

POUR UNE RELANCE DE LA POLITIQUE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ AU TRAVAIL

Depuis plusieurs années les organisations syndicales critiquent l'absence d'une stratégie communautaire en matière de santé au travail. Après les développements législatifs positifs de la période 1989-1992, différents facteurs ont contribué à un essoufflement de l'action communautaire.

Parallèlement, la dégradation des conditions de travail montre que de nombreux problèmes attendent une réponse.

La Commission a annoncé qu'elle allait élaborer un programme d'action en santé au travail pour la période 2002-2006.

Les organisations syndicales représentées au Comité Consultatif pour la Sécurité, l'Hygiène et la Protection de la Santé au Travail, de Luxembourg, ont adopté en mai 2001 leur propre document d'orientation concernant la stratégie communautaire. Ce document a été approuvé par le Comité Exécutif de la CES le 15 juin 2001 à l'occasion de l'adoption d'une résolution sur la santé au travail.

POUR UNE RELANCE DE LA POLITIQUE COMMUNAUTAIRE EN SANTE AU TRAVAIL

*Contribution du groupe travailleurs du Comité Consultatif
pour la Santé et la Sécurité de Luxembourg
à l'élaboration du programme d'action communautaire
en santé et sécurité (mai 2001).*

1. La santé au travail constitue une priorité importante pour le mouvement syndical. La défense de la vie et de la santé mises en danger par la recherche du profit a été un des motifs majeurs pour la constitution des premières organisations de travailleurs dès le début de la révolution industrielle. L'enjeu permanent de cette lutte est de soustraire la personne humaine à un rapport contractuel qui tend à le réduire à une simple force de travail ou « ressource humaine » et à la transformer en une marchandise sous l'effet de la contrainte économique. La lutte pour la santé est inséparable d'une action et d'une organisation collectives destinées à transformer les conditions de travail. Sans une telle action collective menée par les travailleurs eux-mêmes, ni la progression des connaissances médicales, ni l'évolution technique n'assurent spontanément des améliorations durables. C'est pourquoi, aujourd'hui encore en Europe, la défense de la santé au travail est indissociable de l'action syndicale. Dans tous les pays d'Europe, l'écrasante majorité des représentants des travailleurs pour la santé sont des militants syndicaux même là où la législation permet l'élection de représentants sans liens avec les syndicats. Les exemples récents de l'amiante, des troubles musculo-squelettiques ou du harcèlement moral montrent que la défense de la santé au travail dépend étroitement de la capacité de rendre visibles les souffrances individuelles, de la capacité de transformer celles-ci en des éléments de conscience collective et de la capacité de passer de cette conscience collective des problèmes à une action pour la transformation des conditions de travail. Dans un tel parcours, le rôle des organisations syndicales est essentiel.

2. Pendant presque un quart de siècle, les conditions de travail ont subi le contrecoup du chômage de masse. Il s'est produit une précarisation du travail dont les modalités pratiques sont multiples. Le recul du chômage, la prise de conscience des effets particulièrement négatifs de la précarisation et la conscience diffuse qu'il s'est produit une déshumanisation des conditions de travail dans de nombreux secteurs ont relancé les débats sur la qualité du travail. Différentes mobilisations sociales ont mis ce point à l'ordre du jour. De nombreux débats nationaux portent sur le harcèlement moral, le stress ou les troubles musculo-squelettiques. Ces débats ont en commun de mettre l'accent sur une conception plus large de la santé qui entend garantir le bien-être au travail. Certains grands objectifs des luttes des années '70 pour l'humanisation des conditions de travail et

pour un contrôle des travailleurs et de la société sur les changements technologiques réapparaissent sous de nouvelles formes et dans des conditions différentes. La conscience des effets désastreux de l'actuelle organisation productive sur l'environnement apporte une dimension nouvelle à ces objectifs et crée la possibilité d'élargir les alliances des syndicats.

3. Au cours de ces deux dernières années, les institutions de l'Union Européenne ont commencé à discuter de façon plus systématique de ce thème. Ce point a été abordé notamment au sommet de Lisbonne en 2000. Il a fait l'objet d'une importante conférence organisée par la présidence suédoise en janvier 2001. La CES considère qu'il doit constituer un élément central de l'agenda social dans les années à venir. C'est pourquoi, le groupe travailleurs du Comité Consultatif souhaite par la présente déclaration présenter ses priorités dans le cadre de la préparation d'un nouveau programme d'action communautaire en santé au travail.

