

# Préface

---

La présente publication entend contribuer aux débats sur une nouvelle stratégie communautaire concernant la santé et la sécurité au travail pour la période 2007-2012. Elle intervient à un moment où la politique communautaire dans ce domaine doit apporter des réponses à des problèmes nombreux et complexes. Sans en dresser une liste exhaustive, on peut en mentionner quelques-uns. La précarisation du travail prive, dans les faits, des millions de travailleurs de nombreux dispositifs de défense de leur santé au travail. L'intensification du travail et de nouvelles méthodes de gestion des entreprises contribuent à accroître les troubles musculo-squelettiques et les problèmes psychosociaux. De très nombreux travailleurs sont exposés à des agents chimiques dangereux. La mortalité causée par les risques chimiques dépasse largement celle qui est provoquée par les accidents de travail. La substitution des agents chimiques dangereux et, en particulier, des cancérigènes n'est pas mise en œuvre systématiquement. L'élargissement en 2004 de l'Union européenne et les élargissements futurs amplifient les écarts entre les différentes situations nationales. La nocivité de certaines conditions de travail continue à être niée à partir de stéréotypes sur la virilité ou la féminité qui rendent impossible une véritable mixité sur les lieux de travail compatible avec la défense de la santé.

Ces constats pourraient être multipliés. L'essentiel est de définir une stratégie qui améliore réellement les conditions de travail et arrive à identifier des actions prioritaires. Une dynamique nouvelle passe par un renforcement systématique des systèmes de prévention en tant que tels. Autrement dit, il est plus important de créer les conditions structurelles d'une action permanente pour l'élimination des risques plutôt que d'intervenir de manière réactive, risque par risque. À cet égard, la participation des travailleurs est fondamentale. Sans une extension significative de la démocratie sociale et, en particulier, des possibilités pour les travailleurs d'exercer un contrôle sur leurs conditions de travail, il est improbable que l'on puisse réaliser des progrès durables en matière de prévention. Un tel objectif passe par l'extension et la consolidation des systèmes de représentation des travailleurs en santé et en sécurité. Le rôle des autorités publiques est également important. En particulier, le renforcement de l'inspection du travail apparaît aujourd'hui comme un objectif prioritaire.

La politique communautaire se trouve à la croisée des chemins. Pour les forces les plus libérales, l'élargissement et d'autres facteurs comme la place de l'Europe dans l'économie mondiale sont utilisés comme un argument en faveur de la dérégulation. L'Union européenne s'orienterait vers un modèle de zone de libre échange sans véritable harmonisation des conditions de vie et de travail. Au contraire, ces dernières seraient une variable d'ajustement permettant à certains pays de renforcer leurs capacités concurrentielles. Une telle option déboucherait inévitablement vers un creusement des inégalités. Pour le mouvement syndical, le besoin d'harmoniser vers le haut les conditions de travail est une exigence essentielle de justice sociale et d'égalité. C'est pourquoi, l'action syndicale cherche à articuler les stratégies nationales de prévention avec une stratégie commune pour l'Union européenne. Dans la plupart des situations, une politique efficace implique une action combinée à différents niveaux : lieux de

travail, secteurs, régions, pays et Union européenne. Le département Santé et Sécurité de l'ETUI-REHS, qui poursuit les activités de l'ancien BTS, contribuera dans la mesure de ses capacités à cette action syndicale commune sur les questions de santé et de sécurité.

En 2001, nous avons déjà publié une contribution qui synthétisait les propositions syndicales concernant la politique communautaire de santé au travail \*. De nombreux aspects de cette analyse restent d'actualité. La présente contribution part d'un constat : la stratégie communautaire appliquée pendant la période 2002-2006 a manqué d'objectifs concrets ; elle a été affaiblie par une formulation souvent beaucoup trop vague des initiatives à prendre ; elle n'a pas disposé de ressources adéquates. Nous considérons que la nouvelle stratégie devrait être beaucoup plus concrète et précise. Elle devrait prévoir des initiatives prioritaires, dégager des ressources correspondant aux besoins, faire l'objet d'une vérification périodique.

Cette publication contient deux contributions. La première a été rédigée sous la forme d'une déclaration par Laurent Vogel, chercheur au département Santé et Sécurité de l'ETUI-REHS. Il s'agit d'une synthèse des débats organisés par les représentants syndicaux au sein du Comité consultatif pour la santé et la sécurité de Luxembourg. Pendant plusieurs mois, les syndicalistes de vingt-cinq pays ont débattu d'une stratégie commune. La synthèse de cette discussion montre la capacité du mouvement syndical à définir des objectifs clairs qui tiennent compte des problèmes de santé au travail que nous observons dans les différents pays. Ce document constitue une plate-forme importante que la Confédération européenne des syndicats appuie entièrement. Elle s'adresse aux institutions européennes mais elle nous engage également à l'action. Les différents axes repris dans cette déclaration constitueront des thèmes de campagnes syndicales communes au cours des années à venir. Ils seront mis à l'ordre du jour, à notre initiative, dans les mobilisations syndicales, dans les instances représentatives des travailleurs et dans le travail quotidien de nos organisations.

Nous avons également demandé à Pascal Paoli de dresser une synthèse des enquêtes sur les conditions de travail et leur impact sur la santé en Europe. Pascal Paoli a été un des architectes de l'enquête européenne sur les conditions de travail de la Fondation de Dublin. Il a ensuite contribué au lancement de l'Observatoire des risques de l'Agence de Bilbao. Il a accepté volontiers de nous brosser un état des lieux des principaux problèmes qui se posent en santé au travail sur base des différentes enquêtes nationales ou européennes. Nous tenons à l'en remercier.

**Walter Cerfeda**, Secrétaire confédéral de la CES

**Marc Sapir**, Directeur du département Santé-Sécurité, ETUI-REHS

---

\* Voir : *Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail*, Bruxelles, CES/BTS, 2001.

# Sommaire

---

<b>Préface</b> .....	PAGE	<b>1</b>
<b>Nouvelles perspectives pour la stratégie communautaire de santé au travail 2007-2012</b>		
<i>Laurent Vogel</i> .....	PAGE	<b>5</b>
<b>Importance de la politique communautaire de santé au travail</b> .....	PAGE	<b>5</b>
<b>Un bilan mitigé des résultats obtenus</b> .....	PAGE	<b>6</b>
<b>Une évaluation rapide de la dernière période (2002-2006)</b> .....	PAGE	<b>8</b>
<b>Notre proposition pour la nouvelle stratégie communautaire</b> .....	PAGE	<b>10</b>
<b>Première priorité : consolider les systèmes de prévention</b> .....	PAGE	<b>12</b>
<b>Deuxième priorité structurelle et stratégique : réussir l'élargissement</b> .....	PAGE	<b>19</b>
<b>Renforcer la cohérence des politiques de prévention par rapport au risque chimique</b> .....	PAGE	<b>21</b>
<b>Intervenir plus efficacement sur l'organisation du travail, en particulier pour la prévention des TMS</b> .....	PAGE	<b>23</b>
<b>Mobiliser tous les acteurs</b> .....	PAGE	<b>24</b>
<b>La dimension internationale de la politique communautaire de santé au travail</b> .....	PAGE	<b>31</b>
<b>Articuler les différents instruments</b> .....	PAGE	<b>32</b>
<b>La contribution du mouvement syndical</b> .....	PAGE	<b>34</b>
<b>La santé au travail en Europe. État des lieux à travers les enquêtes sur les conditions de travail</b>		
<i>Pascal Paoli</i> .....	PAGE	<b>37</b>
<b>Les enquêtes sur les conditions de travail : genèse et développements</b> .....	PAGE	<b>37</b>
<b>Situations et évolutions</b> .....	PAGE	<b>40</b>
<b>Des conséquences importantes sur la santé</b> .....	PAGE	<b>50</b>
<b>Quelques conclusions</b> .....	PAGE	<b>53</b>



# Nouvelles perspectives pour la stratégie communautaire de santé au travail 2007-2012

Laurent Vogel, chargé de recherches, ETUI-REHS, département Santé-Sécurité

Pour le mouvement syndical, l'amélioration des conditions de travail continue à constituer une priorité centrale. C'est pourquoi, dans le cadre de la préparation d'une nouvelle stratégie communautaire pour la santé et la sécurité pour la période 2007-2012, les représentants syndicaux des 25 pays de l'Union européenne (UE) au sein du Comité consultatif pour la santé et la sécurité ont défini ensemble leurs priorités. La présente déclaration exprime de façon synthétique cette vision commune. D'autres documents approfondissant notre contribution sur des aspects spécifiques seront publiés ultérieurement.

## Importance de la politique communautaire de santé au travail

La politique communautaire européenne en santé au travail a exercé une influence réelle et positive dans des différents États membres. En particulier, la directive-cadre de 1989 a contribué à une dynamique nouvelle. Le bilan global doit néanmoins être nuancé. Le potentiel offert par la politique communautaire n'a pas été pleinement saisi. Les systèmes de prévention continuent à être caractérisés par des carences importantes. Par ailleurs, les évolutions sociales et techniques ont modifié partiellement les conditions concrètes dans lesquelles les politiques de prévention sont menées. Certains risques peuvent diminuer, d'autres peuvent augmenter. Une évaluation régulière de l'efficacité des politiques est donc indispensable et doit entraîner, lorsque cela s'avère nécessaire, des modifications dans le cadre législatif.

Après la victoire du "non" aux référendums concernant la Constitution européenne en France et aux Pays-Bas, les forces politiques conservatrices ont proposé une interprétation très manipulatrice de la signification de ce vote. Elles ont affirmé que les citoyens rejetaient une Europe dont la réglementation interviendrait de façon trop systématique dans leur vie quotidienne. Elles ont plaidé pour une réduction drastique des législations européennes dans différents domaines. Une telle présentation ne correspond pas à la réalité. La crainte d'une construction bureaucratique ne signifie pas l'adhésion à la loi de la jungle. Dans les domaines sociaux et environnementaux, la demande des citoyens va plutôt vers un renforcement et une amélioration des dispositions communautaires afin d'aboutir à une harmonisation plus étendue des conditions de vie et de travail en Europe.

Les organisations syndicales des différents pays de l'Union européenne réaffirment leur opposition à toute dérégulation de la santé au travail et à toute opération de "pause législative". Elles rejettent l'ambiguïté de la plupart des discours sur la simplification

législative ou une “meilleure réglementation” qui visent à camoufler des opérations de dérégulation. La directive-cadre et ses différentes directives particulières sont des textes législatifs essentiels de l’acquis communautaire. Leur adoption a constitué une des conditions pour la mise en place du marché unique européen. La législation communautaire concernant la santé au travail est relativement simple dans son approche et sa mise en œuvre est indispensable pour protéger la vie et la santé des travailleurs. Les exigences de gestion qu’elle formule à l’égard des employeurs et, dans une très faible mesure, à l’égard des autorités publiques sont entièrement justifiées et proportionnelles par rapport aux objectifs poursuivis. Le groupe “travailleurs” du Comité consultatif considère qu’il n’existe pas de motifs sérieux pour définir un programme de simplification législative dans le domaine de la santé au travail.

## Un bilan mitigé des résultats obtenus

Dans différents pays de l’Union européenne, des données montrent que les inégalités sociales de santé tendent à se renforcer. Les conditions de travail jouent un rôle important dans ces inégalités sociales de santé. Ainsi, la mortalité pour certains cancers est fortement différenciée selon les groupes professionnels et reflète des expositions importantes aux risques chimiques sur les lieux de travail. La mortalité cardiovasculaire est également très inégale suivant les groupes professionnels. Ces différences s’expliquent, dans une large mesure, par l’absence d’autonomie des travailleurs dans l’organisation de leur travail et par le stress. D’autres facteurs comme la précarité de l’emploi ou le fait de travailler dans des entreprises où se sont produits des licenciements massifs peuvent également être cités.

Si l’on considère uniquement les causes directes de mortalité, environ 130 000 citoyens européens meurent chaque année d’un accident ou d’une maladie causée par le travail, d’après les estimations effectuées en 2005 par l’Organisation internationale du travail (OIT). Ces données montrent à la fois le prix énorme payé par les travailleurs pour l’absence de prévention et le déplacement progressif des problèmes de santé au travail. En effet, les accidents mortels du travail ne constituent qu’une part très limitée de cet ensemble (de l’ordre de 4 à 5 % avec de fortes variations selon les pays). Les seules expositions à des substances dangereuses causent au moins quatre fois plus de morts que les accidents du travail. De telles données signifient que les progrès scientifiques et technologiques ne se traduisent pas automatiquement par une amélioration des conditions de travail. Il subsiste un écart énorme entre les possibilités de prévention et la situation réelle de la santé au travail dans nos sociétés.

La Fondation de Dublin a entrepris en septembre 2005 sa quatrième enquête sur les conditions de travail dans l’Union européenne. Les résultats permettront de mesurer le chemin parcouru depuis 1990, année de la première enquête. Ces résultats seront connus au cours du premier semestre de l’année 2006. Ils arriveront de manière opportune et contribueront certainement à alimenter le débat sur le nouveau programme stratégique pour la période 2007-2012.

Sans attendre ces résultats, les données nationales en provenance de nombreux pays communautaires permettent déjà d’observer quelques grandes tendances. Les directives communautaires, et tout particulièrement la directive-cadre de 1989, ont aidé les différents États à améliorer leur législation dans le domaine de la santé au travail. Bien

que l'application pratique sur les lieux de travail laisse beaucoup à désirer, un certain nombre de progrès ont pu être observés, notamment en ce qui concerne la réduction des accidents du travail. Ces progrès restent cependant fragiles. Ils sont menacés par la précarisation du travail, par des méthodes de gestion qui réduisent la capacité des travailleurs à contrôler leurs conditions de travail et par une intensification importante du travail.

Le coût payé par les travailleurs pour une prévention insuffisante reste très élevé. Parmi les données récentes issues d'enquêtes nationales, on peut citer les exemples suivants :

- En **France**, entre 1994 et 2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et pénibilités du travail a eu tendance à s'accroître. Cette tendance recouvre toutefois des évolutions divergentes, certaines expositions augmentant, d'autres diminuant parfois de manière sensible. Ainsi, les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif est moins répandu. Mais les contraintes organisationnelles se sont globalement accrues, les pénibilités physiques également. L'exposition à des agents biologiques est restée stable, mais l'exposition aux produits chimiques a progressé. Dans l'ensemble, les risques et pénibilités ont davantage augmenté pour les travailleurs moins qualifiés, ainsi que dans l'agriculture et la construction.
- En **Espagne**, la cinquième enquête nationale sur les conditions de travail, réalisée en 2003, dresse un tableau paradoxal. Les ressources consacrées à la prévention ont augmenté de façon significative mais les conditions de travail ne s'améliorent pas. Comparativement à la précédente enquête, réalisée en 1999, les progrès quantitatifs concernant l'organisation de la prévention sont indéniables. Le pourcentage d'entreprises qui comptent un délégué de prévention est passé de 12,8 % à 41,6 %. En 1999, 24 % des entreprises n'avaient organisé aucun type de service de prévention. Ce pourcentage s'est réduit à environ 9 % en 2003, mais ce développement de la prévention est, pour l'essentiel, confié à des services externes. Leur influence sur les choix stratégiques de l'entreprise reste très limitée. Les facteurs liés à l'organisation du travail suscitent des plaintes croissantes : près de 10 % des travailleurs se plaignent de rythmes excessifs, 6 % du manque d'autonomie. Les conséquences en termes de santé sont également visibles : 15,7 % des travailleurs ont consulté leur médecin au cours de l'année précédant l'enquête pour un problème de santé causé par le travail (contre 13 % dans l'enquête de 1999). L'enquête révèle, en outre, que 16,8 % des travailleurs consomment fréquemment des analgésiques (contre 12,5 % en 1999).
- En **Suède**, un travailleur sur quatre a souffert d'une affection liée au travail en 2005, selon la dernière enquête suédoise sur les troubles de la santé liés au travail. Elle indique, par ailleurs, que 28 % des femmes et 22 % des hommes ont déclaré avoir souffert de troubles liés au travail au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les problèmes de santé les plus nombreux sont causés par les positions de travail pénibles, la manutention de charges lourdes, le travail répétitif, le stress, le harcèlement, la violence. Pour leur part, les accidents du travail connaissent une diminution régulière : 30 484 accidents de travail ont été déclarés en 2004 (travailleurs salariés et indépendants) contre 39 334 en 2000. De fortes inégalités se manifestent parmi les travailleurs en ce qui concerne les atteintes à la santé. Au niveau de la main-d'œuvre féminine, 34 % des femmes travaillant sur machines ont rapporté avoir souffert en 2005 de troubles de la santé liés au travail. Les autres secteurs les plus touchés

sont les services et le secteur des soins de santé. Parmi les hommes, les travailleurs manuels présentent le pourcentage le plus élevé de troubles de la santé liés au travail, soit 25 %. Au sein de cette catégorie, les charpentiers et les menuisiers présentent le pourcentage le plus élevé avec 31 %. Peu de travailleurs victimes estiment que des mesures ont été adoptées afin d'améliorer les conditions de travail. Parmi les travailleurs ayant rapporté des problèmes de santé, 7 % des hommes et 9 % des femmes ont fait état de modifications dans leurs tâches afin d'améliorer leur situation. Le volume horaire de travail a été réduit pour 3 % des hommes et 5 % des femmes. Quelque 2 % des travailleurs ont déclaré avoir bénéficié d'un transfert au sein de l'organisation et environ 3 % ont quitté leur employeur. Les mesures de prévention collectives ont également été très peu systématiques. Seulement 31 % des femmes et 24 % des hommes indiquent que des mesures ont été adoptées pour éviter l'aggravation ou la répétition des problèmes.

Les efforts accomplis depuis une quinzaine d'années doivent être consolidés dans le cadre d'une stratégie plus cohérente. Cela implique, tant au niveau national qu'au niveau communautaire, une réflexion critique sur le bilan et la relance des politiques de santé au travail. L'objectif, fixé en 1986, d'harmoniser dans le progrès les conditions de travail n'a rien perdu de son actualité. C'est en fonction de cet objectif que la nouvelle stratégie communautaire pour la période 2007-2012 doit être élaborée.

## Une évaluation rapide de la dernière période (2002-2006)

En mars 2002, la Commission européenne a adopté une communication consacrée à la stratégie communautaire concernant la santé au travail pour la période 2002-2006. Cette stratégie 2002-2006 était perçue comme un outil d'adaptation aux changements de la société et du monde du travail. La communication reposait sur une analyse globalement correcte mais elle restait beaucoup trop vague sur les initiatives concrètes et le calendrier. Loin de constituer un plan de travail précis, la stratégie privilégiait les déclarations générales sur la nécessité de combiner toutes sortes d'approches et d'instruments. Un tel défaut a été aggravé par la forte réduction des ressources humaines dont dispose l'unité de la Commission européenne chargée des questions de santé au travail. L'inertie du Conseil des ministres et un contexte politique relativement peu favorable ont également joué un rôle important.

