettre en place un système de déclaration de certaines maladies non comprises dans la liste en vue de permettre une mise à jour périodique de la liste.

Quatre ans plus tard, le 20 juillet 1966, la Commission adoptait une nouvelle recommandation sur les victimes de maladies professionnelles. Celle-ci était plus précise que celle de 1962. Elle entendait mettre en place un système de rapports établis par les Etats membres tous les deux ans de manière à permettre une révision périodique de la liste européenne.

Les recommandations de 1962 et 1966 demeurèrent largement inappliquées.

Le 22 mai 1990, la Commission adopta une nouvelle recommandation. Elle exhortait une fois de plus les Etats membres à appliquer les principes définis plus d'un quart de siècle auparavant. Elle actualisait la liste européenne pour la première fois en 24 ans alors qu'il avait été

question d'une mise à jour périodique tous les deux ou trois ans. Elle constatait que la grande majorité des pays communautaires n'appliquaient toujours pas le système mixte. Seuls le Danemark et le Luxembourg semblaient appliquer un système conforme aux indications des recommandations de 1962 et 1966.

La nouvelle recommandation contenait une exhortation finale suivant laquelle "la Commission prie les Etats membres de l'informer des mesures prises ou envisagées en vue de donner suite à la présente recommandation à l'issue d'une période de trois ans. La Commission examinera alors l'état de la présente recommandation au sein des différents Etats membres en vue de déterminer la nécessité de proposer une disposition législative contraignante". On aurait donc pu prévoir raisonnablement qu'une directive aurait été mise en chantier vers 1993-1994.

Le 20 septembre 1996, la Commission adopta une communication sur la liste européenne des maladies professionnelles. Elle concluait qu'il était "prématuré de proposer à l'heure actuelle une disposition législative contraignante pour remplacer la recommandation de 1990". La Commission envisageait "néan-

A l'ordre du jour...

- Amener la Commission à présenter une proposition de directive sur les conditions minimales de reconnaissance des maladies professionnelles dans les différents pays de l'Union européenne.
- Suivre les initiatives entreprises par Eurostat pour produire des données comparables en ce qui concerne les maladies professionnelles dans l'Union européenne.
- Prendre des initiatives pour combattre la sous-reconnaissance systématique des maladies professionnelles des travailleuses comme une forme de discrimination indirecte dans le domaine de la sécurité sociale.
- Stimuler la recherche sur les maladies dont l'origine professionnelle est suspectée de manière à renforcer les stratégies de prévention.
- Amener la Commission à réviser périodiquement la liste européenne des maladies professionnelles de manière à tenir compte des meilleures pratiques existant dans les Etats membres et des données nouvelles de la recherche médicale. En particulier, veiller à une meilleure reconnaissance des cancers professionnels, des lombalgies et des pathologies liées à la santé mentale.

moins d'examiner cette possibilité à l'occasion d'une mise à jour de la liste européenne des maladies professionnelles".

Cette mise à jour est intervenue en septembre 2003. Si le contenu des listes a été amélioré, le fait qu'il s'agisse encore et toujours d'une recommandation fait peser des doutes sérieux sur son efficacité.

Santé au travail

Huit terrains d'action pour la politique communautaire
BTS, 2004

Publié en anglais sous le titre :

Occupational health.

Eight priority action areas for Community policy

(ISBN : 2-930003-55-3)

La brochure paraîtra, début 2005, en danois, estonien, hongrois,
italien, letton, néerlandais, polonais, slovène et tchèque.

© Bureau Technique Syndical Européen

pour la Santé et la Sécurité

Bd du Roi Albert II, 5

B-1210 Bruxelles

Tél. : +32-(0)2-224 05 60

Fax : +32-(0)2-224 05 61

tutb@etuc.org

<http://tutb.etuc.org>

ISBN : 2-930003-54-5

D/2004/6107/55

Conception graphique : Coast

Imprimé en Belgique

Photo de couverture :

© Organisation Internationale du Travail, J. Maillard



Le BTS bénéficie du soutien financier de la Commission européenne.