1. Un bilan préoccupant des conditions de travail et de leur impact sur la santé

4. Les données disponibles dans l'Union Européenne nous incitent à relancer les débats autour de la santé et de la sécurité comme thème prioritaire des politiques sociales communautaires.

En dépit du caractère incomplet des indicateurs disponibles et du manque d'homogénéité entre les données nationales, différents éléments indiquent qu'une confiance excessive dans l'impact positif des mutations technologiques sur la santé au travail n'est pas fondée.

5. Les statistiques concernant les accidents du travail enregistrés montrent une diminution de ceux-ci quand on prend des périodes de référence de longue durée (de l'ordre de 10 à 20 ans). Une telle évolution générale s'explique en partie par des modifications structurelles importantes dans les activités économiques (réduction de la part de la population employée dans les secteurs primaire et secondaire, diminution très forte de l'emploi dans la plupart des industries à risques élevés d'accidents comme les mines ou la sidérurgie, etc...). L'évolution technique contribue également à modifier les problèmes de santé au travail: l'accident du travail constitue dans de nombreux secteurs un risque moins significatif que l'usure progressive par le travail ou certaines maladies. Enfin, les statistiques concernant les accidents du travail montrent de fortes inégalités suivant les rapports sociaux qui caractérisent différentes catégories de travailleurs. En particulier, les travailleurs intérimaires connaissent une suraccidentabilité importante. Le caractère peu homogène des statistiques et la part importante de sous-déclarations rendent difficile les comparaisons entre différents pays. Les données d'Eurostat mettent en évidence que le niveau de sous-déclarations des accidents du travail est très élevé dans de nombreux pays.

6. Les statistiques concernant les maladies professionnelles reflètent principalement les caractéristiques des différents systèmes nationaux de reconnaissance de ces maladies à des fins de compensation. Elles permettent de constater le retard pris dans la mise en place d'un système plus équitable, ouvert à la reconnaissance de l'ensemble des maladies

causées par le travail et indiquent les énormes inégalités entre pays, entre hommes et femmes et entre les différentes catégories de victimes suivant le type de maladie. Il existe un nombre considérable de maladies qui ne sont que difficilement reconnues en tant que maladies professionnelles et qui affectent des quantités importantes de travailleurs. Certaines d'entre elles peuvent avoir des conséquences graves et empêcher les victimes de continuer à travailler (troubles musculo-squelettiques, asthme rendu chronique par des expositions professionnelles, etc...).

7. Les données concernant l'absentéisme et l'invalidité sont d'une interprétation difficile. Elles dépendent en partie des évolutions des systèmes de sécurité sociale. L'absentéisme de courte durée n'est pas nécessairement l'indicateur de mauvaises conditions de travail. L'absentéisme de longue durée et les données concernant l'invalidité sont plus pertinentes pour évaluer les conditions de travail.

8. Une politique dynamique de santé au travail rend indispensable la mise en place d'indicateurs plus sensibles à la réalité des problèmes. Ce problème se pose dans presque tous les Etats membres et il met en lumière une grande faiblesse dans l'action communautaire. Il s'agit d'élaborer un ensemble d'indicateurs portant sur trois aspects au moins:

- le suivi des facteurs de risque et des expositions;
- le suivi des conditions de santé non seulement à partir des indicateurs traditionnels d'accidents de travail et de maladies professionnelles mais aussi à partir de l'étude des relations entre différentes pathologies et groupes sociaux et professionnels;
- la perception par les travailleurs de leurs conditions de travail et de l'impact qu'elles ont sur leur santé.

L'ensemble de ces indicateurs devraient également inclure la dimension du genre en santé et travail et permettre de mesurer la compatibilité des conditions de travail avec des exigences de santé à moyen et à long terme. Des indicateurs comme la durée de la vie professionnelle par profession et les conditions de santé des personnes âgées ou retraitées en fonction de leurs conditions de travail antérieures méritent une attention particulière. Sur la base d'une combinaison d'indicateurs, l'Union Européenne devrait mettre en place un dispositif d'observation (monitoring) permanent des conditions de travail de manière à pouvoir réagir rapidement à des problèmes spécifiques.