Quatre ans après, un examen rapide des réalisations montre que les défauts de la stratégie pour la période 2002-2006 n'étaient pas surestimés. Dans deux domaines, des avancées réelles se sont produites en ce qui concerne la législation communautaire. Il s'agit de l'amiante et des agents physiques. En ce qui concerne l'amiante, l'adoption le 27 mars 2003 de la directive 2003/18 constitue un progrès certain. Le texte implique, en pratique, l'interdiction de continuer à fabriquer des matériaux ou produits contenant de l'amiante qui seraient destinés à l'exportation. Parmi les autres éléments positifs, citons l'abaissement de la valeur-limite d'exposition à 0,1 fibre/cm<sup>3</sup> et l'élargissement du champ d'application de la directive à certaines catégories de travailleurs exclus auparavant.

Quant aux agents physiques, une série de directives particulières ont été adoptées afin de protéger les travailleurs face aux risques liés à l'exposition aux vibrations



mécaniques (directive 2002/44/CE), au bruit (directive 2003/10/CE), aux champs électromagnétiques (directive 2004/40/CE) et aux rayonnements optiques artificiels (directive 2006/25/CE).

L'accord européen sur le stress conclu entre les organisations syndicales et patronales, le 8 octobre 2004, pourrait déboucher sur des progrès réels à condition d'être transposé et développé dans les différents États membres. Actuellement, il est trop tôt pour proposer une évaluation des négociations nationales destinées à transposer l'accord. C'est en fonction de leurs résultats concrets que l'on pourra envisager d'autres développements qui passent par une négociation collective européenne.

Les blocages ont été très nombreux. Le contexte politique les explique en grande partie. Parmi les dossiers qui sont restés en attente, on peut citer : la révision de la directive sur les travailleuses enceintes et l'élaboration de valeurs-limites obligatoires pour les principaux agents cancérigènes. Des incertitudes caractérisent d'autres domaines comme la révision de la directive sur les agents cancérigènes qui devrait permettre de couvrir également les agents toxiques pour la reproduction. Sur d'autres thèmes, alors que l'échéance de la fin 2006 s'approche, les initiatives de la Commission sont restées beaucoup trop limitées. Ceci concerne notamment l'élaboration d'une directive sur les troubles musculo-squelettiques et la violence au travail. Par ailleurs, un signal très inquiétant a été envoyé par la Commission avec la proposition de révision de la directive sur le temps de travail qui constitue un exemple sans précédent de régression sociale. L'objectif de protection de la santé au travail a été placé au second plan dans la révision de cette directive.

L'affaiblissement de l'intervention communautaire dans le domaine de la santé au travail a parfois été justifié par le "mainstreaming", c'est-à-dire par l'intégration des exigences de santé et de sécurité dans des législations qui couvrent d'autres domaines. Cette intégration a été réalisée de façon assez inégale.

En ce qui concerne les équipements de travail, la révision de la directive Machines devrait aboutir rapidement. Cette révision constitue globalement un progrès. Cependant, elle ne suffira pas à résoudre les problèmes liés à une surveillance insuffisante du marché et à un processus d'élaboration des normes techniques par le Comité européen de normalisation (CEN) qui reste dominé par l'industrie. De même, l'activité des organismes notifiés suscite des préoccupations en raison de la faiblesse du contrôle exercé par les autorités publiques sur ceux-ci.

En ce qui concerne la production et la mise sur le marché de produits chimiques, les propositions initiales de la réforme REACH contenaient des principes susceptibles d'améliorer de façon significative la santé des travailleurs. La proposition présentée par la Commission en octobre 2003 a été affaiblie sur certains points importants par rapport au contenu du Livre blanc présenté en 2001. De fortes incertitudes ne permettent pas de savoir aujourd'hui quel sera le contenu final de REACH et son impact potentiel sur une amélioration des politiques de prévention. En particulier, il faudra veiller au respect du principe de substitution obligatoire des substances les plus dangereuses, réaffirmé à juste titre par le Parlement européen en novembre 2005.

La proposition de directive concernant le travail intérimaire, élaborée par la Commission en 2002, ne couvre pas les importants problèmes de santé et sécurité que l'on observe

dans ce secteur. Par ailleurs, la Commission semble disposée à abandonner toute perspective d'adopter une réglementation générale du travail intérimaire dans l'Union européenne.

Dans d'autres domaines, l'intégration des problèmes de santé au travail est nulle et des initiatives communautaires remettent en cause de façon directe ou indirecte le droit des travailleurs à défendre leur vie et leur santé. La proposition de directive concernant les services dans le marché intérieur (directive Bolkestein) illustre l'absence de toute préoccupation pour la santé au travail dans une initiative législative de nature économique émanant de la Commission.

De même, dans un domaine sectoriel, les propositions de la Commission sur le travail portuaire étaient motivées uniquement par la volonté d'ouvrir ce secteur à une concurrence accrue. Cette proposition s'est heurtée à une opposition acharnée des dockers et de leurs organisations syndicales. Heureusement, le Parlement européen a repoussé une nouvelle fois la proposition en janvier 2006.

Une faiblesse majeure des actions entreprises entre 2002 et 2006 concerne la prise en compte des rapports sociaux et des mutations du marché du travail. Sur trois questions particulièrement importantes, on peut parler d'échec :

- En dépit de l'engagement d'intégrer la dimension de genre dans les initiatives concernant la santé au travail, les politiques suivies dans la pratique n'ont guère évolué et la question de l'égalité reste largement ignorée dans leurs rapports avec la santé au travail. Le rapport sur l'application de la directive-cadre et de cinq directives particulières présenté par la Commission en 2004 illustre cette tendance. Il est urgent de définir des méthodes d'évaluation sensibles à la dimension de genre. De même, dans les débats sur REACH, la dimension de genre de l'exposition aux produits chimiques n'a pratiquement jamais été abordée. De nombreuses études montrent que les femmes sont souvent concentrées dans des secteurs et des professions où ces expositions sont nettement moins bien contrôlées que dans l'industrie chimique de base.
- La précarisation du travail n'a pas été abordée comme une question prioritaire. Le travail précaire continue souvent à être présenté comme une modalité d'accès au marché du travail alors que l'on peut observer qu'à moyen ou long terme, il peut devenir un facteur d'exclusion du travail en raison des atteintes à la santé.
- La question du temps de travail a été abordée en privilégiant les exigences de flexibilité majeure formulées par le patronat.

## Notre proposition pour la nouvelle stratégie communautaire

Au début de 2005, la nouvelle Commission a publié son nouvel Agenda social centré sur deux objectifs : le plein emploi et l'égalité des chances. Dans cette communication, intitulée *Une nouvelle dynamique pour les relations industrielles*, la Commission annonce la préparation d'une nouvelle stratégie concernant la santé au travail pour la période 2007-2012. Elle devrait être orientée vers les risques nouveaux, la sauvegarde de niveaux minimaux de protection et la couverture des travailleurs qui ne sont pas adéquatement protégés.

On ne peut que se réjouir de la volonté de la Commission de centrer ses activités sur ces aspects. L'harmonisation minimale des niveaux de protection implique l'adoption de directives définissant un socle commun de droits pour les travailleurs européens. Pour être efficace, ce programme devrait établir, pour chacun des pays membres, un état des lieux des ressources publiques (réglementaires, financières et humaines) allouées à la santé et à la sécurité. S'il est une leçon que l'on peut tirer aujourd'hui de la politique communautaire au cours de ces 15 dernières années, c'est l'importance d'une articulation entre des stratégies nationales de prévention et les stratégies communautaires. Trop souvent, les États ont cru que leur rôle se limitait à transposer formellement les directives dans leur législation sans se donner les moyens de les faire appliquer réellement.

La nouvelle stratégie doit mieux cibler ses actions et les inscrire dans un calendrier. Les organisations syndicales attendent de la nouvelle stratégie communautaire qu'elle développe une approche beaucoup plus concrète que la précédente. Il s'agirait de la centrer sur quelques priorités et de définir clairement les initiatives qui doivent être lancées et un calendrier. Des évaluations régulières devraient permettre de vérifier si les initiatives prévues ont débouché sur des mesures pratiques et de compléter, si la nécessité apparaissait, le programme initial par de nouvelles initiatives justifiées par l'évolution de la situation dans le domaine de la santé au travail.

Parmi les priorités que nous défendons, certaines sont des priorités structurelles et stratégiques dans la mesure où elles concernent l'ensemble des stratégies et des systèmes de prévention quels que soient les risques. D'autres, constituent des thèmes transversaux qui concernent une très vaste catégorie de risques délimitée par une origine commune.

L'ensemble des priorités définies doit intégrer la dimension de genre, c'est-à-dire qu'elles doivent être élaborées, mises en œuvre, évaluées et redéfinies périodiquement en tenant compte de l'objectif de l'égalité entre les hommes et les femmes.

En particulier, trois objectifs doivent être considérés :

- 1.** assurer aux hommes et aux femmes un accès à l'ensemble des emplois dans des conditions qui ne portent pas atteinte à leur santé ;
- 2.** garantir des conditions de travail soutenables, c'est-à-dire compatibles non seulement avec la protection de la santé à court terme mais aussi avec la défense de la santé tout au long de la vie d'un individu ;
- 3.** tenir compte des interactions entre le travail rémunéré et le travail non rémunéré dans l'ensemble des politiques de prévention.

Une telle approche implique que l'ensemble des indicateurs utilisés et des évaluations intègrent la dimension de genre, ce qui est très rarement le cas actuellement. Par ailleurs, les fortes discriminations de genre qui caractérisent les systèmes nationaux de reconnaissance des maladies professionnelles devraient être combattues à travers l'harmonisation minimale de ces systèmes de reconnaissance. Plus de quarante ans après l'adoption de la première recommandation relative à cette question, il est temps de tirer les leçons de l'échec d'une politique d'harmonisation qui ne se donne pas des instruments adéquats, à savoir des textes juridiquement contraignants.

## Première priorité : consolider les systèmes de prévention

La première priorité structurelle et stratégique est de consolider les systèmes de prévention en tenant compte des mutations du travail. Nous partons de l'analyse qu'une stratégie nationale de santé au travail repose nécessairement sur un système de prévention. Les systèmes de prévention sont composés par une multitude d'acteurs, d'institutions et de dispositifs. Le bon fonctionnement de chacun d'entre eux et la coordination entre eux sont des conditions essentielles pour mener à bien une stratégie efficace de prévention.

On peut considérer que les acteurs d'un système de prévention se répartissent entre deux niveaux. Le premier niveau est constitué par l'ensemble des acteurs qui interviennent de façon régulière dans les entreprises. Il s'agit principalement de l'employeur, des travailleurs, de leurs organisations sur les lieux de travail et de leurs représentants, des services de prévention internes ou externes.

Le deuxième niveau est constitué par un vaste ensemble d'acteurs qui interviennent "en amont" des entreprises. Les autorités et institutions publiques y jouent un rôle majeur. D'autres organismes peuvent également jouer un rôle important comme les systèmes d'assurance des risques professionnels, les organisations patronales et syndicales, des organismes paritaires, des associations professionnelles, etc.

Les directives communautaires couvrent essentiellement les rapports entre employeurs et travailleurs. Elles ne contiennent pratiquement pas de dispositions concernant les acteurs qui interviennent à une plus large échelle. Une telle limite est en partie inévitable. Les systèmes nationaux de prévention sont caractérisés par des différences importantes et ils sont articulés à des systèmes de relations industrielles, de santé publique et de sécurité sociale également différents. Il serait illusoire de prétendre harmoniser l'ensemble des composantes de ces systèmes de prévention. Par contre, une voie moyenne pourrait être définie entre l'absence presque totale de politique communautaire et l'uniformisation.

Le problème peut être posé dans les termes suivants. La condition même de l'efficacité d'une politique d'harmonisation qui concerne les lieux de travail se situe dans l'articulation entre la mise en œuvre de dispositions législatives et l'adoption de stratégies nationales de prévention cohérentes. En règle générale, les problèmes que l'on rencontre dans la mise en œuvre des directives communautaires sont moins liés à des transpositions législatives insuffisantes qu'à l'absence d'une stratégie de prévention cohérente de la part des États membres. Trop souvent les dispositions les plus avancées de la législation restent lettre morte parce que l'inspection du travail ne dispose pas des ressources nécessaires pour intervenir efficacement ou parce que les supports publics dans le domaine de l'information, de la formation ou de la recherche sont insuffisants.

La nouvelle stratégie communautaire devrait permettre de mener une politique beaucoup plus active de manière à stimuler les stratégies nationales de prévention de chacun des États membres et à définir des critères minimaux pour les éléments les plus importants des systèmes nationaux de prévention.

En particulier, nous considérons que les aspects suivants devraient être abordés :

### **1. Le renforcement des systèmes d'inspection du travail**

De nombreuses études montrent l'importance du bon fonctionnement de l'inspection du travail. Dès le début du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'on a pu observer que l'adoption de lois sociales risquait d'être inutile si les autorités publiques ne mettaient pas en place un système d'inspection compétent, indépendant et doté de pouvoirs suffisants.

Dans la plupart des pays de l'Union européenne, les ressources (matérielles et humaines) de l'inspection sont nettement insuffisantes. Un écart croissant se creuse entre les besoins et les ressources. Les besoins tendent à augmenter sous l'effet de plusieurs facteurs. Les domaines de la prévention se sont élargis et couvrent des aspects qui avaient été traditionnellement négligés comme les facteurs psychosociaux, le harcèlement psychologique ou les effets à long terme des expositions à des produits chimiques. Les obligations procédurales sont devenues beaucoup plus précises notamment avec l'évaluation des risques et la planification des activités préventives. La fragmentation des activités productives, avec l'apparition de chaînes de sous-traitance souvent très complexes, rend le contrôle effectif plus difficile.

Une telle évolution exigerait tout à la fois des ressources majeures et un développement des compétences tenant compte des nouvelles dimensions du travail de l'inspection. De nombreux États membres laissent se développer une situation extrêmement dangereuse en renforçant sur le papier les obligations de prévention des employeurs tout en affaiblissant la crédibilité des systèmes de contrôle. Par ailleurs, dans certains pays, l'on observe une remise en cause des missions de l'inspection du travail. Pour les gouvernements les plus libéraux, la mission centrale de l'inspection du travail ne serait plus le contrôle effectif du respect de la légalité par les employeurs. L'inspection devrait, dans cette optique, s'orienter de plus en plus vers un rôle de consultant en conseillant des "clients". La certification de procédures par des organismes privés est parfois utilisée pour réduire le rôle de l'inspection du travail à un contrôle administratif de certificats dont la pratique montre qu'ils ne correspondent pas nécessairement à une amélioration réelle des conditions de travail.

### **2. La mise en place de sanctions efficaces, dissuasives et proportionnelles**

L'impunité patronale dans le domaine de la santé au travail reste un obstacle énorme à la prévention. La très faible probabilité d'être sanctionné et le niveau souvent dérisoire d'une éventuelle sanction accordent un avantage économique aux entreprises qui ne respectent pas leurs obligations de prévention. Même en cas d'accident mortel, rares sont les poursuites pénales qui aboutissent à une condamnation. Lorsqu'il s'agit d'exposition à des produits chimiques dont les conséquences peuvent être différées dans le temps, l'impunité patronale est encore plus systématique. Au Royaume-Uni, depuis presque dix ans, le gouvernement louvoie autour d'un projet qui permettrait des poursuites pénales en cas de "meurtres d'entreprise" (*corporate manslaughter*). Malgré des promesses répétées, aucune législation n'a été adoptée jusqu'à présent.

La mise en place d'un système de sanctions efficaces est liée à un ensemble de conditions :

- Un meilleur fonctionnement de l'inspection du travail.

- Une attention plus grande à la délinquance patronale de la part des différents organes chargés de la répression de la délinquance (police, ministère public, juridictions pénales, etc.). Pour ne prendre qu'un exemple, de nombreuses irrégularités concernant la sécurité peuvent être identifiées visuellement sur les chantiers de construction. Dans la plupart des pays, la police ne reçoit ni formation ni instruction pratique pour intervenir de façon efficace dans ce domaine. Presque partout dans l'Union, l'on constate que les procès-verbaux de l'inspection du travail débouchent rarement sur des condamnations pénales. Cela explique que dans certains pays, comme en Espagne, des unités spécifiques chargées des questions de santé et de sécurité au travail ont été créées au sein du parquet.
- Les poursuites pénales sont souvent difficiles dans le cas d'entreprises complexes où les processus de décision ne dépendent pas d'une seule personne. Plusieurs pays européens ont introduit des réformes visant à permettre des poursuites pénales à l'égard de personnes morales.
- Pour être dissuasives, les peines pécuniaires pourraient être calculées sur la base des capacités économiques de l'entreprise. D'autres peines, comme des interdictions de poursuivre une activité déterminée ou l'exclusion d'entreprises des marchés publics, peuvent constituer des sanctions dissuasives.
- Les systèmes juridiques de plusieurs États membres continuent à créer des obstacles importants à la mise en cause de la responsabilité civile des employeurs en cas d'accident du travail ou de maladie causée par le travail. En Belgique, par exemple, les employeurs bénéficient d'une immunité presque totale dans ce domaine.

Pour l'essentiel, les systèmes de sanction dépendent des États membres et ne relèvent pas de compétences communautaires. Cela ne devrait pas empêcher la stratégie communautaire d'aborder cette question et de se donner les moyens de suivre les pratiques nationales. En effet, l'existence de sanctions efficaces, dissuasives et proportionnelles est une des conditions de la transposition correcte des directives communautaires. Un contrôle de ces conditions relève pleinement des compétences communautaires même s'il n'implique pas des mesures d'harmonisation.

### **3. La couverture de l'ensemble des travailleurs par des représentants pour la sécurité**

La représentation des travailleurs pour la santé et la sécurité constitue un élément crucial pour toute politique de santé au travail. Pourtant, dans la majorité des pays européens, une quantité importante de travailleurs est privée d'une telle représentation. Dans certains pays, l'on enregistre même des reculs (Royaume-Uni, Danemark). L'existence d'une structure de représentation des travailleurs est la condition indispensable de toute participation des travailleurs dans le domaine de la santé et de la sécurité. De nombreuses enquêtes mettent en évidence le lien direct entre l'existence d'une représentation des travailleurs dans les entreprises et la qualité de la politique de prévention menée par celles-ci. Certes, par sa seule existence, une telle représentation ne suffit pas nécessairement à rendre la participation effective mais l'expérience montre que, quand une telle représentation n'existe pas, les formes de participation directe préconisées parfois par le patronat ne sont qu'un rideau de fumée. Dans certains pays de l'Union européenne, des réglementations ont été adoptées en vue d'organiser une telle "participation directe" dans les entreprises dépourvues de mécanismes de représentation. C'est le cas du Royaume-Uni et de la Belgique. Ces réglementations n'ont produit aucun résultat positif. Le droit à la représentation collective des travailleurs est garanti dans la directive-cadre de 1989.

C'est pourquoi nous considérons que la couverture de l'ensemble des travailleurs par des formes de représentation en santé et en sécurité constitue un des objectifs centraux de la période à venir. Une attention particulière devra être accordée aux petites et moyennes entreprises ainsi qu'aux différentes formes de travail précaire. La stratégie communautaire devrait se donner les moyens d'assurer un suivi régulier des évolutions dans ce domaine. Dans les secteurs où il existe une proportion très élevée de petites entreprises, l'institution de systèmes de représentation territoriale peut compléter utilement la mise en place d'une représentation dans les entreprises comme le démontre l'exemple de la Suède.

#### 4. Le fonctionnement des services de prévention

Les ressources consacrées à la prévention ont augmenté de façon significative depuis l'adoption de la directive-cadre. Dans la plupart des pays communautaires, le nombre de professionnels travaillant dans des services de prévention s'est accru fortement. Cependant, l'on est loin d'avoir atteint les objectifs de la directive-cadre.

Pour la stratégie 2007-2012, nous considérons que les objectifs suivants doivent être considérés comme prioritaires :

- Assurer une couverture intégrale de l'ensemble des travailleurs par des services de prévention.
- Garantir une intervention multidisciplinaire. Une telle exigence implique que les réglementations nationales et les systèmes d'agrément ou de contrôle déterminent clairement un socle de qualifications essentielles. Cela signifie, d'une part, que les préventeurs de différentes disciplines (médecine du travail, sécurité, hygiène industrielle, ergonomie, psychologie, etc.) interviennent de façon stable au sein d'un même service et assurent la complémentarité de leurs interventions dans une approche globale.
- Une intervention multidisciplinaire cohérente implique une confrontation réelle entre les connaissances expertes des différents préventeurs et la connaissance collective des travailleurs, leurs priorités et leur perception.
- Garantir la complémentarité entre l'intervention d'un service interne et celle d'un service externe appelé à intervenir pour des compétences dont ne dispose pas le service interne. Il importe en particulier d'éviter une externalisation excessive des activités préventives.
- Garantir une intervention centrée sur la prévention et conforme à la hiérarchie des mesures de prévention. Cela signifie, en particulier, qu'il faut combattre des interventions centrées sur des priorités immédiates dont le but est plus une réduction des coûts pour l'entreprise qu'une amélioration des conditions de travail. L'expérience de plusieurs pays où la réduction de l'absentéisme est considérée comme une priorité absolue montre qu'il existe un risque réel de transformer des services de prévention en services de sélection de la main-d'œuvre sur la base de la santé ou en services de contrôle.
- L'articulation entre la gestion préventive réalisée par l'employeur et les activités des services de prévention est une question centrale.
- Préciser les critères de la surveillance de la santé de manière à lier celle-ci plus efficacement à la prévention. Une législation communautaire devrait interdire les tests génétiques (*genetic screening*) dans le cadre des rapports de travail.
- Assurer l'indépendance des préventeurs vis-à-vis du patronat par des mesures plus efficaces de protection (contre les licenciements en particulier).

- Garantir une formation continue et faciliter les liens entre le personnel de prévention et les institutions de recherche.
- Établir les modalités d'un contrôle social de leurs activités par les représentants des travailleurs. Dans le cas des services externes de prévention, renforcer les liens entre les représentants des travailleurs des entreprises couvertes et les représentants syndicaux dans les organismes de contrôle de ces services.
- Établir les modalités d'un contrôle public de ces services notamment par des agréments. Il importe de fixer des critères de qualité qui tiennent compte de la mission publique de ces services et des conflits d'intérêts entre le client apparent (l'entreprise) et l'utilisateur final (les travailleurs).
- Assurer la socialisation des expériences de prévention dans le cadre d'une politique publique de santé au travail. Une expérience comme l'enquête SUMER en France montre l'immense potentiel qu'une telle socialisation comporte. Il s'agit d'une enquête nationale sur les conditions de travail et leur impact sur la santé, menée par près de 1 800 médecins du travail sur une base volontaire et basée sur un entretien détaillé avec environ 50 000 travailleurs.

## 5. Une couverture adéquate des travailleurs précaires

La nécessité d'assurer une protection égale à tous les travailleurs implique qu'il faut enfin aborder la santé et la sécurité des travailleurs précaires comme une priorité. Partout en Europe, l'on constate que la précarisation du travail a un impact très négatif sur la santé. Les dispositions communautaires actuellement en vigueur sont insuffisantes dans ce domaine.

L'approche à suivre ne doit pas légitimer le recours au travail précaire. Autrement dit, il faut, à la fois, élaborer des dispositifs spécifiques qui protègent la vie et la santé des travailleurs précaires et renforcer les formes de contrôle public et social qui permettent de combattre la précarité en tant que telle.

Une attention particulière doit être portée au travail intérimaire. Le travail intérimaire a connu une croissance assez rapide partout dans l'Union européenne même si les situations diffèrent d'un pays à l'autre. Dans les 15 "anciens" États membres, une recherche de la Fondation de Dublin estime qu'il y aurait entre 2,5 et 3 millions de travailleurs intérimaires. Dans les nouveaux États membres, une estimation précise est plus difficile à établir mais l'on peut observer une augmentation soutenue de cette forme d'emploi. Les données nationales concernant les accidents du travail indiquent que les travailleurs intérimaires sont particulièrement exposés au danger d'accident. Il n'existe pas de données systématiques sur la santé au travail des travailleurs intérimaires en dehors des statistiques concernant les accidents déclarés. Cette lacune est significative en soi de l'insuffisance des politiques publiques de prévention. Il existe cependant différentes recherches qui montrent que les travailleurs intérimaires sont généralement exposés à des conditions de travail qui portent atteinte à leur santé.

La directive 91/383 porte sur la santé et la sécurité de deux catégories de travailleurs : les travailleurs ayant un contrat à durée déterminée (CDD) et les travailleurs intérimaires. Cette directive a été élaborée dans un contexte très particulier. Elle a résulté du démembrement d'une proposition initiale beaucoup plus ambitieuse qui aurait concerné l'ensemble des conditions de travail des travailleurs intérimaires ou sous CDD. En raison des difficultés politiques que soulevait l'adoption d'une telle directive



(qui aurait requis l'unanimité dans les années '80), le texte de la directive 91/383 a été détaché en quelque sorte d'un projet plus vaste. D'emblée, cette directive a présenté des problèmes de cohérence par rapport à la directive-cadre dont elle ne reflète que partiellement les grandes orientations. Le défaut principal de la directive 91/383 est son imprécision quant aux mécanismes qui devraient être mis en place pour que les dispositions de la directive-cadre trouvent une application réellement équivalente. Par ailleurs, la transposition de la directive n'a pas toujours été faite correctement dans les différents États. La Commission a fait preuve de beaucoup d'inertie dans le contrôle de ces transpositions. Les rapports qu'elle a établis en ce qui concerne l'application de la directive sont superficiels et passent à côté d'une réalité indéniable : les travailleurs intérimaires sont privés dans les faits d'une partie importante des dispositifs de protection et de prévention en santé au travail.

La nouvelle stratégie communautaire devrait se poser pour objectif d'assurer dans les faits un niveau équivalent de protection de la santé et de la sécurité de l'ensemble des travailleurs. Elle devrait être cohérente du point de vue de la hiérarchie des mesures de prévention et prévoir l'interdiction du travail précaire dans des circonstances où l'expérience montre que les dispositifs de prévention ne permettent pas d'assurer cette protection. À cet égard, l'on peut observer que de nombreux pays communautaires n'autorisent pas le recours au travail intérimaire pour des travaux qui impliquent l'exposition à des agents cancérigènes. Ainsi, la Belgique a adopté une loi qui intervient dans le domaine des rapports commerciaux entre les entreprises utilisatrices et les entreprises de travail intérimaire. Elle interdit de conclure un contrat avec une entreprise de travail intérimaire dont on sait ou devrait savoir qu'elle ne respecte pas ses obligations en matière de santé et de sécurité. Des procédures d'enregistrement et d'autorisation des entreprises de travail intérimaire devraient tenir compte de leur politique de santé au travail.

Parmi les éléments qui requièrent une attention prioritaire et qui justifient une révision de la directive de 1991, il faut mentionner :

- Un contrôle préalable sur la décision de recourir au travail intérimaire par les représentants des travailleurs permettant notamment d'éviter une gestion des postes à hauts risques via le travail intérimaire.
- L'organisation d'une surveillance de la santé efficace liée à une évaluation concrète des risques pour les postes de travail où sont occupés des travailleurs intérimaires.
- Une formation adéquate et une information préalable basées sur une évaluation des risques précise.
- L'accès à des services de prévention.
- La représentation des travailleurs intérimaires en matière de santé et de sécurité.

D'autres facteurs de précarité devraient également être pris en compte. On peut mentionner :

- Le travail domestique rémunéré. La stratégie 2007-2012 devrait étendre le champ d'application des directives communautaires de manière à mettre fin à la discrimination qui existe actuellement à l'égard des travailleurs (dans leur immense majorité, des travailleuses) de ce secteur.
- De nombreuses formes atypiques d'emploi qui s'inscrivent parfois dans une sorte de zone grise entre le travail salarié et le travail indépendant.
- Le travail indépendant en tant que tel peut parfois être associé à des formes de précarité (c'est un phénomène que l'on observe couramment dans le bâtiment).

- La sous-traitance peut induire des facteurs de précarité sans affecter nécessairement les formes d'emploi.
- Le travail à temps partiel est souvent un facteur spécifique de précarisation du travail des femmes. Il est fréquemment associé à un travail moins qualifié et à une flexibilité horaire importante.

Ces différents éléments montrent qu'une prévention efficace implique des dispositions juridiques qui ne se limitent pas aux rapports entre employeurs et travailleurs salariés. Jusqu'à présent, l'Union européenne a été très hésitante à dépasser cette limite. À l'exception de la directive sur les chantiers mobiles et temporaires, elle n'a pas adopté de dispositions contraignantes qui imposeraient des obligations de prévention dans des rapports contractuels commerciaux.

## 6. Les travailleurs migrants

De nombreuses données montrent que les travailleurs migrants sont plus souvent victimes d'atteintes à la santé que les ressortissants du pays où ils travaillent. Dans une certaine mesure, ce constat peut également s'appliquer à des travailleurs qui appartiennent à des groupes ethniques minoritaires issus de l'immigration.

Différents facteurs contribuent à cette situation :

- Il existe une division ethnique du marché du travail qui reproduit, à large échelle, une discrimination à l'égard des travailleurs migrants et parfois à l'égard de travailleurs issus d'immigrations précédentes. Les systèmes scolaires et les discriminations à l'embauche tendent à reproduire cette division ethnique d'une génération à l'autre. Cette division ethnique implique souvent une concentration des travailleurs migrants dans des activités dangereuses ou insalubres et une couverture moins efficace par les dispositifs de prévention. Par ailleurs, la représentation politique et syndicale de ces travailleurs est généralement beaucoup plus faible que celles des ressortissants nationaux.
- Les travailleuses migrantes connaissent une division du travail encore plus rigide que les hommes. Dans le travail salarié, elles se heurtent à une ségrégation très forte qui tend à les concentrer dans une gamme très étroite de professions ou de secteurs (notamment le travail domestique rémunéré, les services aux personnes, etc.). Dans le travail non rémunéré, elles sont souvent soumises à une structure encore plus inégalitaire de la famille.
- Les travailleurs migrants non originaires de pays de l'Union sont souvent soumis à des statuts discriminatoires. Lorsqu'ils sont en séjour illégal, ils sont généralement victimes d'une exploitation sans scrupule. Dans certains pays, la législation permet à des demandeurs d'asile de séjourner tout en leur interdisant de travailler et en limitant de façon drastique leur accès aux prestations sociales. De cette manière, elle met à la disposition d'employeurs une force de travail soumise à des chantages permanents.
- Des problèmes spécifiques peuvent se poser dans le domaine de la formation et de l'information en raison notamment des difficultés linguistiques.

Une amélioration des conditions de travail des travailleurs migrants dépasse largement les limites traditionnelles des politiques de prévention. Elle passe nécessairement par une lutte contre les discriminations dans la société. Par ailleurs, elle implique une attention plus systématique à des secteurs souvent négligés dans les politiques de

santé au travail : l'emploi domestique et les autres services à des particuliers, l'hôtellerie et la restauration, le travail agricole et en particulier le travail saisonnier, etc.

### **7. Faire respecter l'obligation de sécurité y compris dans les entreprises complexes, les situations de sous-traitance et les situations transnationales**

La directive-cadre établit à juste titre que tout employeur est tenu de garantir la santé et la sécurité des travailleurs de son entreprise. La pratique montre qu'une telle obligation ne devrait pas se limiter aux travailleurs avec lesquels un employeur est lié juridiquement par un contrat de travail. Il s'agit de faire respecter l'obligation de sécurité en tenant compte de la réalité d'un processus de travail.

À notre avis, dans trois domaines au moins, l'obligation patronale de sécurité devrait être élargie et mieux définie :

- Dans le cadre de rapports de sous-traitance, de manière à responsabiliser l'ensemble des employeurs d'une chaîne de sous-traitance en allant jusqu'au donneur d'ordre principal.
- Dans les entreprises complexes, de manière à empêcher une dilution des responsabilités de la hiérarchie centrale à travers des mécanismes de délégation de pouvoir.
- Dans les situations transnationales, de manière à permettre un contrôle et des sanctions effectives.

## **Deuxième priorité structurelle et stratégique : réussir l'élargissement**

L'élargissement intervenu en 2004 est sans précédent dans l'histoire de l'Union européenne pour au moins trois raisons :

- 1.** Le nombre de pays concernés et l'importance de la population concernée (plus de 75 millions de personnes, soit un peu moins de 20% de la population des quinze États membres d'avant 2004).
- 2.** La diversité des situations s'est étendue de façon considérable. Le PIB par habitant des nouveaux États membres correspondait en 2001 approximativement à la moitié de celui des anciens États membres. Des différences importantes concernent également les conditions de travail comme a pu le mettre en évidence l'enquête européenne sur les conditions de travail menée par la Fondation de Dublin en 2000-2001.
- 3.** Huit des dix nouveaux États membres ont connu une transition rapide et souvent brutale d'une économie étatisée vers le capitalisme entre 1989 et aujourd'hui. Le cadre politique, économique et social n'est pas stabilisé.

Les risques d'une concurrence qui tirerait les conditions de travail vers le bas sont réels. Dans ce contexte, toute pause ou tout moratoire de l'activité communautaire aurait des conséquences désastreuses.

L'expérience de ces dernières années montre que les processus de privatisation dans les pays de l'ancien bloc soviétique ont abouti à une précarisation brutale des conditions de vie et de travail. De nombreuses structures publiques dans le domaine de l'action sanitaire et de l'inspection du travail ont été affaiblies. L'alliance entre une couche émergente de capitalistes nationaux et des multinationales s'est faite autour

d'exigences ultra-libérales de démantèlement des droits syndicaux. Elle s'appuie sur l'absence de participation démocratique des travailleurs sur les lieux de travail à l'époque de la domination par le Parti-État. Elle considère les droits sociaux comme des obstacles à la liberté d'entreprendre et une entrave aux règles de la concurrence.

En dépit des spécificités des nouveaux États membres, les questions centrales qui se posent dans le domaine de la santé et de la sécurité ne sont pas fondamentalement différentes de celles qui existent dans les anciens États membres. Elles peuvent se manifester avec plus d'ampleur dans certains domaines mais ne justifient pas une approche différenciée en ce qui concerne le cadre législatif.

Par contre, le contexte général implique que la simple transposition juridique des directives communautaires ne constitue qu'un premier pas. La question décisive est de développer des stratégies nationales de prévention qui reconnaissent le droit de l'ensemble des travailleurs à la santé et à la sécurité, qui stimulent leur propre intervention dans les entreprises pour améliorer les conditions de travail et qui accordent aux organisations syndicales un rôle majeur. La démocratie sociale dans les entreprises constitue une exigence prioritaire après quatre décennies de contrôle du Parti-État et plus de quinze ans d'hégémonie extrême du néo-libéralisme.

La réussite de l'élargissement passe par l'affectation de ressources suffisantes à une amélioration des conditions de travail. Il importe de mobiliser les fonds sociaux communautaires dans des programmes spécifiques concernant le milieu de travail. La sélection de projets devrait garantir le respect des règles du tripartisme.

Par ailleurs, la mise en place d'un système communautaire de suivi dans le domaine des conditions de travail et de leur impact sur la santé constitue également une priorité. Au niveau national, de nombreux États membres ne disposent pas d'instruments permettant une observation régulière des conditions de travail. Une telle carence représente un obstacle sérieux à la définition et à l'évaluation de stratégies nationales de prévention.

Plusieurs éléments devraient être pris en compte tout particulièrement dans les stratégies nationales de prévention et ils devraient trouver un appui dans la stratégie communautaire :

- 1.** Dans plusieurs nouveaux États membres, la proportion de travailleurs indépendants a fortement augmenté, y compris en dehors du secteur agricole et du commerce de détail. La législation concernant la santé et la sécurité ne s'applique généralement pas à ces travailleurs. Une telle situation montre que l'approche suivie jusqu'à présent par l'Union (qui s'est limitée à adopter une recommandation dans ce domaine) ne correspond certainement plus aux besoins.
- 2.** La négociation collective entre organisations syndicales et organisations patronales et les autres formes de dialogue social se heurtent à de nombreux obstacles. Les organisations patronales sont souvent peu représentatives et parfois elles sont très morcelées. Les organisations syndicales ont été affaiblies dans le secteur privé. Des pourcentages importants de travailleurs ne sont pas couverts par des conventions collectives et sont dépourvus de toute forme de représentation.
- 3.** Les bas salaires créent un contexte favorable à un recours systématique aux heures supplémentaires. Le temps de travail effectif est nettement au-dessus de la moyenne

des anciens États membres. Les primes de risque qui apparaissent comme un complément indispensable à ces bas salaires constituent un obstacle à la prévention.

4. La situation des femmes s'est dégradée beaucoup plus que celle des hommes. Leur taux d'emploi s'est souvent abaissé. L'articulation entre la vie professionnelle et le travail non rémunéré a été rendue plus difficile par le démantèlement d'une partie des infrastructures collectives et par l'exaltation de modèles familiaux traditionnels fortement inégalitaires.
5. Les systèmes de protection sociale tendent à assurer des revenus de remplacement d'un niveau trop bas pour échapper à la pauvreté. Une telle situation favorise le secteur informel de l'économie et impose à de nombreuses personnes à la retraite de continuer à travailler dans des conditions souvent très précaires.