9. Les risques "traditionnels" liés à la sécurité des équipements et des processus de travail, à l'exposition à des substances chimiques, à des facteurs physiques ou à des agents biologiques continuent à provoquer des milliers de morts et des dizaines de milliers d'invalides chaque année. Et pourtant les solutions préventives existent et sont généralement connues depuis longtemps. Dans certains pays, l'on observe même une augmentation du nombre d'accidents du travail déclarés en étroite relation avec le développement du travail précaire. Par ailleurs, les débats autour de l'amiante ont montré la faible capacité des dispositifs de prévention à réagir rapidement à des menaces graves pour la santé dont les conséquences ont commencé à être connues depuis près d'un siècle.

10. Les risques liés à l'organisation du travail augmentent de façon assez régulière. La troisième enquête sur les conditions de travail menée par la Fondation de Dublin met en

lumière qu'un nombre croissant de travailleurs perçoivent qu'ils sont exposés à de tels risques et qu'ils en ressentent les effets sur leur santé.

11. L'on retiendra en particulier l'intensification du travail comme une caractéristique importante de la réorganisation des processus de production. La proportion de travailleurs qui déclarent qu'ils sont soumis à un rythme de travail très élevé est passé de 48 % en 1990 à 56 % en 2000, ceux qui sont tenus par des délais stricts sont passés de 50 % en 1990 à 60 % en 2000. Ces données européennes sont généralement corroborées par les enquêtes nationales disponibles.

Parmi les conséquences de l'intensification du travail, les troubles musculo-squelettiques sont particulièrement répandus. En 2000, 33 % des travailleurs se plaignent de lombalgies et 23 % de douleurs au cou et aux épaules. Le stress et l'épuisement professionnel concernent également des proportions importantes de travailleurs.

12. Le harcèlement moral apparaît également comme un problème qui affecte un nombre élevé de travailleurs et dont les conséquences peuvent être très graves. Il est lié à différents facteurs parmi lesquels l'intensification du travail, les méthodes de direction et la mise en concurrence des collectifs de travail jouent un rôle important. Il renvoie à des facteurs sociaux et d'organisation du travail et requiert une approche préventive collective. A ce titre, il fait pleinement partie des questions qui doivent être traitées dans le cadre des politiques du milieu de travail.

13. Les progrès enregistrés dans le domaine de l'emploi, avec un lent repli du chômage, n'ont pas été de pair avec une amélioration de la qualité du travail. Au contraire, la précarisation du travail est devenue une caractéristique commune des différents pays de l'Union Européenne même si ses formes et son niveau diffèrent d'un pays à l'autre. Les pays où la précarisation de l'emploi a été la plus forte sont aussi ceux qui connaissent la situation la plus défavorable en ce qui concerne les accidents du travail (Espagne notamment).

14. La dégradation des conditions de travail s'inscrit également dans le contexte plus large d'une croissance des inégalités sociales devant la santé. Un tel phénomène a pu être observé dans la plupart des Etats communautaires. Il s'inscrit dans une tendance plus lourde de croissance rapide des inégalités sociales à l'échelle mondiale. Certes, les conditions de travail ne constituent qu'une des causes de cette situation mais il nous paraît évident que faute d'une relance énergique de l'action communautaire en santé au travail, elles risquent de contribuer à l'érosion de la cohésion sociale en Europe dans ce domaine particulièrement sensible qu'est la santé.

2. La relance des débats nationaux et des mobilisations sociales

15. L'on assiste aujourd'hui à une relance des débats nationaux sur la santé au travail. Dans la plupart des Etats communautaires, la transposition de la directive-cadre et des autres directives concernant la santé et la sécurité n'avait pas été accompagnée par un large débat. A quelques exceptions près, les gouvernements avaient considéré qu'il

s'agissait essentiellement d'une mise à jour de la législation existante. Le fonctionnement général du système de prévention ne suscitait pas de véritable inquiétude. Aussi, dès que la transposition fut considérée comme achevée, régnait-il un certain optimisme. Les systèmes mis en place avaient été modernisés. Le mot d'ordre de beaucoup était d'instaurer une pause tant dans l'élaboration législative que dans la réflexion politique. Les difficultés du passage à la pratique et, surtout, la détérioration des conditions de travail ont mis fin à cette pause. Ces débats réapparaissent surtout dans des cadres nationaux, qui restent marqués par des différences importantes. Il est vite apparu que si la directive-cadre était d'une utilité réelle pour définir les règles du jeu dans les entreprises, elle ne suffisait pas à répondre à l'ensemble des défis de la prévention. Il fallait aussi revoir la politique nationale de prévention et lui fournir les moyens adéquats.