L'élargissement de 2004 sera suivi au cours des prochaines années par de nouvelles adhésions. Quel que soit le calendrier précis de ces adhésions, l'écart entre les situations nationales s'accroîtra de façon encore plus nette dans les dix prochaines années. La population des pays candidats dépasse 100 millions d'habitants dont les conditions de vie et de travail sont généralement beaucoup moins favorables que dans l'Union européenne. Le "modèle social européen" sera confronté à des défis sans précédent. Il importe de préparer dès maintenant les prochaines adhésions dans la stratégie de santé et de sécurité. Dans les pays où l'interdiction de l'amiante n'a pas encore été décidée, celle-ci constitue une exigence immédiate liée à un ensemble de mesures destinées à gérer les conséquences de l'utilisation de l'amiante dans le passé (registre des bâtiments contenant de l'amiante, critères pour les travaux de désamiantage, soins de santé et compensations financières pour les victimes, transition juste pour les travailleurs des entreprises produisant des produits à base d'amiante, etc.). Au-delà de cette priorité urgente, la mise en place d'un système national de prévention doit être soutenue par des programmes communautaires.

## Renforcer la cohérence des politiques de prévention par rapport au risque chimique

Les risques chimiques constituent une cause majeure d'atteintes à la santé. La mortalité due à l'exposition à des produits chimiques dangereux est très largement supérieure à la mortalité causée par des accidents du travail. La sous-reconnaissance systématique des cancers liés à des expositions professionnelles dissimule en partie cette réalité. Une des priorités de la stratégie 2007-2012 devrait être de rouvrir un débat d'ensemble sur la reconnaissance des maladies professionnelles de manière à définir des éléments d'harmonisation minimale. Dans ce cadre, une attention particulière devrait être accordée aux différentes pathologies causées ou aggravées par des expositions à des agents chimiques.

La réforme du cadre législatif concernant la production et la mise sur le marché des substances chimiques constitue une opportunité importante pour élaborer une stratégie d'ensemble de renforcement de la prévention sur les lieux de travail. REACH devrait fournir des informations importantes pour une meilleure prévention, stimuler la substitution des produits chimiques les plus dangereux et encourager la circulation de l'information entre producteurs, utilisateurs et autorités publiques. Il serait cependant naïf de croire que REACH produira spontanément des effets bénéfiques en ce qui concerne la prévention sur les lieux de travail. Différentes mesures doivent être prises,

tant au niveau communautaire que dans les stratégies nationales des États membres, pour que le potentiel de REACH soit pleinement utilisé. La remontée d'expériences à partir des lieux de travail est une des clés pour que REACH fonctionne. Cela signifie qu'il faut articuler l'évaluation des risques sur les lieux de travail avec les différentes obligations des producteurs de produits chimiques de manière à ce que leur "devoir de vigilance" se concrétise par des réévaluations régulières des produits mis sur le marché et par la substitution des produits les plus dangereux.

Au niveau communautaire, la directive de 1998 sur les agents chimiques constitue une bonne base mais la pratique a montré qu'elle devait être complétée par d'autres dispositions pour être pleinement efficace.

L'élaboration de valeurs-limites communautaires avance à pas de tortue. Après une première liste de 62 valeurs-limites indicatives définie par la directive de la Commission du 8 juin 2000, une deuxième liste a finalement été adoptée par la Commission le 7 février 2006. Elle contient 33 valeurs-limites (contre 44 valeurs-limites dans la proposition initiale élaborée en 2002). Les pressions patronales destinées à retirer de cette liste le monoxyde d'azote (NO) ont abouti. Antérieurement, les mêmes pressions avaient conduit à éliminer le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) de la première liste de valeurs-limites. De la sorte, la prévention des maladies respiratoires provoquées par des expositions professionnelles a été entravée. Une telle situation a créé des précédents très dangereux qui menacent l'ensemble du processus de mise au point des valeurs-limites. Il importe que la nouvelle stratégie réaffirme sans ambiguïté que les valeurs-limites indicatives doivent être définies sur la base des propositions des données scientifiques les plus récentes et doivent indiquer les niveaux des seuils d'exposition au-dessous desquels des substances données ne devraient avoir aucun effet dommageable sur la santé.

L'élaboration de valeurs-limites obligatoires rencontre des difficultés comparables. Actuellement, les valeurs-limites obligatoires constituent une exception dans la législation communautaire. Le Conseil des ministres a souligné qu'il y avait une lacune certaine en ce qui concerne la protection des travailleurs contre les agents cancérogènes. L'adoption d'une valeur-limite obligatoire concernant la silice cristalline constitue certainement une priorité. En effet, la silice cristalline est un des principaux agents cancérogènes auxquels sont exposés les travailleurs en Europe.

Le mouvement syndical se prononce pour l'adoption de valeurs-limites obligatoires couvrant les principaux agents chimiques dangereux. Dans tous les cas, les valeurs-limites communautaires doivent au moins reprendre la valeur-limite la plus basse actuellement adoptée dans un des États membres (y compris les pays de l'Espace économique européen). Lorsque cela s'avère nécessaire, des valeurs-limites d'exposition seront complétées par des indicateurs biologiques destinés à la surveillance de la santé des travailleurs exposés. Les valeurs-limites doivent faire l'objet de révisions régulières de manière à tenir compte des nouvelles données scientifiques et techniques. À cet égard, la révision des valeurs-limites définies en 1982 concernant le plomb constitue également une priorité.

Les substances les plus dangereuses doivent faire l'objet d'une politique de prévention renforcée, axée principalement sur la substitution. Dans ce cadre, nous soutenons l'élargissement du champ d'application de la directive actuelle sur les agents cancérogènes aux agents mutagènes et toxiques pour la reproduction.

Dans le domaine de la santé reproductive, la révision de la directive concernant les travailleuses enceintes est une nécessité réaffirmée depuis des années tant par le Parlement européen que par les organisations syndicales. L'écart préventif des travailleuses enceintes ne doit pas être utilisé comme un frein à la prévention collective par la substitution des agents chimiques toxiques pour la reproduction.

## **Intervenir plus efficacement sur l'organisation du travail, en particulier pour la prévention des TMS**

L'organisation du travail constitue un élément déterminant pour les politiques de prévention dans les entreprises. Elle reste cependant, dans la pratique, un domaine que les employeurs tendent à considérer comme leur prérogative exclusive. Nous sommes convaincus qu'il n'y aura pas de progrès significatif en santé au travail sans une avancée réelle dans la démocratie sur les lieux de travail, sans des possibilités accrues pour les travailleurs, leurs représentants et leurs organisations d'exercer un contrôle effectif sur des aspects déterminants de l'organisation du travail.

L'impact de l'organisation du travail se fait sentir dans tous les problèmes de santé et de sécurité. L'ampleur des troubles musculo-squelettiques (TMS) est le révélateur de la nécessité de placer l'organisation du travail au centre des stratégies de prévention.

Les directives actuelles ne constituent pas un cadre suffisant pour affronter les TMS. Il est nécessaire d'élaborer une directive abordant l'ensemble des facteurs contribuant à leur développement dans une approche ergonomique globale des situations de travail.

Dans d'autres domaines également, une meilleure prévention passe nécessairement par une évaluation critique de l'organisation du travail. Les différentes formes de violence physique et psychologique dans les rapports de travail ne peuvent être attribuées uniquement à des comportements individuels. Elles renvoient généralement aux rapports hiérarchiques de domination mis en place dans l'organisation du travail. La dimension de genre de ces rapports de domination justifie largement que le harcèlement sexuel soit traité dans une approche globale qui couvre l'ensemble des formes de violence au travail et adopte une approche de prévention collective comme priorité par rapport au traitement des conflits entre individus.

L'émergence rapide du harcèlement moral et d'autres formes de violence physique et psychologique en tant que problèmes de santé au travail s'explique principalement par les transformations de l'organisation du travail. L'évolution des méthodes de gestion tend à une mise en concurrence croissante entre travailleurs, entre services. Dans un climat de "guerre de tous contre tous", l'on comprend que les pires dérives soient possibles voire stimulées.

Sans entrer dans une analyse détaillée, on peut néanmoins souligner certains éléments :

- Les formes nouvelles de gestion mettent souvent en place une "autonomie contrôlée" des travailleurs qui repose sur des exigences contradictoires : un élargissement relatif de la marge de manœuvre quant aux modalités du travail et un contrôle renforcé tant en ce qui concerne les résultats que les procédures suivies. Ces formes de gestion affaiblissent considérablement les solidarités collectives. Une partie des contraintes est exercée directement dans les collectifs de travail.

- L'investissement dans le travail qui est exigé dans la plupart des entreprises implique une sorte de subordination sans limites des besoins individuels aux impératifs de la production.
- L'intensification du travail passe par une chasse aux "temps morts" (du point de vue de la rentabilité immédiate) qui sont aussi les temps sociaux indispensables à une maîtrise réelle de l'activité par les collectifs de travail.
- L'intensification du travail produit des pathologies très différenciées selon les individus. Lorsque certains d'entre eux "craquent", il peut se produire une sorte d'effet "repoussoir" parmi leurs collègues qui se sentent menacés eux-mêmes et cherchent à nier les problèmes.

La prévention des différentes formes de violence devra constituer une priorité de la stratégie communautaire 2007-2012.

## Mobiliser tous les acteurs

Une des faiblesses majeures des politiques nationales de santé au travail réside dans la coordination insuffisante des nombreux acteurs impliqués. Un tel défaut existe aussi au niveau de la stratégie communautaire.

La tragédie de l'amiante a illustré clairement les conséquences désastreuses de cette absence de coordination. Face au travail systématique de lobby du patronat de l'amiante relayé par de nombreux gouvernements, les institutions européennes ont tergiversé pendant un quart de siècle avant de décider l'interdiction de l'amiante. Les conséquences de ce retard se chiffrent par des dizaines de milliers de morts qui auraient pu être évitées. Sans tout expliquer, l'absence de coordination entre les différentes directions générales de la Commission a joué un rôle indéniable. L'amiante posait des problèmes tant en ce qui concerne la régulation du marché intérieur, la santé et la sécurité sur les lieux de travail, la politique de l'environnement et la santé publique.

Encore aujourd'hui, la gestion des problèmes liés à l'utilisation massive de l'amiante par le passé est entravée par une mauvaise coopération entre différentes directions générales et par des interprétations souvent trop restrictives des compétences communautaires. Des mesures indispensables comme la constitution de registres sur les bâtiments contenant de l'amiante n'ont pas pu être adoptées et la directive concernant la protection des travailleurs exposés à l'amiante ne couvre toujours pas les travailleurs indépendants.

### La Commission

La Commission joue un rôle essentiel. Elle est la seule institution à pouvoir formuler des propositions de directive. Elle joue un rôle déterminant dans le contrôle de l'application des règles communautaires. Elle peut donner l'impulsion politique pour l'action communautaire. En particulier, c'est à la Commission qu'il revient de coordonner l'intervention des différents acteurs et d'intégrer les exigences de santé au travail dans les autres politiques. Les ressources internes dont dispose la Commission pour mener les politiques de santé au travail sont dramatiquement insuffisantes. Une telle situation menace la crédibilité de son intervention. Alors que les thèmes couverts par la politique communautaire de santé au travail se sont multipliés et que le nombre de pays



membres de l'Union européenne est passé de 12 à 25, les effectifs de la Commission au sein de l'unité chargée de la santé au travail ont fortement diminué par rapport au début des années '90. Ceci contribue à expliquer la lenteur des procédures en manquement contre des transpositions insuffisantes des directives ainsi que les retards pris dans l'évaluation de l'application des directives.

Ces éléments quantitatifs sont aggravés par une trop faible attention portée aux problèmes de santé au travail dans les autres services de la Commission, y compris au sein de la Direction générale Emploi et Affaires sociales. La constitution d'une unité spécifique chargée de la coordination a certainement joué un rôle positif. Il n'en reste pas moins que, de façon régulière, les problèmes de santé au travail sont négligés dans des propositions législatives ou dans les politiques impulsées par la Commission. Le débat sur REACH a été caractérisé par un effacement très marqué de la Direction générale Affaires sociales. La stratégie 2007-2012 devrait définir des mécanismes et des procédures permettant une meilleure prise en compte des exigences de santé et de sécurité dans l'ensemble des politiques communautaires.

Une attention particulière devrait être accordée aux domaines suivants :

- marché intérieur ;
- environnement ;
- recherche ;
- cohésion sociale ;
- égalité hommes-femmes.

Par ailleurs, il appartient à la Commission de veiller à la cohérence des politiques suivies sur la base de l'acquis communautaire. À plusieurs reprises au cours de ces dernières années, la Commission a reculé devant les pressions des États membres et a consenti à des amendements contraires aux principes de base de la directive-cadre. Cela fut le cas notamment avec un amendement de la directive sur la protection des travailleurs exposés au bruit qui prévoit que le niveau d'exposition pourra être calculé en tenant compte de la réduction du bruit qui résulterait du port d'équipements de protection individuelle. De même, le soutien immédiat que la Commission a apporté, en septembre 2005, à l'amendement du Parlement européen retirant les rayonnements solaires du champ d'application de la nouvelle directive sur les rayonnements non ionisants illustre le manque de cohérence de la politique communautaire en santé au travail.

## Le Conseil

Le Conseil des ministres reflète les équilibres politiques entre les gouvernements des vingt-cinq États membres. La santé au travail n'a pas été un thème prioritaire au cours de ces dernières années. De nombreuses propositions de la Commission ont été affaiblies par le Conseil. Le fait que les discussions au Conseil se déroulent à huis clos ne facilite pas le contrôle démocratique des différents gouvernements. Il est souvent difficile de savoir quelles ont été les positions défendues et sur quelle base des compromis ont été élaborés. Seuls quelques États membres (principalement la Suède et le Danemark) ont mis en place des dispositifs qui assurent une plus grande transparence en ce qui concerne les positions défendues par leurs représentants au Conseil.

## Le Parlement européen

Le Parlement européen a généralement veillé à renforcer les propositions qui lui étaient soumises et de nombreux amendements sont allés dans le sens d'une amélioration des politiques de prévention. Il faut cependant déplorer quelques exceptions à cette tendance, notamment lorsque le Parlement a retiré les rayonnements solaires du champ d'application de la directive sur les rayonnements non ionisants.

En tant que co-législateur, le Parlement a une responsabilité importante en ce qui concerne le suivi de l'application des textes adoptés. Jusqu'à présent, il n'a joué qu'un rôle limité dans ce domaine. L'adoption d'une nouvelle stratégie pour la période 2007-2012 pourrait constituer l'opportunité d'organiser un débat politique de fond sur les problèmes de la santé au travail en Europe.

## Le Comité économique et social européen

Le Comité économique et social européen a joué un rôle dynamique dans certains domaines, notamment en ce qui concerne l'amiante. Une attention plus systématique aux problèmes de santé au travail pourrait contribuer à une meilleure prise en compte de ceux-ci dans d'autres politiques communautaires.

## La Cour de justice

Pendant la période 2002-2006, la Cour de justice a été amenée à se prononcer à plusieurs reprises sur l'interprétation de directives concernant la santé au travail.

Un examen de cette jurisprudence permet de tirer quelques constats :

- Les procédures en manquement ont été beaucoup moins nombreuses que ce que l'on aurait pu attendre. Cela reflète un affaiblissement de la capacité de la Commission à contrôler de façon effective les transpositions nationales des directives. Certaines directives, pour lesquelles des manquements évidents ont été relevés, n'ont fait l'objet d'aucune procédure (sauf dans l'hypothèse d'une non-transposition totale). On peut citer à titre d'exemples la directive sur le temps de travail, la directive sur la santé et la sécurité des travailleurs avec un contrat à durée déterminée et des travailleurs intérimaires, la directive sur la santé et la sécurité des travailleuses enceintes.
- Les procédures en question préjudicielle ont permis de préciser l'interprétation d'un certain nombre de directives. La jurisprudence la plus abondante concerne la directive sur le temps de travail. Cette expérience montre l'importance d'une intervention plus systématique des organisations syndicales de manière à soulever des questions préjudicielles stratégiques.

## Le Comité consultatif de Luxembourg

Le Comité consultatif pour la santé et la sécurité sur le lieu de travail, situé à Luxembourg, joue un rôle clé dans la mesure où il est l'organe consultatif tripartite spécialisé dans les questions de santé au travail. L'expérience montre qu'une simple consultation préalable au stade initial de l'élaboration d'une directive ne suffit pas à garantir une gestion tripartite de l'intervention communautaire en santé au travail. Dans de nombreux cas, la proposition initiale peut faire l'objet de transformations

considérables et il serait indispensable que le Comité de Luxembourg puisse en débattre. Cela est apparu de façon très claire dans les différentes directives consacrées aux agents physiques. Dans le cas de la directive sur le bruit, une des dispositions adoptées finalement est incompatible avec la hiérarchie des mesures de prévention prévue par la directive-cadre !

Par ailleurs, le Comité de Luxembourg devrait intervenir plus systématiquement dans le suivi des directives adoptées. En particulier, il devrait jouer pleinement son rôle dans la préparation du questionnaire destiné à la rédaction du rapport unique des États membres sur l'application des directives communautaires. Ce rapport devrait lui être communiqué. Il devrait également être informé des initiatives prises par la Commission en ce qui concerne les manquements des États. Des rapports plus réguliers entre le comité de Luxembourg et les organes spécialisés que sont le SLIC et le SCOEL (voir ci-dessous) permettraient également de renforcer la cohérence de la politique communautaire.

## Les États membres

Aucune stratégie communautaire de santé au travail ne peut produire de résultats durables si les États membres n'adoptent pas des stratégies nationales cohérentes. La définition de telles stratégies implique une consultation tripartite et devrait reposer sur une évaluation détaillée de chaque situation nationale. Actuellement, seule une minorité d'États membres disposent d'instruments qui permettent de suivre de façon régulière l'évolution des conditions de travail et leur impact sur la santé. Dans bien des pays, les données les plus élémentaires font souvent défaut. Une telle situation réduit l'efficacité des instruments législatifs adoptés pour transposer les directives.

La rationalisation du système des rapports consacrés à l'application des directives communautaires en santé et sécurité devrait permettre un débat de fond sur les stratégies nationales. L'opportunité offerte par la rédaction d'un rapport d'ensemble doit être saisie pleinement. Cette nouvelle formule ne doit pas être considérée comme une sorte d'allègement du travail administratif. Elle devrait déboucher au contraire sur une discussion approfondie, dans un cadre tripartite, des politiques suivies et de leur efficacité.

## L'Agence de Bilbao

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, implantée à Bilbao, dispose d'un budget important qu'elle consacre essentiellement à la diffusion d'information.