Les difficultés du passage à la pratique sont aussi liés aux stratégies suivies lors de la transposition des directives. Lorsqu'une transposition littérale a été effectuée, elle a rarement été efficace parce qu'elle se "greffait" mal au système de prévention existant. Dans certains pays, cela a provoqué des difficultés énormes. Ainsi au Portugal, il a fallu attendre le début de l'année 2001 pour qu'un accord tripartite permette de donner finalement un contenu concret à certaines dispositions de la directive-cadre dont la transposition avait été effectuée dès 1991.

16. En France, l'affaire de l'amiante a joué un rôle important dans la résurgence d'un débat public pour la première fois depuis presque un quart de siècle. Après avoir sous-estimé, pendant des décennies, le danger représenté par l'amiante, le gouvernement français a interdit en 1996 toute utilisation de l'amiante. La question de l'amiante est apparue rapidement comme le révélateur des insuffisances du système de prévention en tant que tel dans ses différentes fonctions (décision politique, recherche, utilisation des données de la surveillance médicale pour définir les priorités de la prévention, problèmes posés par la gestion paritaire des institutions liées à la réparation des risques professionnels, liens entre santé publique et santé au travail, etc.).

17. En Italie, les données inquiétantes concernant les accidents du travail déclarés, le fonctionnement très irrégulier des organismes paritaires créés à différents niveaux, les nombreux problèmes laissés en suspens depuis l'adoption du décret législatif de 1994 qui transposait la directive-cadre ont débouché sur un débat politique sans précédent depuis plus de vingt ans sur la cohérence du système de prévention. Une importante conférence a été organisée par le gouvernement en décembre 1999 tandis que les organisations syndicales ont été à l'initiative de la première assemblée nationale des représentants des travailleurs pour la sécurité à Modène en septembre 2000. Cette assemblée a défini un programme destiné à intensifier l'action revendicative des syndicats dans le domaine de la santé au travail.

18. Au Royaume-Uni, pour la première fois depuis une vingtaine d'années, la vision optimiste et rassurante proposée par le Health and Safety Executive fait place à une évaluation plus nuancée des réalisations et, surtout, à une réelle inquiétude sur la capacité du système de prévention d'affronter les défis nouveaux. Une série impressionnante de « désastres » de Piper Alpha au naufrage du « Herald of Free Enterprise » à Zeebrugge,

de l'épidémie de ESB à la catastrophe de chemin de fer de Paddington ont démontré les impasses d'une approche qui privilégie d'autorégulation par les employeurs et qui affaiblit les mécanismes de contrôle public et les contrepoids sociaux à la recherche du profit. Plus que jamais, les questions de santé au travail et de santé publique apparaissent dans leurs liens avec les grandes orientations politiques. Il est significatif que certains de ces désastres se sont produits dans des secteurs soustraits au contrôle du Health and Safety Executive.. La dérégulation, la privatisation des services publics, le recours inconsidéré à des formes de « soft law » ou d'autorégulation basée sur la bonne volonté d'acteurs privés ont joué un rôle important dans ces désastres.

19. En Espagne, comme en Italie, l'élément qui a déclenché de façon immédiate les débats est constitué par les statistiques dramatiques concernant les accidents du travail et par les liens évidents qui apparaissent dans celles-ci entre le développement de l'emploi précaire et les risques d'accident. Après l'euphorie qui avait régné vers 1996-1997 à la suite de l'approbation de la Loi sur la prévention des risques du travail, on constate avec inquiétude que le niveau d'application de la Loi est resté très faible et que le système de contrôle et de sanction est peu efficace. Un Plan d'action visant les entreprises où se produisent le plus d'accidents a été mis en pratique. Il vise à coordonner l'action de l'ensemble des autorités publiques. Un plan de choc développe l'intervention propre des syndicats. Ceux-ci contactent systématiquement les délégués de prévention et leur apporte le soutien nécessaire pour faire respecter les mesures de prévention dans les entreprises où les accidents sont particulièrement nombreux. Les organisations syndicales ont aussi développé leurs instruments d'intervention autonome en santé au travail.

20. Aux Pays-Bas comme en Suède, la montée de l'absentéisme est liée à une dégradation des conditions de travail. Dans le cas des Pays-Bas, le mouvement syndical a formulé une série de critiques à l'égard des services de prévention dont les missions ne sont pas toujours exercées en tenant compte de la priorité d'une amélioration collective des conditions de travail.

21. Si dans d'autres pays les débats n'ont pas la même intensité, un certain nombre de préoccupations communes émergent: comment assurer le respect des règles, comment répondre à l'évolution du travail, quelle évaluation faire des politiques de prévention suivies au cours de ces dernières années ? De façon générale, la déréglementation, l'affaiblissement des systèmes de contrôle, la faiblesse ou l'absence de représentation des travailleurs dans les petites et moyennes entreprises ont joué un rôle important. Mais au-delà de ces problèmes qui affectent les systèmes de prévention, il y a un problème de fond plus essentiel. Les politiques de l'emploi ont souvent été menées en favorisant la précarisation du travail. Qu'un travail précaire soit aussi généralement un travail nocif, voilà un constat dont il conviendrait de tenir compte.

22. Dans plusieurs pays, le débat ne se limite pas aux institutions. Il est appuyé par une mobilisation sociale dont témoignent les succès de deux grèves générales dans le secteur du bâtiment en Espagne en février 2000 et mars 2001 et l'arrêt de travail pour la santé et la sécurité en Italie le 20 octobre 2000. De façon générale, les exigences liées à la sécurité, la santé et la dignité au travail ont été présentes dans un nombre croissant de

conflits sociaux en Europe. Elles également été à la base de certaines actions transnationales notamment dans le secteur des transports routiers. Elles sont abordées comme des thèmes prioritaires par un nombre croissant de Comités d'Entreprise Européenne notamment dans le textile et la sidérurgie.

3. La nécessité d'un débat politique communautaire

23. Malheureusement, les différents débats nationaux n'ont pas débouché jusqu'à présent sur un véritable débat communautaire. Les quelques documents adoptés par la Commission, notamment le rapport intérimaire concernant le programme communautaire dans le domaine de la sécurité, de l'hygiène et de la santé sur les lieux de travail (1996-2000), sous-estiment fortement l'ampleur des problèmes et proposent un bilan trop optimiste de la transposition des directives communautaires. La capacité d'impulsion politique de la Commission est très faible dans ce domaine. Il est douteux que la stratégie qui a parfois été proposée de lier la santé au travail aux politiques de l'emploi soit d'une grande efficacité si l'on ne définit pas clairement des objectifs en santé au travail qui correspondent aux besoins réels.. Les ressources matérielles et humaines destinées à la santé au travail au sein de la Commission ont diminué de façon inquiétante alors même que la Commission aurait dû disposer de moyens adéquats pour suivre la mise en œuvre des directives adoptées. L'on voit mal comment elle pourrait garantir que l'élargissement de l'Union Européenne se fasse dans des conditions satisfaisantes sans retrouver des capacités humaines et matérielles adéquates. L'incapacité dans laquelle se trouve la Commission de publier un rapport sur l'application de la directive-cadre et sur les problèmes qui y sont liés illustre l'affaiblissement de son rôle. Certes, l'absence de bilan global ne devrait pas justifier l'inaction de la Commission par rapport à des problèmes dont l'importance est reconnue et nous pensons qu'il ne faut pas attendre le bilan pour adopter de nouvelles initiatives.

24. En dépit de la résolution qu'il avait adoptée en mars 1995 sur la transposition et l'application de la législation sociale communautaire, le Conseil n'a pas pris d'initiative importante au cours de ces dernières années dans le domaine de la santé au travail. L'échec du programme SAFE est le révélateur de la difficulté de trouver un accord politique au Conseil sur les questions de santé au travail. De même, en dépit de la règle de la majorité qualifiée, la plupart des propositions de directive soumises par la Commission au Conseil au cours de ces cinq dernières années ont connu un iter législatif lent et tortueux dont les résultats ne sont pas toujours satisfaisants (blocage sur la proposition de directive concernant le transport des travailleurs handicapés, approche fragmentaire et restrictive en ce qui concerne les agents physiques, etc...).

25. Le comité consultatif de Luxembourg assure une fonction cruciale en permettant une consultation tripartite sur toutes les questions de santé au travail. Le Comité consultatif a indiqué quelles pouvaient être les grandes lignes d'une réforme de ce comité qui tienne compte des transformations introduites par le Traité d'Amsterdam et par la perspective de l'élargissement. La CES a pu élaborer un certain nombre de propositions conjointes avec l'UNICE sur ce point. Une association plus étroite de ce comité à tous les aspects de l'action communautaire qui touche à la santé et à la sécurité est indispensable. En

particulier, le comité devrait être étroitement associé à l'élaboration du bilan de l'application des directives.