Sur la base de l'expérience de ces dernières années, nous considérons que le travail d'information de l'Agence pourrait être considérablement amélioré en tenant compte des critères suivants :

- Une partie importante de l'information est fournie par des points focaux nationaux. Un bon fonctionnement tripartite de ces points focaux est crucial pour que l'information soit complète et ne sous-estime pas les problèmes. Les points focaux doivent jouer un rôle plus actif dans la diffusion de l'information vers les travailleurs en coopération avec les syndicats. L'on observe parfois une réticence de la part d'organismes gouvernementaux à fournir une information sur les problèmes non résolus et sur les lacunes des systèmes de prévention.

- L'information devrait être traitée par une équipe de chercheurs connaissant bien la matière. Les publications de l'Agence sont très soignées sur le plan du graphisme, mais leur contenu est d'une qualité inégale. Quelques-unes des publications comme les *fact sheets* sont généralement utiles. D'autres apportent très peu quant au fond (par exemple, le rapport de l'Agence *The State of Occupational Health and Safety in Europe*).
- L'Agence devrait évaluer régulièrement l'utilité réelle de ses différentes publications et de son site internet de manière à pouvoir les améliorer en tenant compte des besoins des utilisateurs.
- L'Agence devrait vérifier dans quelle mesure elle apporte une aide réelle à la solution de problèmes pratiques. Trop souvent, les "bonnes pratiques" décrivent des situations idéales (ou idéalisées ?) qu'il n'est pas possible de reproduire dans de nombreux lieux de travail.
- L'Agence devrait se focaliser sur sa mission qui est de contribuer à l'amélioration de l'environnement de travail en fournissant des informations. Au cours de ces dernières années, elle s'est souvent présentée comme poursuivant également l'objectif d'améliorer la productivité, ce qui n'entre certainement pas dans le cadre de ses missions et pourrait, dans certains cas, entrer en contradiction avec sa mission première. L'attention portée à la situation réelle des travailleurs et à leurs besoins en termes d'action préventive devrait être au centre de ses préoccupations.
- L'Observatoire des risques, qui a été mis en place dans l'Agence, devrait jouer un rôle important pour appuyer la stratégie communautaire au cours des prochaines années. Il devrait être construit de manière à disposer de compétences internes suffisantes pour traiter l'information, souvent relativement peu homogène, en provenance de sources diverses tant communautaires que nationales.

## La Fondation de Dublin

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, dont le siège se situe à Dublin, poursuit depuis sa création un travail unique dans le suivi et l'analyse des conditions de travail. En particulier, l'enquête européenne sur les conditions de travail fournit un matériel de référence indispensable pour la politique communautaire de santé au travail. La quatrième édition de cette enquête, lancée en septembre 2005, permettra de mesurer les évolutions depuis quinze ans et de disposer de données comparatives entre les différents États membres de l'Union européenne. Cette enquête s'étend désormais à 31 pays différents.

Les organisations syndicales considèrent important que la Fondation de Dublin poursuive ce travail et élabore des analyses secondaires détaillées sur la base des données de l'enquête dans différents domaines. La dimension de genre, l'impact du travail précaire, les problèmes liés à l'organisation du travail constituent quelques-uns des thèmes qui demandent un suivi régulier et approfondi. Par ailleurs, l'articulation entre les conditions de vie et les conditions de travail constitue également un domaine dans lequel les travaux de la Fondation de Dublin peuvent être très utiles. Ils permettent d'aborder, dans une vision élargie, la question du travail domestique non rémunéré et ses liens avec l'égalité hommes-femmes ainsi que les différentes questions liées au temps de travail.

## Le Comité des hauts responsables de l'inspection du travail (SLIC)

Le SLIC regroupe des hauts responsables de l'inspection du travail des différents pays de l'Union européenne. Son rôle est important dans la mesure où une application égale des directives communautaires pour tous les travailleurs européens dépend largement du bon fonctionnement de l'inspection du travail. Le SLIC organise régulièrement des campagnes communes au cours desquelles les inspections du travail coordonnent pendant une période déterminée leur action sur un thème prioritaire ; par exemple, les chantiers de construction. Le SLIC a également formulé des principes communs pour l'inspection du travail. Dans le cadre du SLIC, le fonctionnement de chaque inspection du travail d'un pays déterminé peut être évalué par une équipe d'inspecteurs du travail d'un autre pays de manière à formuler des propositions d'amélioration. Dans les prochaines années, un enjeu majeur pour le SLIC est d'améliorer la coopération entre les inspections du travail dans les situations où une entreprise travaille sur le territoire d'un autre pays que son pays d'origine. À juste titre, en mars 2005, le SLIC a exprimé sa vive inquiétude face aux dangers posés par la proposition de directive sur le marché des services (directive Bolkestein).

Une meilleure articulation entre les activités du SLIC et le Comité de Luxembourg est souhaitable et les activités du SLIC devraient mieux valoriser les instances tripartites associées au fonctionnement des différentes inspections du travail au plan national.

Par ailleurs, il serait utile que le SLIC contribue à l'élaboration d'une stratégie commune concernant les liens entre l'inspection des lieux de travail et la surveillance du marché. Dans un certain nombre de pays européens, les deux fonctions sont assurées globalement par le même acteur (l'inspection du travail). Dans d'autres pays, la surveillance du marché tend à être détachée des missions de l'inspection du travail. Par ailleurs, des différences peuvent se présenter dans la surveillance du marché suivant qu'il s'agit des produits chimiques ou des équipements de travail.

## Le Comité scientifique pour la fixation des valeurs-limites (SCOEL)

Le rôle du SCOEL est fondamental dans la définition de valeurs-limites. Lorsqu'il s'agit de valeurs-limites indicatives, il n'appartient pas à la Commission de remettre en cause les valeurs-limites définies par le SCOEL sur la base de critères sanitaires. Les éventuels débats politiques sur la fixation d'une valeur contraignante différente de la valeur sanitaire sont renvoyés au niveau de chacun des États membres. L'élaboration des deux premières listes de valeurs-limites indicatives suscite une inquiétude justifiée. À deux reprises, les pressions exercées par certains secteurs de l'industrie ont été suffisantes pour que la Commission écartent des listes des valeurs-limites sur lesquelles le SCOEL s'est déjà prononcé. Il est inadmissible que la Commission accorde un droit de veto à l'industrie chimique sur les valeurs définies par les experts compétents et indépendants du SCOEL.

## Le Comité européen de normalisation (CEN)

Le CEN est appelé à jouer un rôle important dans l'application de la directive Machines ainsi que d'autres directives concernant la mise sur le marché d'équipements (notamment, les équipements de protection individuelle). Depuis 1989, la directive Machines préconise une participation des organisations syndicales aux travaux de normalisation

tant au niveau communautaire que dans chacun des États concernés par la normalisation européenne (qui concerne également les pays de l'Espace économique européen).

Le Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (BTS) a été créé par la Confédération européenne des syndicats (CES) notamment pour impulser une telle participation. Le département Santé et Sécurité de l'Institut syndical européen pour la recherche, la formation et la santé et sécurité (ETUI-REHS) poursuit cette activité depuis avril 2005. La participation des syndicats aux activités de normalisation est organisée de manière très inégale en fonction des pays. Globalement, cette participation reste marginale et ne permet pas une remontée d'expériences systématique des lieux de travail vers les instances de normalisation. Les données que l'on pourrait tirer de l'analyse des accidents de travail et des problèmes de santé restent pratiquement inutilisées dans le processus de normalisation. Si les États membres peuvent librement déterminer les modalités du soutien apporté à la participation syndicale dans les activités de normalisation, il n'en appartient pas moins à la Commission de vérifier si une telle participation a réellement été mise en place et si les objectifs communautaires formulés dans la directive Machines ont été atteints dans les différents pays.

Il faut améliorer la qualité de la normalisation technique par une meilleure prise en compte des situations réelles de travail. Cette priorité s'oppose à la fuite en avant qui consisterait à étendre abusivement la production de normes techniques à d'autres domaines. En un sens, il importe de limiter le champ de la normalisation technique pour en garantir la qualité du point de vue de la santé et de la sécurité. Contrairement à ce qu'envisage une approche technocratique, le domaine des relations industrielles ne devrait pas être régulé par des normes techniques. Le mouvement syndical considère que l'essentiel des règles concernant la santé et la sécurité sur les lieux de travail se situe hors du champ de la normalisation technique. Il s'oppose à ce que des organismes comme le CEN ou l'Organisation internationale de normalisation (ISO) définissent d'éventuelles normes concernant les systèmes de gestion de la santé au travail dans les entreprises.

### **La future agence pour les produits chimiques**

Il est trop tôt pour savoir quelles seront les compétences, les ressources et les autres caractéristiques de la future agence sur les produits chimiques, qui sera établie en Finlande. Cette agence est appelée à jouer un rôle crucial dans la mise en œuvre de la nouvelle réglementation concernant la production et la mise sur le marché des produits chimiques. Parmi les missions importantes de l'agence, il faut mentionner l'élaboration de critères permettant d'organiser systématiquement la remontée de l'expérience des lieux de travail vers les producteurs de manière à améliorer les évaluations initiales des risques. L'agence devra disposer de ressources suffisantes qui lui permettent de bénéficier d'une expertise indépendante par rapport à l'industrie chimique. Il est important qu'elle articule ses activités avec les différentes autorités nationales chargées du contrôle du marché des produits chimiques. Le mouvement syndical se prononce pour que l'agence intègre également des représentants syndicaux dans ses organes de direction.

## La dimension internationale de la politique communautaire de santé au travail

Toute politique de santé au travail doit avoir une dimension internationale si elle entend éviter une mise en concurrence tirant les conditions de travail vers le bas. Au niveau mondial, l'Organisation internationale du travail (OIT) concentre les compétences dans ce domaine. La stratégie 2007-2012 devrait considérer comme prioritaire le renforcement de la coopération entre l'Union européenne et l'OIT.

Cela implique notamment :

- 1.** La ratification des conventions de l'OIT concernant la santé au travail par les États membres de l'Union. Il faut constater que, dans ce domaine, la situation reste très insatisfaisante. Des conventions aussi importantes que la Convention n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981) et la Convention n° 161 sur les services de santé au travail (1985) n'ont été ratifiées que par un petit nombre d'États membres. La situation est tout aussi préoccupante en ce qui concerne les conventions, portant sur des questions spécifiques de santé et de sécurité, qui ont été conclues au cours des vingt dernières années comme la Convention n° 167 sur la sécurité et la santé dans la construction (1988), la Convention n° 170 sur les produits chimiques (1990), la Convention n° 174 sur la prévention des accidents industriels majeurs (1993), la Convention n° 176 sur la sécurité et la santé dans les mines (1995), la Convention n° 183 sur la protection de la maternité (2000) et la Convention n° 184 sur la sécurité et la santé dans l'agriculture (2001).
- 2.** Le respect des dispositions des Conventions de l'OIT dans l'élaboration de la législation communautaire. La proposition de révision de la directive sur le temps de travail va à l'encontre des normes internationales du travail en excluant le "travail de garde" de la définition du temps de travail.
- 3.** Les gouvernements de l'Union européenne devraient défendre à l'OIT les principes qu'ils ont reconnus dans les directives communautaires de santé au travail.
- 4.** Les conventions de l'OIT concernant la santé et la sécurité devraient servir de référentiels pour une politique de coopération avec d'autres parties du monde.

L'Union européenne devrait jouer un rôle plus actif pour l'interdiction mondiale de l'amiante. Actuellement, les principales puissances économiques sont divisées sur cette question. Le lobby de l'amiante bénéficie du soutien entier du Canada, de la Russie, de la Chine et du Brésil. Il tire également profit des ambiguïtés de la politique des États-Unis. À l'opposé, l'Union européenne constitue l'unique bloc régional à avoir défini une position claire pour l'interdiction de l'amiante. Une telle position peut s'appuyer sur un nombre croissant de pays en Amérique latine, en Afrique et en Océanie. En Asie, où se concentre l'utilisation majeure de l'amiante, la situation est plus difficile même si certains progrès ont été accomplis, notamment au Japon où cette substance mortelle a été interdite.

L'Union européenne devrait se donner les moyens d'une intervention plus systématique dans les organisations internationales pour promouvoir l'interdiction de l'amiante. Parallèlement, elle devrait veiller à ce que les entreprises multinationales européennes abandonnent la pratique des "doubles standards" et cessent de produire, commercialiser ou utiliser de l'amiante dans d'autres parties du monde.

## Articuler les différents instruments

L'Union européenne s'est dotée progressivement d'une politique de santé au travail. Le premier programme spécifique dans ce domaine date de 1977, soit presque vingt ans après le traité de Rome. L'Acte unique européen de 1986 constitua une étape importante. Dans le contexte de la préparation du marché unique de 1992, les États membres introduisirent une nouvelle disposition dans le Traité qui fixe pour objectif l'harmonisation dans le progrès de l'environnement du travail. Dès cette époque, il est apparu clairement que la politique communautaire devait se traduire par des instruments contraignants qui couvrent l'ensemble des travailleurs. C'est pourquoi, l'harmonisation est assurée par un ensemble de directives. Par ailleurs, la réglementation concernant la santé au travail apparaît comme complémentaire par rapport aux différentes règles qui organisent le marché unique. Le parallélisme entre les productions législatives dans ces deux domaines est apparu comme une caractéristique importante de la construction européenne qui la différencie d'autres entités régionales. De façon symbolique, l'adoption presque simultanée de la directive-cadre de 1989 et de la directive Machines a souligné à quel point le marché unique européen devait être structuré par un ensemble de règles protégeant la vie et la santé.

L'harmonisation législative en santé au travail répond à un triple objectif :

1. garantir la protection des travailleurs contre les risques ;
2. éviter que la concurrence ne pousse les conditions de travail vers le bas ;
3. permettre aux entreprises d'organiser leurs activités dans un cadre juridique largement harmonisé à l'intérieur du marché unique européen.

Depuis que les objectifs du marché unique de 1992 ont été atteints, les tentatives n'ont pas manqué de remettre en cause cette dimension de la politique communautaire. Des campagnes en faveur de la dérégulation ont été organisées de façon presque ininterrompue au cours de ces dix dernières années. La présidence néerlandaise de l'Union européenne durant le deuxième semestre 2004 a été caractérisée par la virulence de ses attaques contre la législation communautaire en santé au travail. Plus récemment, les orientations de la Commission concernant une "meilleure régulation" et la "simplification de l'environnement réglementaire" contiennent des orientations dérégulationnistes formulées de manière un peu plus diplomatique mais tout aussi inacceptables.

La nécessité d'assurer une protection minimale équivalente de tous les travailleurs dans l'Union implique le maintien de l'acquis communautaire constitué par les directives de santé au travail et son développement de manière à couvrir les lacunes actuelles et à tenir compte des développements des conditions de travail, des connaissances techniques et scientifiques et des attentes des travailleurs en matière de santé au travail. L'Union européenne doit se donner des moyens adéquats pour contrôler son application effective dans les différents États membres.

La mise en œuvre de la législation communautaire passe par l'articulation entre un ensemble d'instruments tant nationaux que communautaires. La pertinence de chaque instrument doit être évaluée sur la base de l'expérience pratique. Ainsi, l'expérience semble montrer que les recommandations constituent rarement un instrument efficace en santé au travail. Plus de 40 ans après l'adoption d'une première



recommandation sur les maladies professionnelles, on est loin d'avoir atteint les objectifs de celle-ci. Le bilan d'autres recommandations concernant la santé et la sécurité des travailleurs indépendants ou concernant la ratification de la Convention n° 177 de l'OIT sur le travail à domicile n'est guère plus probant.

La négociation collective tant communautaire que nationale peut jouer un rôle significatif dans les domaines qui relèvent principalement des relations industrielles. Ce rôle est lié à plusieurs conditions :

- que les règles essentielles concernant la protection de la vie et de la santé soient déterminées par voie législative (il serait absurde de prétendre définir une liste de substances cancérigènes à travers la négociation collective) ;
- que des mécanismes existent pour que les effets de la négociation collective s'étendent à l'ensemble des travailleurs concernés par les questions qu'elle aborde. Cet objectif est loin d'être atteint dans la majorité des pays de l'Union européenne où le pourcentage de travailleurs couverts par la négociation collective peut différer considérablement.

Ce serait une erreur de considérer la négociation collective, tant sectorielle qu'intersectorielle, comme une alternative à la législation. La santé au travail déborde souvent les limites étroites des rapports entre employeurs et travailleurs. Elle implique une intervention systématique de la part des autorités publiques et s'articule avec d'autres politiques comme celles de la santé publique et de l'environnement. La négociation collective est complémentaire à la législation. Elle permet d'en faciliter la mise en œuvre.

La définition de "guidelines" communautaires peut jouer un rôle très utile de manière à favoriser une interprétation commune et cohérente du contenu des directives et à valoriser les expériences de prévention les plus avancées. Un effort important devrait être entrepris dans ce domaine. Il existe de nombreux domaines où les directives communautaires se limitent à définir quelques principes généraux et où des précisions utiles pourraient être apportées par des "guidelines".

On peut citer entre autres :

- le fonctionnement des services de prévention et l'organisation de la surveillance de la santé (y compris la tenue de registres d'exposition) ;
- l'articulation entre la régulation future concernant le marché des produits chimiques (REACH) et la prévention sur les lieux de travail ;
- la prise en compte des valeurs-limites dans la prévention ;
- la réalisation de l'évaluation des risques dans différents domaines de manière à tenir compte de l'expérience des travailleurs et à intégrer une approche multidisciplinaire.

La constitution de systèmes d'information communautaires devrait être également considérée comme une priorité pour la stratégie 2007-2012. En effet, dans de nombreux domaines, les dispositions générales des directives restent peu appliquées faute d'une information suffisante, systématique et indépendante.

Parmi les domaines pour lesquels des systèmes d'information communautaires seraient particulièrement utiles, on peut citer :

- la création de bases de données sur les équipements de protection individuelle, sur les conditions de leur choix en tenant compte de leur performance réelle, leurs

conditions d'utilisation et sur leur substitution possible par des mesures de prévention collective ;

- la création d'un système d'information permettant la remontée d'expériences en ce qui concerne les équipements de travail de façon à faciliter le choix de ceux-ci en tenant pleinement compte des exigences de santé et de sécurité. Un tel système constituerait un soutien important pour la surveillance du marché. Il devrait être organisé de manière à intégrer l'expérience des travailleurs eux-mêmes ;
- la création d'un système d'information concernant les produits chimiques. Il s'agit à la fois d'une condition de l'efficacité de la réforme des règles du marché (REACH) et de l'application correcte des directives concernant la santé et la sécurité sur les lieux de travail ;
- la création de bases de données concernant la substitution des substances dangereuses.

Par ailleurs, les questions de santé au travail devraient être prises en compte dans la création de systèmes d'information communautaire concernant la santé publique. Il serait essentiel pour l'efficacité de la lutte contre le cancer de systématiser les données existantes sur les liens entre des expositions professionnelles et les cancers. Des initiatives similaires pourraient être organisées en ce qui concerne la santé reproductive et les maladies respiratoires.

L'adoption d'indicateurs spécifiques en santé au travail de manière à mesurer les performances des différents États et à définir éventuellement des objectifs communs à atteindre (benchmarking) devrait faire l'objet d'initiatives nouvelles dans le cadre de la stratégie 2007-2012. Les indicateurs traditionnels (statistiques officielles concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles reconnues) sont certainement insuffisants et ils se prêtent difficilement à des comparaisons. Des indicateurs de moyens devraient être envisagés (par exemple, en ce qui concerne les ressources et le fonctionnement de l'inspection du travail, la représentation des travailleurs pour la santé et la sécurité, l'évaluation des risques, etc.). D'autres indicateurs pourraient porter sur les expositions. Le développement d'indicateurs et d'objectifs dans un cadre de coordination des politiques des États membres ne devrait cependant pas affaiblir l'axe de l'intervention communautaire qui est l'harmonisation des conditions de travail sur la base de directives.

## La contribution du mouvement syndical

Les organisations syndicales constituent un acteur central dans la mise en œuvre des politiques de santé au travail. L'apport principal des organisations syndicales se situe dans l'organisation sur les lieux de travail. L'existence de centaines de milliers de représentants des travailleurs pour la santé et la sécurité est un facteur décisif pour la mise en pratique des politiques de prévention. L'immense majorité de ces représentants sont des militants syndicaux. Le soutien apporté par les organisations syndicales à leur travail revêt des formes multiples : formation, information, campagnes sur des thèmes précis, organisation de réseaux pour la santé au travail, soutien politique et juridique en cas de conflit avec les employeurs, etc.

Au niveau communautaire, les organisations syndicales prendront une part active dans les consultations tripartites et formuleront leurs propositions dans le cadre du Comité

consultatif de Luxembourg. Par ailleurs, elles assureront que les différentes instances de dialogue social (inter-sectoriel et sectoriel) tiennent pleinement compte des exigences de santé au travail dans leurs activités. Les fédérations syndicales européennes ont également un rôle à jouer dans le développement des activités des comités d'entreprise européens consacrées aux questions de santé au travail. Les organisations syndicales organiseront des campagnes communes sur les objectifs prioritaires qui ont été définis dans la présente déclaration.

L'action des organisations syndicales au plan communautaire sera mieux articulée que par le passé avec les stratégies nationales pour la santé au travail qu'elles auront définies. Dans ce cadre, le développement des structures de représentation des travailleurs pour la santé et la sécurité constitue une priorité. Tant à travers l'amélioration de la législation qu'à travers la négociation collective et l'appui apporté par les organisations, deux objectifs seront poursuivis : une couverture intégrale de l'ensemble des travailleurs par des représentants pour la sécurité et une dynamisation de la contribution de ces représentants au développement de la prévention.



# La santé au travail en Europe. État des lieux à travers les enquêtes sur les conditions de travail

Pascal Paoli, expert en santé et sécurité au travail

## Les enquêtes sur les conditions de travail : genèse et développements

Les enquêtes conditions de travail/santé au travail sont, dans plusieurs États membres de l'Union européenne et au niveau communautaire lui-même, un outil ancien de description, d'analyse et de suivi des conditions de travail. Ainsi, en Finlande la première enquête date de 1977, en France de 1978, en Espagne et au Danemark de 1987, en Suède de 1989, et la première enquête européenne harmonisée remonte à 1990. La répétition de ces enquêtes permet aujourd'hui d'observer les évolutions dans le monde du travail au cours des 25 dernières années.

La valeur des enseignements de ces enquêtes et l'intérêt suscité par leurs résultats a stimulé à la fois leur multiplication<sup>1</sup> et l'échange d'informations tant sur le plan méthodologique (des emprunts par certains pays de questions validées par l'expérience de pays voisins) que sur le plan du contenu (analyses comparatives).

En effet, en questionnant les travailleurs sur les conditions dans lesquelles s'effectue leur travail, les enquêtes permettent à la fois de décrire les conditions de travail et de corrélérer ces situations aux problèmes de santé et de sécurité. Elles constituent à ce titre un complément indispensable aux données sur les accidents de travail et les maladies professionnelles recueillies par la voie administrative (dont on épinglera plus loin certaines limites). Il est à cet égard symptomatique que les autorités publiques de nombre d'États membres aient cru nécessaire au fil du temps de développer des instruments de cette nature, avec le plus souvent des moyens importants. L'exemple finlandais en est une bonne illustration : les enquêtes travail sont perçues comme un outil d'identification des problèmes de conditions de travail dans la perspective d'un allongement de l'âge de la retraite et d'un maintien des salariés plus longtemps au travail (le concept finlandais de "capacité à travailler" ou "*work-ability*").

Les enquêtes, tant européennes que nationales, permettent aujourd'hui de dresser un état des lieux des conditions de travail en Europe et des principales évolutions en cours depuis 15 à 20 ans.

---

<sup>1</sup> Les premières enquêtes nationales portugaise (2000), italienne (2002), britannique (2004) et bulgare (2005) viennent de voir le jour. La Suisse, la Norvège et les pays candidats à l'UE sont associés à la quatrième enquête européenne.

### Forces et faiblesses des enquêtes

L'enquête européenne 2000/2001 qui couvre l'ensemble des 25 États membres de l'UE interroge un échantillon représentatif de 31 500 personnes ayant un emploi.

L'enquête française de 1998 interroge 22 000 personnes, l'enquête espagnole 9 290 personnes, dont 5 236 travailleurs et 4 054 responsables d'entreprise, et l'enquête finlandaise entre 3 000 et 6 500 personnes selon les années.

**Les méthodes d'enquête varient.** Ainsi la plupart des enquêtes sont des enquêtes à domicile. Elles sont liées le plus souvent aux enquêtes sur les forces de travail, auquel cas les personnes sont interrogées en dehors de leur lieu de travail. Mais certaines, comme l'enquête espagnole sur les conditions de travail ou l'enquête française de 1997 *Changements organisationnels et informatisation*, ont lieu en entreprise, permettant à la fois un questionnement des travailleurs et un questionnement de l'entreprise. De telles méthodes apportent un plus dans la mesure où elles permettent de corrélérer l'état des conditions de travail et de la santé au travail et les politiques de prévention. En leur défaveur, le risque de voir les réponses du travailleur influencées par la possibilité d'être identifié par son employeur.

D'autres dispositifs, moins courants, sont parfois utilisés, comme le complément à l'intention des médecins du travail de l'enquête britannique de 1995 ou comme l'enquête SUMER en France, qui questionne les médecins du travail pour qualifier les expositions subies par les travailleurs. Dans le cas français, l'effectif ayant participé à l'enquête est de 50 000 personnes environ.

Une question souvent débattue est celle de **savoir ce que mesurent réellement les enquêtes**. Dans l'ensemble, les indicateurs retenus visent à faire décrire le plus objectivement possible par les personnes interrogées leurs conditions d'emploi et de travail (le type de contrat, le nombre d'heures travaillées, les problèmes de santé rencontrés, etc.), et à éviter, dans la mesure du possible, les jugements de valeur et appréciations subjectives. Il est évident que sur un certain nombre de sujets, l'élaboration d'indicateurs pertinents est difficile. Un bon exemple est fourni par la question de l'exposition au bruit : plutôt que de demander si le travailleur est exposé au bruit, un certain nombre d'enquêtes demandent s'il est possible de communiquer sans élever la voix. Il n'en demeure pas moins que nombre de réponses restent influencées par l'appréciation qu'ont les personnes interrogées de leur situation : comment, en effet, mesurer le stress professionnel ou l'intensité du travail ? A cet égard, plutôt que de poser la question directement, certaines enquêtes développent un ensemble de questions indirectes (voir plus loin le questionnaire espagnol relatif au stress).

En tout état de cause, le répondant restera toujours influencé par le contexte social ou culturel dans lequel il baigne. Le meilleur exemple est fourni par le thème du harcèlement : une situation de harcèlement a peu de chances d'être perçue de la même manière par un travailleur finlandais et par un travailleur italien. L'analyse devra en tenir compte et les comparaisons entre pays devront être menées avec prudence.

Une autre faiblesse des enquêtes est l'absence de saisie de l'histoire professionnelle des personnes interrogées, en particulier le nombre d'années pendant lesquelles les différentes expositions sont subies. Pour disposer de véritables **données longitudinales**, il est possible de constituer des cohortes de personnes en activité interrogées à plusieurs années d'intervalle. Ces méthodes, illustrées par l'enquête ESTEV en France, sont très coûteuses. C'est l'exemple type d'étude qui devrait être menée au niveau européen.

### Le travail en Europe : de quoi parle-t-on ?

La **population en emploi** au premier trimestre 2005 était de 192 millions dans l'UE25 (164 millions dans l'UE15)<sup>2</sup>. La proportion de salariés était de 85 % (soit 163 millions). En 1995, elle atteignait 82,6 % et tend donc à augmenter, contrairement à certaines idées reçues. On peut penser que cette tendance va perdurer malgré le poids des indépendants, en particulier dans l'agriculture, dans certains nouveaux États membres tels la Pologne (22 % par rapport à une moyenne européenne de 17 %).

Les **femmes** représentent 42 % de la population au travail (46 % dans les nouveaux États membres). Elles sont sur-représentées dans les services et dans les catégories professionnelles des employés et personnels de la vente, et sous-représentées dans la catégorie des cadres et dans celles des artisans et des cols bleus.

Le **travail à temps partiel augmente** : 18,6 % en 2005, contre 17,8 % en 2004. On constate une distribution inégale entre hommes (7,5 %) et femmes (32,6 %), ainsi qu'entre pays : Pays-Bas (46,1 %), Royaume-Uni (26,4 %), Allemagne et Suède (24,3 %), Belgique et Danemark (22 %).

Le **travail précaire augmente dans l'UE25** : 13,8 % des salariés, soit 22 millions, bénéficiaient en 2005 d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'intérim<sup>3</sup>, contre 13,1 % en 2004. Pour la seule UE15, la proportion est passée de 13 % à 13,5 %. Les secteurs les plus concernés sont l'agriculture (29,5 %) et la construction (19,9 %). Les pays les plus touchés sont l'Espagne (31,9 %), la Pologne (24,1 %) et le Portugal (19,1 %), alors qu'en Estonie, Slovaquie et Irlande moins de 5 % des salariés sont concernés. Le travail précaire est plus prévalent chez les travailleurs faiblement qualifiés, chez les jeunes (32,6 % du groupe 15-24 ans), chez les femmes (13,7 %, contre 12 % chez les hommes).

L'évolution de la distribution de la main-d'œuvre **par secteurs et par professions** donne une image des emplois de demain et des types de risques qui y sont associés. La population au travail dans l'UE15 a augmenté de 10 % entre 1995 et 2002, mais de 47 % dans les services immobiliers, de 18 % dans le secteur des soins de santé (le troisième plus important secteur en termes d'emploi après l'industrie manufacturière et le commerce), de 16 % dans l'hôtellerie – restauration, de 13 % dans l'éducation, de 12 % dans les transports et de 9 % dans la construction. L'emploi a donc augmenté pour l'essentiel dans les services. A l'inverse, il a diminué dans les mines et carrières (-22 %), dans l'agriculture (-18 %), dans la distribution d'énergie (-11 %). Il est resté stable dans l'industrie manufacturière, le plus gros secteur en termes d'emploi.

Dans les nouveaux États membres, entre 2000 et 2003, l'emploi a augmenté de 22 % dans l'immobilier, de 4 % dans l'hôtellerie – restauration, de 3 % dans les administrations publiques et de 2 % dans l'éducation. L'emploi a diminué de 17 % dans les mines et carrières, de 14 % dans la finance, de 8 % dans l'agriculture, de 6 % dans la distribution d'énergie, de 5 % dans la construction et dans les transports et de 4 % dans l'industrie manufacturière. L'emploi est resté stable dans les autres secteurs.

<sup>2</sup> Les données de cette section sont tirées de l'Enquête sur les forces de travail 2005.

<sup>3</sup> L'Enquête sur les forces de travail ne distingue pas ces deux formes de contrats.

### Les risques par secteurs d'activité

Sur la base des données statistiques des enquêtes européennes, un profil des risques a été dressé pour chaque secteur d'activité. Il est évidemment difficile de hiérarchiser les risques qui vont des expositions physiques, aux longues heures de travail et au travail posté, en passant par les risques psychosociaux. Il n'en reste pas moins que ce type de cartographie met en lumière le poids relatif des grandes familles de risques ainsi que le poids des services parmi les secteurs à risque. C'est ainsi que les secteurs avec le plus grand nombre d'expositions sont dans l'ordre décroissant les transports, l'hôtellerie – restauration, la construction et le textile. Dans ces quatre secteurs, on trouve une combinaison de risques à la fois physiques et psychosociaux.

Source : *Sectoral profiles of working conditions 2002*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Téléchargeable sur [www.eurofound.eu.int](http://www.eurofound.eu.int)

## Situations et évolutions

**Le premier constat tiré des enquêtes est que les conditions de travail en Europe ne s'améliorent pas et restent un sujet d'actualité : intensification du travail, précarisation des rapports de travail, flexibilisation des temps de travail, persistance des expositions classiques conduisent à une augmentation des problèmes de santé, en particulier des troubles musculo-squelettiques (TMS) et du stress au travail. Le principal mérite de cet ensemble d'enquêtes est de mettre en lumière la persistance des détériorations des conditions de travail alors même que l'idée largement répandue dans l'opinion est que les conditions de travail s'améliorent de manière quasi naturelle, en particulier par le biais du progrès technique et du développement des emplois de service.**

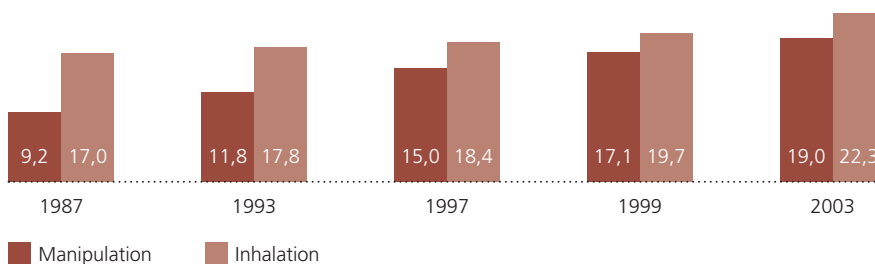
Un des indicateurs les plus illustratifs de ce phénomène est celui de la "durabilité du travail", à savoir la possibilité ou la volonté de continuer à travailler, en particulier dans le même travail. Ainsi, dans les **enquêtes européennes** de 2000, 42 % des travailleurs interrogés ont répondu ne pas pouvoir ou ne pas vouloir continuer dans le même travail jusqu'à 60 ans. Les **enquêtes finlandaises** indiquent, pour leur part, que 56 % des travailleurs souhaitent partir en retraite anticipée. C'est d'ailleurs ce fait qui a induit le développement des enquêtes finlandaises, afin de repérer ce qui dans les conditions de travail conduisait les travailleurs à ne plus pouvoir ou vouloir continuer à travailler.

**Les conditions de travail en Europe se caractérisent par la persistance de l'exposition aux risques physiques classiques (bruit, vibrations, produits dangereux, port de charges lourdes, positions de travail pénibles ou inconfortables) qui sont généralement associés aux situations de travail de l'industrie, et ce bien que les emplois industriels diminuent au profit des emplois de services. En réalité, on constate un transfert des contraintes de type industriel vers les emplois de services.**

Les **enquêtes européennes** indiquent que les expositions aux risques physiques tels que nuisances sonores, vibrations, variations extrêmes de température, port de charges lourdes, positions douloureuses ou inconfortables, inhalation de poussières, fumées, odeurs, manipulation et inhalation de produits ou substances dangereuses ne diminuent pas, voire augmentent. La proportion de travailleurs exposés à des positions de travail douloureuses ou pénibles est passée de 43 % en 1990 à 45 % en 1995 et à 47 % en 2000. La proportion de travailleurs manipulant des charges lourdes est passée de 31 % en 1990 à 37 % en 2000.



**Figure 1 Évolution de l'exposition à des substances ou à des produits nocifs ou toxiques en Espagne (en %)**

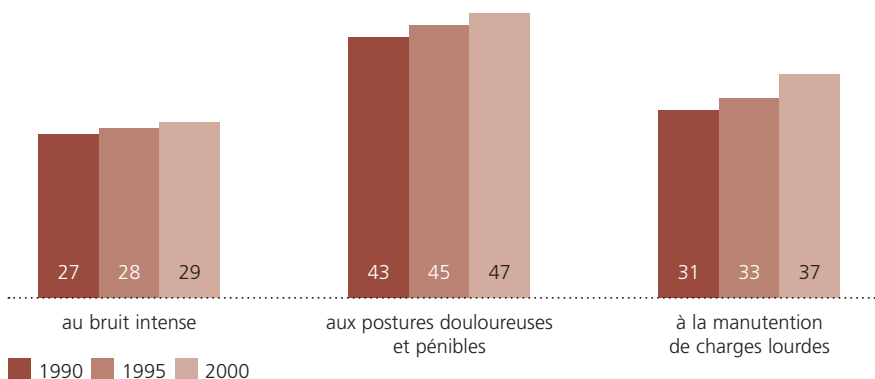


Source : Editions successives de l'enquête nationale sur les conditions de travail (ENCT), Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Les **enquêtes françaises** illustrent le même phénomène : selon l'enquête SUMER, réalisée en France par des médecins du travail auprès de plus de 50 000 salariés, il ressort qu'entre 1994 et 2003 l'exposition des salariés à la plupart des risques et des pénibilités du travail a eu tendance à augmenter.

Si les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif a eu tendance à diminuer, les contraintes organisationnelles et les contraintes physiques ont eu tendance à augmenter. L'exposition à des agents biologiques est restée stable, mais l'exposition aux produits chimiques s'est accrue. C'est ainsi qu'en 2003, 2 370 000 personnes, soit 13,5 % des salariés, étaient exposés à des produits cancérigènes et 186 000 salariés à des produits mutagènes, surtout des ouvriers et des hommes, un tiers d'entre eux ne bénéficiant pas de protections collectives.

**Figure 2 Travailleurs exposés à des risques physiques, 1990-2000 (en %)**



Source: D. Merllié et P. Paoli, *Dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, p. 2

En **Finlande**, la proportion de travailleurs déclarant être soumis à un travail physiquement éprouvant est passée de 34 % en 1977 à 36 % en 1997. Entre 1977 et 1997, les expositions au bruit sont passées de 38 % à 44 %, le travail dans des positions difficiles de 21 % à 31 %, les mouvements répétitifs et monotones de 22 % à 30 %.