26. La mise en place de l'agence de Bilbao a parfois été présentée comme un substitut à l'action de réflexion et d'orientation politique de la Commission. L'agence a un rôle important à jouer dans le domaine de l'information et la CES souhaite qu'elle se développe. Mais en aucun cas le travail de diffusion et de traitement de l'information réalisé par l'agence ne rendra superflu la définition par la Commission d'une politique communautaire précise et cohérente et la mise en œuvre de celle-ci avec des moyens adéquats et des ressources suffisantes. Il nous paraît important de développer une véritable approche tripartite dans toutes les activités de l'agence et notamment dans ses points focaux nationaux. La dissémination de l'information collectée par l'agence ne peut être pleinement utile que dans la mesure où cette information fait l'objet d'un traitement qui permette d'en dégager en synthèse des problèmes communs et des solutions utiles. La simple juxtaposition de données nationales hétérogènes dans des tableaux comparatifs devrait être évitée au profit d'une évaluation qualitative des données recueillies. Une plus grande attention devrait être accordée à l'ensemble des utilisateurs de l'information, y compris les travailleurs, notamment en ce qui concerne le langage utilisé et les supports matériels de cette information.

27. La Fondation de Dublin apporte une contribution très utile grâce à sa politique de recherche qui couvre les différentes facettes des conditions de vie et de travail. Cette approche large lui permet de tenir des interactions entre la vie au travail et la vie hors-travail. Par ailleurs, l'enquête sur les conditions de travail qui a été organisée à trois reprises au cours de ces dix dernières années fournit d'importantes indications pour élaborer les politiques communautaires de santé au travail. Une telle enquête devrait être poursuivie à l'avenir et il conviendrait de l'articuler avec des enquêtes et des recherches spécifiques plus précises dans l'ensemble des pays communautaires.

28. Le Parlement Européen a pris des initiatives positives comme la tenue d'auditions consacrées aux conditions de travail et au bilan de la directive sur les travailleuses enceintes. Le 25 février 1999, il a adopté une importante résolution qui aborde les principaux aspects de la politique communautaire dans ce domaine et formule des propositions utiles pour un renforcement de celle-ci. Cette résolution était basé sur un rapport d'ensemble préparé par Mme Outi Ojala. En particulier, le Parlement européen signalait une série de problèmes par auxquelles le cadre législatif communautaire restait insuffisant (amiante, cancers professionnels, secteur des transports, stress, surmenage, violence et harcèlement sur le lieu de travail, troubles musculo-squelettiques, monotonie et caractère répétitif du travail). Il recommandait l'adoption d'une politique qui tienne compte des problèmes spécifiques des femmes. Il se prononçait pour une extension du champ d'application de la législation vers des catégories non couvertes (travailleurs indépendants) ou insuffisamment protégées (télétravailleurs, travailleurs sous contrats atypiques ou d'entreprises sous-traitantes). Il s'inquiétait de l'attention insuffisante accordée à la santé au travail dans les politiques d'élargissement et demandait une intégration des questions de santé au travail dans les accords internationaux conclus par l'Union. L'essentiel des questions soulevées par cette résolution reste d'actualité même si

des progrès ont été actuellement dans des domaines particuliers (amiante et échafaudages, par exemple).

29. Le Conseil Economique et Social a adopté en décembre 1999 un avis d'initiative qui a le mérite d'inscrire la discussion sur les politiques communautaires de santé au travail dans une vision large. Il prépare actuellement l'adoption d'un nouvel avis concernant l'avenir de la politique communautaire dans ce domaine.