### L'exposition au bruit : un cas d'école

L'exposition au bruit est un exemple caractéristique de l'extension de certains risques professionnels : alors même que la proportion de travailleurs exposés à des bruits d'intensité élevée reste relativement constante au fil des ans, le nombre de travailleurs exposés à des bruits de moyenne intensité tend à augmenter. Selon les enquêtes européennes, la proportion de travailleurs exposés à des bruits intenses est passée de 27 % en 1990 à 28 % en 1995, pour atteindre 29 % en 2000. Aux Pays-Bas, on ne constate pas de diminution de l'exposition au bruit au cours des dix dernières années. Les enquêtes espagnoles montrent une réduction des bruits de très forte intensité de 10 % à 9 % entre 1999 et 2003 mais une augmentation de l'exposition à des bruits de moyenne intensité de 37 % à 40 %. Les enquêtes françaises illustrent le même phénomène : ainsi l'enquête SUMER indique qu'en 2003, 7 % des salariés étaient exposés à des bruits nocifs pour la santé (exposition plus de 20 heures par semaine à des bruits de plus de 85dbA) et 25 % à des bruits élevés ayant des conséquences sur la santé des travailleurs. Une surexposition des travailleurs intérimaires aux bruits nocifs (20,2 %) était en outre constatée.

Ces constats sont de prime abord paradoxaux si l'on considère la diminution des emplois dans l'industrie. Derrière ces chiffres, qui indiquent soit une stabilité soit une augmentation des expositions, on observe en réalité un changement qualitatif. En effet, on passe d'une exposition à des bruits de très forte intensité pour une population essentiellement masculine dans l'industrie, à une exposition à des bruits de forte et moyenne intensité touchant davantage des femmes dans des emplois de services. Ainsi, derrière des chiffres qui demeurent constants, on remarque un changement dans la composition des populations exposées et dans la nature des emplois concernés.

### Une réduction générale du temps de travail, qui cache des disparités importantes et des aménagements horaires très diversifiés.

On constate sur le long terme une diminution générale et régulière du temps de travail. En 2005, la durée hebdomadaire moyenne était de 37,4 heures. Mais derrière cette baisse se cachent des disparités importantes à différents niveaux :

- entre pays : 38,19 h en 2000 pour l'UE15 et 44,4 h pour les nouveaux États membres (NEM) et pays candidats ;
- entre hommes et femmes : 40,8 h pour les hommes et 33 h pour les femmes ;
- entre salariés et indépendants : 46 h pour les indépendants, 36,5 h pour les salariés ;
- entre catégories professionnelles.

Ces disparités posent à la fois le problème du temps choisi (en particulier au niveau du travail à temps partiel, essentiellement le fait des femmes) et celui de la santé dans la mesure où les longues heures de travail sont clairement associées à des risques accrus pour la santé (outre la fatigue, elles engendrent de plus longues expositions à certaines contraintes).

On constate, en effet, qu'en Europe environ un cinquième de la population<sup>4</sup> travaille à temps partiel, soit moins de trente heures par semaine : ce sont le plus souvent des femmes (80 %), et ces horaires sont souvent acceptés faute de mieux<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> 17 % dans l'UE15, 10 % dans les NEM.

<sup>5</sup> 31 % des travailleurs interrogés souhaiteraient travailler un nombre d'heures différent.

On constate, par ailleurs, à l'autre bout du spectre qu'environ un cinquième (21 %) des travailleurs effectuent plus de 45 heures par semaine (38 % dans les NEM). Ce sont surtout des hommes.

### Deuxième emploi

Les enquêtes s'attachent à décrire les conditions de travail dans l'emploi principal, c'est-à-dire celui où le travailleur passe le plus d'heures. Les conditions de travail dans un deuxième emploi ne sont pas analysées. Or, l'impact sur la santé du total cumulé des divers emplois peut être significatif. En effet, 6 % des travailleurs de l'UE15 et 10 % de ceux des NEM déclarent avoir un deuxième emploi. La moyenne des heures travaillées dans ce deuxième emploi est de 17,8 heures dans les NEM, pour 12,1 heures dans l'UE15.

### L'organisation du temps

Les principales transformations touchent à l'organisation du temps de travail, organisation qui se caractérise par sa flexibilité grandissante. Les horaires de travail varient d'une semaine à l'autre pour 25 % des travailleurs, et d'un jour à l'autre pour 40 % d'entre eux. Un cinquième des travailleurs effectue du travail posté, un travailleur sur cinq travaille la nuit (19 % au moins une nuit par mois), un travailleur sur quatre travaille le dimanche (27 % au moins un dimanche par mois). Ce n'est pas tant la flexibilité des horaires qui pose problème que les délais de notification et l'absence de consultation ou de négociation sur l'organisation des horaires. Dans la distribution, on constate ainsi que la notification des changements se fait parfois la veille, voire le jour même.

### Pour une nouvelle définition du (des) temps de travail

Au regard de la santé, une définition élargie du temps de travail permettrait de donner une meilleure vision des choses. Elle inclurait :

1. le temps de travail rémunéré ;
2. les temps de trajet ;
3. le temps de travail non rémunéré (le travail domestique) ; et
4. le cas échéant, le temps passé dans un second emploi (non négligeable comme on vient de le souligner).

Au regard de la qualité du temps, les quatre dimensions suivantes sont à considérer afin de mettre en place un indicateur synthétique :

1. la durée ;
2. la prévisibilité (combien de temps à l'avance les horaires sont-ils connus ?) ;
3. la variabilité (horaires variables) ;
4. le contrôle (qu'ont les travailleurs sur l'organisation de leur temps).

Les enquêtes mettent en avant, outre la grande diversité des organisations du travail, l'impact différencié de ces organisations sur les conditions de travail et, en particulier, sur la santé, par le biais de facteurs tels que les statuts d'emploi, la distribution des tâches, l'autonomie allouée aux travailleurs, les rythmes de travail, la consultation, les qualifications.

### **Restructurations industrielles et organisation du travail : deux secteurs exemplaires, les transports routiers et les abattoirs**

L'industrie européenne a connu et continue de connaître des restructurations importantes. Nous avons choisi d'aborder ces transformations par le biais de deux cas exemplaires, ceux des secteurs du transport routier et des abattoirs. Ceux-ci illustrent les modifications qui touchent l'organisation du travail et les responsabilités qu'ont les acteurs politiques et économiques dans la gestion de ces changements.

#### **La réorganisation de la filière viande en Europe**

La filière viande a subi une profonde restructuration dans l'ensemble des pays de l'UE au cours des années 1980-1990. Un phénomène de concentration a conduit à la disparition des petits abattoirs et à la création d'un nombre limité de grandes unités d'abattage. Il en a résulté une profonde transformation de l'organisation et des conditions de travail. D'un travail varié (chaque opérateur ayant à effectuer une multitude de tâches de découpage), on est passé à un travail à la chaîne spécialisé et répétitif et à une augmentation des cadences, avec comme conséquence une déqualification des salariés et une explosion des troubles musculo-squelettiques.

Source : Rapport de la Fondation de Dublin, 1996

#### **La réorganisation du transport routier en Europe**

Le secteur du transport routier est soumis, depuis plusieurs années, à une forte restructuration du fait de l'ouverture du marché, de la concurrence des entreprises de transport des pays d'Europe de l'Est pour le transport longue distance et de l'extension des modèles d'organisation en flux tendus chez les entreprises clientes. Il en a résulté un phénomène de concentration des entreprises de transport donneuses d'ordre et une prolifération de petits transporteurs sous-traitants, souvent des indépendants, voire dans certains cas d'ex-salariés auxquels l'ex-employeur loue le matériel. Les effets de ces transformations sur les conditions de travail sont une réduction des rémunérations, un allongement des temps de travail, donc une augmentation des risques d'accidents, ainsi qu'une perturbation accrue de la vie sociale et familiale. Dans un secteur déjà touché par le vieillissement de sa population, il est difficile d'attirer des jeunes. Le recours à une main-d'œuvre immigrée, parfois moins bien formée, témoigne de la mauvaise image du secteur.

Source : Rapport de la Fondation de Dublin, 2003

### **Organisation du travail et santé**

Au cours des deux dernières décennies, l'organisation du travail a connu des transformations importantes dans les sociétés industrialisées. Les enquêtes témoignent de la grande diversité des modèles d'organisation du travail. On constate qu'il n'y a pas convergence des formes d'organisation du travail vers un nouveau *one best way*, celui du modèle dit de *lean production* (polyvalence, travail en équipe, tension des flux de production par l'aval avec la mise en œuvre de méthodes de juste à temps). Ainsi, les organisations dites apprenantes, dans lesquelles sont mises en avant les dynamiques d'apprentissage et d'initiative des salariés, gardent une place importante, en particulier au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas. Dans ces organisations, les salariés disposent

d'une large autonomie procédurale dans leur travail, et subissent peu de contraintes temporelles.

Par ailleurs, les formes tayloriennes d'organisation sont loin d'avoir disparu. Elles continuent à s'imposer à une proportion élevée de salariés, en particulier les moins qualifiés. Ceux-ci sont soumis à d'importantes contraintes de rythme de travail, à une faible autonomie ainsi qu'à des tâches répétitives et monotones.

Finalement, un des principaux enseignements est l'étroite relation entre les différentes formes d'organisation et les méthodes de gestion des ressources humaines (formation, salaires, consultation). Cet élément, lié à la diversité des situations nationales, conforte l'idée que l'on peut agir sur les conditions de travail et sur la santé au travail à travers des choix organisationnels sans pour autant nuire à la performance des entreprises, pour autant que les outils de gestion appropriés soient mis en œuvre.

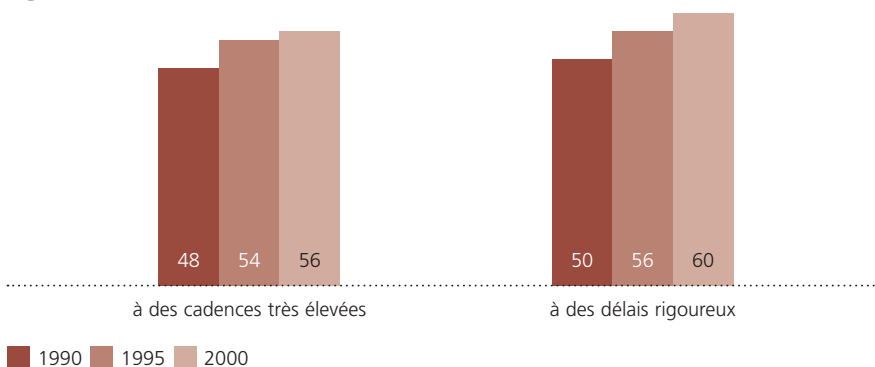
**Pour en savoir plus :**

E. Lorenz et A. Valeyre, "Organisational Innovation, Human Resource Management and Labour Market Structure: A Comparison of the EU-15", *Journal of Industrial Relations*, vol. 47, n° 4, p. 424-442, décembre 2005.

**L'intensification du travail est certainement l'un des phénomènes majeurs observés ces deux dernières décennies dans le travail. Elle est générale, touche tous les pays, tous les secteurs d'activité et toutes les catégories professionnelles. Si l'on constate un ralentissement de cette intensification ces dernières années, elle reste le facteur premier de la survenance du stress au travail et des TMS.**

Les **enquêtes européennes** montrent très clairement l'intensification du travail au cours de la dernière décennie. En 2000, plus de la moitié des travailleurs indiquaient des rythmes de travail élevés et la nécessité de respecter des délais rigoureux. Plus de deux travailleurs sur cinq considéraient qu'ils ne disposent pas de suffisamment de temps pour réaliser leur travail. Les rythmes de travail élevés sont un des facteurs les plus importants dans l'apparition des TMS et du stress. Des exigences élevées dans le travail, en particulier des exigences de rythme, conjuguées à de faibles marges de manœuvre et un manque d'autonomie pour gérer son temps et ses tâches expliquent l'augmentation du stress au travail.

**Figure 3** Travailleurs soumis à des cadences élevées et à des délais rigoureux, 1990-2000 (en %)



Source : D. Merlié et P. Paoli, *op. cit.*, p. 3

En **France**, les enquêtes confirment ces évolutions. Elles relèvent une forte dégradation des conditions de travail déclarées par les salariés au cours des 20 dernières années, parallèlement à un accroissement important des contraintes de rythme de travail. L'explication réside dans la multiplication pour toutes les catégories professionnelles des contraintes de rythme, à la fois les contraintes de type industriel (cadence des machines, travail à la chaîne, normes de production à respecter, etc.) et les contraintes de type marchand (rythme de travail imposé par la demande extérieure). Les contraintes de type marchand concernaient 28 % des salariés en 1984, pour atteindre 54 % en 1998. En outre, on constate une diffusion des contraintes de rythme à des groupes qui n'y étaient pas habitués : les cadres subissent de plus en plus de contraintes industrielles et les ouvriers de contraintes marchandes. Les travaux d'analyse à partir de ces enquêtes mettent en évidence que l'intensification du travail dégrade lourdement les conditions de travail des salariés. Ceci est particulièrement le cas dans les PME, organisées en flux tendus pour fournir des clients dans le cadre de contrats de sous-traitance.

En **Espagne**, la proportion des travailleurs qui déclarent travailler à un rythme élevé est passée de 35 % en 1999 à 40 % en 2003. Parallèlement, le contrôle dont jouissent les travailleurs est inexistant pour une forte proportion d'entre eux : en 2003, 19 % n'avaient pas la possibilité de modifier ou de choisir l'ordre de leurs tâches, 29 % les méthodes de travail, 25 % les cadences et 26 % de faire une pause quand ils en éprouvaient le besoin. Enfin, pour 44 % d'entre eux, le rythme de travail dépendait de la demande directe des clients.

En **Finlande**, la proportion de travailleurs soumis à un travail exigeant mentalement (pression temporelle, exigences contradictoires) est passée de 45 % en 1977 à 51 % en 1997. Ce phénomène affecte davantage les femmes (52 %) que les hommes (48 %). Comme ailleurs en Europe, l'intensification du travail est particulièrement marquée : de 46 % de travailleurs exposés en 1977 à 62 % en 1997, sans différence significative entre hommes et femmes. En revanche, si les deux sexes attribuent cette intensification à l'augmentation des tâches à effectuer, les femmes mettent plutôt en avant le manque d'effectifs pour réaliser ces tâches, alors que les hommes pointent du doigt des objectifs de production à la hausse.

**La création d'emploi se fait en Europe en majeure partie par le biais du développement de l'emploi précaire. En 2000, moins de la moitié des salariés recrutés depuis moins d'un an étaient sous contrat à durée indéterminée. A ces formes d'emploi sont associées des conditions de travail dégradées et une plus grande exposition aux risques.**

### **Emploi précaire en hausse**

La répartition entre salariés et non salariés reste constante, mettant à mal la vision, un temps à la mode, de la fin du travail salarié. On constate en revanche, au cours des deux dernières décennies, une forte croissance parmi les salariés de l'emploi précaire. En 2000, 10 % des salariés dans l'UE15 étaient sous contrat à durée déterminée (CDD) et 2 % sous contrat d'intérim. Dans les nouveaux États membres, le travail intérimaire a atteint 3 % des effectifs salariés en 2001 alors que cette forme de travail était inexistante au début des années 1990. De fortes disparités entre pays sont relevées. Des pourcentages élevés de salariés précaires sont relevés en Espagne (30 %), en Lettonie (23 %) et en Lituanie (17 %). Cette croissance du travail précaire est d'autant plus

forte que le droit du travail accorde des garanties en cas de licenciement. Il est à cet égard symptomatique de constater que les plus faibles taux de CDD et d'intérim concernent le Royaume-Uni, pays où il est facile de licencier. Il semble donc que la création d'emplois se fasse en Europe par le biais du travail précaire, ce qui va à l'encontre des objectifs de Lisbonne qui souhaitaient associer emploi et qualité.

### Relation statut-exposition

L'analyse des résultats des enquêtes met en évidence la relation étroite entre précarité et exposition aux risques. Toutefois, la précarité n'explique pas à elle seule cette surexposition. En effet, des éléments de structure entrent en ligne de compte : les travailleurs précaires occupent généralement des emplois où les conditions de travail sont dégradées. Il n'en demeure pas moins que la précarité est un facteur aggravant (dans un emploi donné mieux vaut être permanent que temporaire). Les emplois les plus dangereux et les plus exposés, à tout le moins les emplois porteurs de conditions de travail difficiles ou pénibles, sont occupés par des travailleurs précaires.

Ces analyses signifient qu'il est certes important de légiférer au niveau européen afin d'accorder aux travailleurs intérimaires les mêmes droits qu'aux autres salariés, mais qu'il est tout autant nécessaire de mener une action d'amélioration des conditions de travail dans ces emplois.

**Malgré les discours, la ségrégation entre hommes et femmes reste une réalité dans le travail. Elle est à la fois horizontale (hommes et femmes sont dans des métiers différents et ces métiers sont porteurs de conditions de travail différentes) et verticale (dans un même métier, les hommes sont le plus souvent dans le haut de l'échelle hiérarchique). Ces deux types de ségrégation sont nettement moins marquées dans les nouveaux États membres. Ces ségrégations conduisent, d'une part, à observer des situations de travail différentes et, par là, des expositions aux risques différenciées et, d'autre part, à élaborer des politiques de prévention adaptées. L'inégale distribution de la "double charge" de travail entre hommes et femmes renforce encore la nécessité de politiques adaptées combinant recherche, évaluation des risques et prévention.**

La situation des femmes diffère de celle des hommes d'un double point de vue :

1. dans le travail, du fait de la ségrégation à la fois horizontale et verticale, les situations sont différenciées ;
2. hors travail rémunéré, les femmes sont beaucoup plus impliquées dans les tâches domestiques et familiales.

Cette double différenciation a un impact sur la santé. Nous ne reviendrons pas sur la situation hors travail, relativement peu abordée par les enquêtes travail, mis à part les enquêtes européennes. Ces dernières montrent clairement que les femmes assument l'essentiel des tâches domestiques et familiales en sus de leur activité rémunérée.

Dans le travail, les différenciations principales sont :

- un travail plus en relation avec le public. L'enquête européenne révèle qu'entre 1995 et 2000, la proportion de femmes dont le rythme de travail est induit par la demande externe, donc moins "contrôlable", est passée de 71 % à 75 % alors qu'il restait stable chez les hommes (64 %) ;
- un moindre contrôle sur le travail et son organisation, y compris l'organisation du

temps, d'où il résulte que les postes tenus par les femmes sont généralement plus stressants ;

- l'importance du temps partiel, plus souvent concentré dans des emplois moins qualifiés et moins payés, et en partie de ce fait une durée du travail moindre ;
- une intensification du travail qui a été plus forte dans les années 1990 pour les femmes que pour les hommes ;
- une moindre exposition aux risques physiques classiques ;
- un plus grand risque de rencontrer des problèmes de santé dans le travail, en particulier des TMS des membres supérieurs et du stress.