30. La Cour de Justice a aussi contribué à une meilleure interprétation de l'article 118A (actuellement intégré dans le nouvel article 137) et des directives concernant la santé au travail. L'essentiel de sa jurisprudence a été adoptée dans le cadre de l'examen de recours préjudiciels. La Cour a souligné le caractère étendu des compétences communautaires liées à la notion de milieu de travail. Elle s'est prononcée en faveur de la pleine capacité des Etats-membres d'adopter ou de maintenir des mesures nationales qui assurent une protection plus élevée des travailleurs. Elle a défini les bases d'une coopération meilleure avec l'Organisation Internationale du Travail dans le cadre d'une politique d'harmonisation vers le haut qui privilégie les normes plus favorables - qu'elles soient d'origine communautaire ou internationale. Une telle approche lui a permis également d'interpréter certaines dispositions des directives (notamment en ce qui concerne la définition du temps de travail). Enfin, la Cour a consolidé sa jurisprudence concernant la capacité des Etats membres d'adopter des règles affectant la libre circulation des marchandises lorsque celles-ci reposent sur des objectifs de santé. Cependant, le rôle de la Cour a été limité par les difficultés que les organisations syndicales rencontrent pour la saisir dans le cadre étroit des recours préjudiciels et par la lenteur avec laquelle la Commission traite les recours en manquement. Certaines questions essentielles sur lesquelles le mouvement syndical attire l'attention depuis près de dix ans n'ont toujours pas fait l'objet d'arrêts de la Cour (caractère inconditionnel de l'obligation de sécurité de l'employeur; nombreux problèmes concernant l'organisation des services de prévention dans différents pays communautaires, insuffisance de certaines législations nationales en ce qui concerne la représentation des travailleurs, etc...).

31. Si différentes institutions ont ainsi contribué à l'action communautaire en santé au travail, cela ne devrait pas dissimuler le caractère de moins en moins systématique de celle-ci, les difficultés d'apporter des réponses adéquates aux problèmes nouveaux et la grande quantité de problèmes auxquels se heurte une application efficace des règles communautaires dans les Etats-membres. Nous considérons que le débat devrait partir du bilan de l'application des directives et porter sur les perspectives d'une action communautaire plus efficace basée sur les exigences du traité.

4. Pour un bilan de l'application des directives

32. Le bilan de l'application des directives ne se borne pas à un relevé statistique du nombre de directives transposées dans les différents Etats membres. A cet égard, le critère utilisé par le rapport intérimaire de 1998 de la Commission (le taux de transposition des directives est passé à 95%) n'est guère pertinent.

De façon générale, nous considérons que le niveau d'application des directives reste très inégal entre les pays mais aussi, à l'intérieur de chaque pays, en fonction des secteurs, des catégories de travailleurs ou du type d'entreprise. Si les directives ont eu le mérite d'enclencher ou d'accélérer la réforme des cadres juridiques nationaux, cette impulsion initiale a été affaiblie par une série de facteurs. En particulier, il faut mentionner les éléments suivants:

- (1) Les offensives dérégulationnistes ont cherché à limiter les transpositions à un exercice de mise en conformité législative formelle et ont transformé les exigences minimales communautaires en des objectifs maximaux.
- (2) La faible capacité d'impulsion politique de la Commission n'a pas permis de débattre au niveau communautaire des problèmes posés par la transposition et par l'application. Cette faiblesse politique a été renforcée par l'inapplication de la décision du 24 février 1988 qui prévoyait la mise en place d'un système communautaire d'information sur l'évolution des réglementations nationale en santé au travail.
- (3) Les lacunes des directives elles-mêmes rendaient indispensable une réflexion sur différents éléments des systèmes nationaux de prévention qui ne faisaient pas l'objet de dispositions systématiques. C'est ainsi que les systèmes de représentation des travailleurs en santé au travail ne couvrent généralement pas la totalité des travailleurs des Etats membres, l'accès aux services de prévention reste également limité et les institutions publiques chargées de l'inspection, du contrôle, des sanctions, de la recherche et de l'information n'ont pas toujours vu leur rôle redéfini de manière cohérente.

33. Des rapports nationaux concernant l'application des directives ont été élaborés. Bien que la grille d'analyse destinée à les structurer soit tout à fait insuffisante, leur discussion dans un cadre communautaire tripartite devrait aider à identifier les problèmes communs, à formuler des amendements aux directives ou des propositions de directives nouvelles de manière à combler les lacunes du cadre existant et à mieux répondre aux problèmes nouveaux.