Il convient cependant de relever que, malgré les efforts faits au niveau de certaines enquêtes, les indicateurs retenus ne permettent pas toujours de refléter les spécificités du travail féminin et restent encore trop souvent axés sur le travail masculin et le travail industriel.

### L'exposition aux risques et à des conditions de travail dégradées n'est pas répartie de manière égale.

Les statistiques produites par les enquêtes permettent de construire des catégories et d'identifier différents groupes ("clusters") de travailleurs, à partir de caractéristiques communes de leurs conditions de travail et des risques auxquels ils sont exposés. Il en ressort qu'environ 10 % des répondants, soit environ 20 millions de travailleurs en Europe, sont exposés d'une manière systématique à des conditions de travail dégradées ou dangereuses pour leur santé.

L'**enquête européenne** identifie dix groupes, que l'on peut répartir en trois catégories :

1. celle des travailleurs qui n'ont pas de problèmes particuliers et dont on peut considérer, dans la mesure où ils sont plutôt sous-exposés à l'ensemble des risques, qu'ils ont des conditions de travail "satisfaisantes". Ce groupe représente environ 50 % des travailleurs interrogés ;
2. celle des travailleurs "surexposés à des risques spécifiques", comme par exemple le risque chimique, le travail de nuit ou à de longues heures de travail. Cette catégorie, elle-même constituée de huit groupes, représente environ 40 % des travailleurs ;
3. celle des travailleurs ayant de "mauvaises conditions de travail" car surexposés à l'ensemble des facteurs de risques. Ce groupe représente 9 % des travailleurs, soit 18 millions de personnes en Europe.

L'**enquête espagnole** de 2003 identifie pour sa part quatre groupes :

1. celui des "bonnes conditions de travail" qui comprend 59 % des répondants, groupe en diminution par rapport à l'enquête de 1999 (63,1 %) ;
2. celui des "mauvaises conditions de travail" qui se maintient avec 6,9 % (6,6 % en 1999) ;
3. celui affecté par des "problèmes de charges psychosociale et mentale" qui passe à 15,4 % en 2003 (10,9 % en 1999) ;
4. enfin, celui affecté par des "problèmes de charge physique" qui reste stable à 18,7 % (19,5 % en 1999).



## Les nouveaux États membres

La situation dans les nouveaux États membres (NEM), essentiellement couverte par l'enquête européenne, se caractérise par quelques particularités notables qui tiennent pour partie à des différences dans la structure de la main-d'œuvre. En effet, la part de l'agriculture est plus importante et le secteur des services moins développé. L'alignement sur la moyenne européenne va conduire à d'importantes transformations structurelles dans les années à venir et, par conséquent, à des transformations dans la nature des emplois et du travail.

Parmi les différences notables relevées entre les 15 anciens États membres et les dix nouveaux par l'enquête européenne de 2001, figurent :

1. Une **organisation du travail** plus industrielle et moins marchande, plus hiérarchisée, dans laquelle les travailleurs disposent de moins d'autonomie.
2. Une **durée du travail** notablement plus longue, due en partie au poids relatif des indépendants et de l'agriculture : 38 % des travailleurs des NEM prestent plus de 45 heures par semaine, contre 21 % dans l'UE15. Cette situation est aggravée par le fait qu'une proportion plus élevée de travailleurs a un deuxième emploi, et ce pour des durées de travail plus longues. Ces longues durées affectent autant les femmes que les hommes. Le temps partiel y est moins courant (7 % contre 17 %). Enfin, le travail de nuit et le travail posté sont plus répandus.
3. Une **ségrégation sexuelle** moins marquée. La part des femmes dans l'emploi est plus grande (46 % contre 42 %). Elle est même proche de la parité dans plusieurs pays, dont les États baltes. La répartition des femmes entre les différentes catégories d'emplois et les secteurs est plus équilibrée : plus de femmes dans les emplois de cadres, d'ingénieurs, de techniciens, inversement moins dans les services et la vente. Plus de femmes occupent, en outre, des positions hiérarchiques. Les transformations récentes du marché du travail laissent cependant augurer des évolutions négatives et un alignement sur la situation de l'UE15.
4. Une plus grande exposition aux **facteurs physiques de risque** tels que le bruit et les substances chimiques.
5. Plus de **problèmes de santé** rapportés : une plus grande proportion de travailleurs (40 % contre 27 %) jugent leur santé menacée du fait de leur travail. La prévalence des différents problèmes de santé est systématiquement plus élevée, en particulier la fatigue.

**Au final, si l'on constate des écarts significatifs entre États membres, écarts qui s'expliquent en partie par des contextes socio-économiques différents, des problématiques communes peuvent néanmoins être identifiées : précarisation, intensification, persistance d'organisations du travail de type taylorien, ségrégation entre hommes et femmes. Ce constat devrait encourager le développement d'approches préventives européennes dans le domaine de la santé au travail.**

Les enquêtes dont les résultats ont été décrits plus hauts, malgré la diversité des contextes nationaux, sectoriels ou professionnels qu'elles décrivent, mettent en avant des tendances lourdes communes à l'ensemble des pays et des travailleurs européens. Les différences observées sont plus des différences de degré que de nature.

En outre, les écarts constatés entre pays sont en partie, comme le montrent certaines simulations faites à partir des données recueillies par les enquêtes, la conséquence de différences dans la structure de l'emploi. Ce qui signifie a contrario que les écarts constatés sont aussi le résultat des politiques menées tant au niveau des entreprises

(choix de gestion) que des États (cadres et politiques de prévention). Or, c'est sans doute dans ces domaines que les différences entre pays sont les plus grandes. Et les enquêtes, à quelques exceptions près comme l'enquête espagnole, apportent peu de lumière dans ce champ.

## Des conséquences importantes sur la santé

Au cours des dernières années, une légère amélioration de la manière dont les travailleurs perçoivent les risques pour leur santé liés à leur travail a été observée. Il n'en demeure pas moins que 27 % des personnes interrogées en 2000 considéraient leur santé menacée. Ce chiffre grimpe à 40 % dans les NEM et pays candidats. Les différentes enquêtes menées dans l'UE au cours des 15 dernières années montrent que les transformations du travail ont des conséquences importantes pour la santé des travailleurs.

Les **enquêtes suédoises** reflètent bien l'augmentation des problèmes de santé au travail au cours des années 1990 due principalement à l'intensification du travail. Ce sont surtout les femmes qui en paient le prix, en particulier dans les services de santé et dans l'enseignement (voir tableau 1).

On peut regrouper les problèmes de santé en trois grandes catégories :

1. les troubles psychosociaux (notamment le stress) ;
2. les troubles musculo-squelettiques ;
3. la violence et le harcèlement (qui peuvent à leur tour engendrer du stress).

Il existe une corrélation significative entre ces problèmes de santé au travail et les caractéristiques de l'organisation du travail telles que les tâches répétitives et les rythmes de travail élevés.

Un ordre de grandeur de ces atteintes à la santé en 2000 est offert par les **enquêtes européennes** : 28 % des travailleurs interrogés se plaignent de stress, 33 % de douleurs dans le dos, 27 % de douleurs musculaires dans les membres supérieurs et 9 % déclarent avoir été victimes de harcèlement sur leur lieu de travail au cours des 12 mois précédant l'enquête.

**Tableau 1 Suède : personnes déclarant une fatigue mentale ou physique au moins une fois par semaine ou plus souvent (%)**

	Fatigué nerveusement		Problèmes de sommeil		Fatigué physiquement		Incapable de se relaxer	
	H	F	H	F	H	F	H	F
1989	24	31,8	11,4	14,9	34,5	36,7	34,4	43,6
1991	23,7	33,1	11	14,5	31,5	37,6	36,4	40,3
1993	22,7	28,1	11,9	13,9	35	37,3	41	43,7
1995	28,9	35,9	13,7	16,8	36,9	42	43	48,4
1997	29	39,7	15,1	21,2	37,8	42,3	43,1	50,9

Sources : *Worklife and Health in Sweden 2000*, Staffan Marklund (ed) ; Swedish Work Environment Authority et Arbetslivinstitutet, 2001

### Le stress au travail

Les enquêtes européennes de 1995 et 2000 confirment que le stress d'origine professionnelle concerne une proportion importante de travailleurs : 28 % d'entre eux ont déclaré y être soumis. Le stress lié au travail constitue non seulement un coût humain élevé, mais aussi un coût économique pour les entreprises et la société qui était estimé à 20 milliards d'euros par an dans une étude de la Commission européenne en 1999.

Le stress au travail est la résultante, d'une part, des exigences imposées par le travail (rythme, qualité, quotas, etc.) et, d'autre part, du manque de moyens dont disposent les travailleurs pour gérer ces exigences (support, autonomie, etc.). Plus les exigences sont élevées et moins les moyens mis à disposition sont grands, plus la probabilité de stress est importante. Cette double relation est exprimée par un modèle, dit modèle de Karasek, du nom du chercheur qui l'a élaboré. On observe, quelles que soient les sources, qu'environ un tiers des travailleurs ne disposent d'aucune latitude dans leur travail, qu'il s'agisse d'organiser leurs tâches ou de gérer leur temps. Certes, on enregistre une amélioration mais elle est insuffisante pour compenser l'augmentation des exigences, en particulier en rapport avec l'intensification du travail.

Les **enquêtes européennes** montrent, qu'entre 1990 et 2000, la proportion des travailleurs déclarant exercer un contrôle sur leurs méthodes de travail est passée de 60 % à 70 %, avec toutefois des écarts considérables entre catégories professionnelles. Ce sont surtout les travailleurs manuels et les employés à faible niveau de qualification qui ont le moins de contrôle sur le déroulement de leur travail.

En **Finlande**, la proportion de participants aux enquêtes ayant une influence sur les méthodes de travail est passée de 58 % en 1984 à 65 % en 1997. En revanche, l'influence des travailleurs sur les rythmes de travail a diminué, passant de 59 à 57 %.

Les **enquêtes espagnoles** ont choisi d'identifier le stress à travers la conjonction d'au moins trois symptômes parmi les altérations suivantes de la santé :

- altérations du sommeil ;
- irritabilité ;
- perte de concentration ;
- perte de mémoire ;
- céphalée ;
- fatigue continue.

Ces symptômes sont le plus souvent associés aux situations de travail suivantes :

- rythme élevé de travail ;
- attention élevée ;
- travail répétitif ;
- travail posté ;
- longs déplacements domicile-travail (plus de deux heures par jour).

Les femmes sont en outre plus exposées au stress que les hommes.

Dans la mesure où les facteurs de stress tendent à augmenter plus fortement que les moyens de contrôle mis à disposition des travailleurs, on peut prévoir une augmentation du stress au travail dans les années à venir.

### Les TMS

Il ressort des **enquêtes européennes** que les TMS représentent le premier problème de santé en Europe : 33 % des travailleurs se plaignent de douleurs dans le dos (30 % en 1995), 23 % de douleurs musculaires dans le cou et les épaules, 13 % dans les membres supérieurs et 12 % dans les membres inférieurs.

En **Espagne**, les enquêtes recensent les visites médicales pour des raisons attribuables au travail. En 2003, 16 % des travailleurs interrogés déclaraient une telle visite, une augmentation forte par rapport aux années antérieures (7 % en 1993, 12 % en 1997, 13 % en 1999). Parmi les problèmes les plus fréquemment cités lors des consultations médicales suite à un problème de santé lié au travail, figurent les problèmes de dos (47 %, en augmentation de 8 % depuis 1999), les douleurs dans le cou (29 %, +9) et les membres supérieurs (16 %, +2).

Les **enquêtes finlandaises** font ressortir une diminution des douleurs pour les membres inférieurs, mais une augmentation pour les membres supérieurs de 27 à 37 % pour le cou et les épaules.

### La violence et le harcèlement

La violence et le harcèlement sont autant la résultante de certaines conditions de travail que la source de problèmes de santé (stress, dépression). En 2000, 9 % des travailleurs européens, soit près de 20 millions déclaraient avoir fait l'objet de harcèlement ou d'intimidation dans l'année précédente ; les femmes, les jeunes et les travailleurs précaires étant plus exposés, ainsi que les travailleurs du secteur des services (administrations, banques, santé).

On relève d'importants écarts entre pays (de 4 % en Italie à 15 % en Finlande). Ces écarts sont très certainement dus à des différences d'attitude et à l'intégration plus ou moins grande de cette question dans le débat public. On peut donc supposer que dans certains pays les chiffres sous-estiment la réalité. C'est particulièrement le cas dans ceux où ces questions ne sont pas ou peu abordées dans le débat public, de même que dans ceux où les mots et concepts pour aborder ces questions sont peu développés. Les expositions relevées en Finlande sont probablement plus proches de la réalité européenne. Pour leur part, les enquêtes espagnoles soulignent l'impact significatif de ces expositions sur la santé.

Quant aux causes, les analyses développées sur base de ces enquêtes mettent davantage l'accent sur les facteurs organisationnels qu'individuels. La montée des contraintes dans le travail et leur rôle dans l'exacerbation des tensions est tout particulièrement épinglé.

### Décalage entre enquêtes et déclarations de maladies professionnelles

Les statistiques officielles de santé au travail, établies tant sur la base de la reconnaissance des maladies professionnelles que sur les déclarations d'accidents du travail, reflètent mal la réalité du monde du travail.

On constate, en effet, un **double décalage** : d'une part, entre les expositions mises en avant par les diverses enquêtes et les déclarations de maladies professionnelles. Selon les types d'exposition, ce sont entre 10 et 50 millions de travailleurs qui sont exposés, alors que ce sont au maximum quelques milliers de travailleurs dont la maladie professionnelle a été reconnue. D'autre part, entre les problèmes de santé déclarés par les travailleurs lors des enquêtes conditions de travail et les maladies professionnelles reconnues.

Les TMS fournissent un exemple de ce décalage : alors qu'un tiers des travailleurs interrogés, soit plus de 50 millions dans l'UE, déclarent avoir des problèmes de dos et un quart des problèmes musculaires au niveau du cou et des épaules, seuls 11 169 cas de TMS (18 490 en extrapolant au niveau de l'UE15) ont été reconnus en maladies professionnelles en Europe (EODS 2001, UE12) dont 5 379 tenosynovites de la main et du poignet, 4 157 épicondylites du coude et 2 403 syndromes du canal carpien. En outre, si l'on extrapolait au niveau européen sur la base des seuls chiffres espagnols de 2002, ce sont 95 200 tenosynovites et 83 840 épicondylites du coude que l'on devrait recenser dans l'UE. Cet exemple témoigne des écarts qui existent entre les différents systèmes nationaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Par ailleurs, alors que les maladies professionnelles reconnues concernent plutôt les "cols bleus" dans l'industrie (79 % des cas reconnus d'épicondylites et 53 % des syndromes du canal carpien), les enquêtes mettent plutôt en avant une plus grande prévalence des problèmes de santé chez les femmes et les travailleurs précaires, non seulement dans l'agriculture et l'industrie (construction et industries manufacturières) mais aussi dans les services (transports, soins de santé, hôtellerie – restauration).

## Quelques conclusions

- Au regard des évolutions constatées, il importe de repositionner les questions de santé au travail au centre de l'agenda politique européen, d'autant plus qu'un certain nombre de problématiques sont communes à l'ensemble des pays de l'Union européenne.
- Il est nécessaire de poursuivre les réflexions, engagées au niveau européen à la suite des dernières présidences belge et suédoise (2000 / 2001), sur l'adoption d'indicateurs de la qualité du travail et de l'emploi qui fassent intégralement partie des politiques de l'emploi. Des objectifs de taux d'activité n'intégrant pas la dimension qualitative du travail risquent d'aller à l'encontre d'une amélioration des conditions de travail et de santé au travail.
- Il serait nécessaire de revoir les politiques de reconnaissance des maladies professionnelles, dont le nombre reconnu est excessivement faible par rapport à l'étendue des expositions aux risques constatées à travers les enquêtes tant nationales qu'européennes.
- Les travaux décrits plus haut font ressortir des lacunes importantes en matière d'information et de recherche sur la santé au travail. C'est le cas, entre autres, pour les études longitudinales dont on peut penser que le niveau européen serait le niveau logique de mise en œuvre.

## Les enquêtes conditions de travail en Europe

- Union européenne**
- Enquêtes conditions de travail 1990 (UE12), 1995 (UE15), 2000-2001 (UE15+12), 2005 (UE25) : [www.eurofound.eu.int](http://www.eurofound.eu.int)
  - Enquêtes annuelles forces de travail + module ad hoc 1998 : <http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/health>
  - European Occupational Diseases Statistics (EODS) : <http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/health>
  - European statistics on accidents at work (ESAW) : <http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/en/health>
  - Eurostat : <http://epp.eurostat.cec.eu.int>
- Allemagne**
- Enquête BIBB/IAB 1979, 1985/1986, 1991/1992, 1998/1999 : [www.bibb.de](http://www.bibb.de)
- Autriche**
- Enquête Mikrozensus 1980, 1985, 1991, 1994, 1999 : [www.statistik.at](http://www.statistik.at)
- Bulgarie**
- Enquête 2005 : [www.mlsp.government.bg/en](http://www.mlsp.government.bg/en)
- Danemark**
- Enquêtes 1990, 1995, 2000 : [www.ami.dk](http://www.ami.dk)
- Espagne**
- Enquêtes 1987, 1993, 1997, 1999, 2003 : [www.mtas.es/insht](http://www.mtas.es/insht)
- Estonie**
- Enquête 2000 : [www.sm.ee](http://www.sm.ee)
- Finlande**
- Enquêtes 1977, 1984, 1990, 1994-1995, 1997, 2000, 2003 : [www.stat.fi](http://www.stat.fi) et [www.ttl.fi/internet/english](http://www.ttl.fi/internet/english)
- France**
- Enquêtes conditions de travail 1978, 1984, 1991, 1998, 2005
  - Enquêtes SUMER 1987, 1994, 2003
  - Enquêtes ESTEV 1990, 1995
  - Plus d'informations sur [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr)
- Italie**
- Enquête 2002 : [www.isfol.it](http://www.isfol.it)
- Pays-Bas**
- Enquêtes TAS 2000, 2002, 2004 : [www.tno.nl](http://www.tno.nl)
- Portugal**
- Enquête 1999/2000 : [www.dgeep.mtss.gov.pt](http://www.dgeep.mtss.gov.pt)
- République tchèque**
- Enquête 2000 et 2004 : [www.vupsv.cz](http://www.vupsv.cz)
- Royaume-Uni**
- Enquête HSE de 2005 : [www.hse.gov.uk](http://www.hse.gov.uk)
- Suède**
- Enquêtes 1989, 1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 : [www.scb.se](http://www.scb.se) et [www.av.se](http://www.av.se)

Des résumés des enquêtes nationales conditions de travail les plus récentes sont disponibles sur le site de la Fondation de Dublin : [www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/surveyreports.htm](http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/surveyreports.htm)