Un tel exercice est de nature politique. Le contrôle de la conformité juridique des mesures nationales de transposition constitue une autre tâche indispensable et distincte qui repose essentiellement sur la Commission. Jusqu'à présent, les initiatives prises dans ce domaine nous paraissent insuffisantes. Certes, nous savons qu'avant que la Cour de Justice ne soit saisie d'un recours en manquement, des procédures non publiques permettent parfois de convaincre les Etats membres de corriger un certain nombre de manquements. Néanmoins il nous paraît inquiétant qu'un retard important a été pris et que, dans plusieurs cas où les manquements paraissent évidents et graves, aucun remède n'ait été apporté à cette situation. A plusieurs reprises, saisie de questions préjudicielles, la Cour de Justice a été contrainte à ne pouvoir que constater l'inadéquation de certaines transpositions sans pouvoir y apporter des remèdes efficaces (affaire italienne concernant le travail sur écran, affaire espagnole concernant la définition du temps de travail qui concerne également d'autres mesures nationales de transposition). Dans sa réponse du 28 mars 2000 à la question parlementaire posée par M. Alavanos, Mme Diamantopoulou a indiqué que la Commission pourrait entamer des procédures en manquement si les Etats membres n'exerçaient pas un contrôle et une surveillance effective garantissant le respect de la directive-cadre. Nous considérons cette déclaration comme très positive et nous

souhaitons qu'elle soit mise en pratique. Enfin la CES réaffirme qu'il est nécessaire de reconnaître le droit des organisations syndicales à introduire des recours devant la Cour de Justice dans le domaine des règles sociales communautaires.

5. L'harmonisation législative: base de l'action communautaire en santé au travail

34. Depuis l'adoption de l'Acte Unique en 1986, la santé au travail constitue un des éléments essentiels de la politique sociale communautaire. Dans ce domaine, l'objectif est l'harmonisation dans le progrès. Un tel objectif passe prioritairement par l'adoption de directives qui fixent des prescriptions minimales applicables dans l'ensemble des Etats membres. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres domaines, comme la politique de l'emploi, le Traité fixe des objectifs plus ambitieux que la simple convergence des politiques nationales.

L'harmonisation législative correspond à plusieurs exigences. Il s'agit de protéger la vie et la santé des travailleurs dans des conditions similaires dans les différents Etats communautaires. Il s'agit également d'éviter que la concurrence ne se fasse au détriment de la santé au travail et de garantir que la libre circulation des marchandises se fasse dans des conditions de santé et de sécurité.

35. De l'avis de la CES, le travail d'harmonisation législative dans le domaine du milieu du travail a connu une impulsion considérable dans la période qui a suivi l'Acte unique. L'adoption de la directive-cadre en 1989, l'adoption de directives particulières ont constitué des acquis importants qui ont représenté pour l'ensemble des Etats-membres une opportunité unique d'améliorer le cadre juridique de la santé au travail et de développer leurs dispositifs de prévention. Après 1992, l'harmonisation législative a marqué le pas pour différentes raisons. L'adoption des directives est devenue plus difficile en raison de fortes pressions visant à instaurer une « pause législative ». La création du groupe Molitor a reflété de telles pressions. Le rapport final établi par ce groupe exprimait une méfiance profonde à l'égard de l'harmonisation communautaire et les propositions qu'il formulait dans le domaine de la santé et sécurité ne tenaient nullement compte des objectifs sociaux du Traité. Par la suite, même si la virulence des polémiques s'est atténuée en raison notamment du changement de majorité gouvernementale au Royaume-Uni, d'autres initiatives ont été lancées (comme BEST et SLIM) qui risquent sous le prétexte de simplifier les directives existantes de porter atteinte à leur cohérence. Une telle situation a eu des conséquences dommageables du point de vue de la cohérence de l'intervention communautaire. Le retard mis à adopter la directive sur les risques chimiques, l'impossibilité d'adopter une directive couvrant l'ensemble des risques physiques qui a débouché sur l'adoption d'une position commune ne portant que sur les vibrations, l'abandon ou l'enlèvement d'une série de directives qui avaient fait l'objet d'une proposition de la Commission ou qui avaient été envisagées par celle-ci témoignent de ces difficultés. Il apparaît nécessaire aujourd'hui de compléter l'harmonisation législative en tenant compte des priorités suivantes :

A. assurer la cohérence de la législation communautaire sur la base des principes fondamentaux de la directive-cadre

36. Un certain nombre de matières restent couvertes par des directives adoptées avant la directive-cadre sur la base d'une approche différente. C'est le cas de l'ensemble des risques physiques à l'exception des vibrations. Une telle situation n'est pas acceptable. En particulier le bruit fait l'objet d'une directive qui, dès son adoption, a été considérée comme insuffisante par la C.E.S. et par plusieurs Etats-membres. Cette adoption constituait un compromis politique dont un des éléments était l'engagement de réviser dans des délais assez brefs les dispositions de la directive. Cette révision n'a pas fait l'objet de proposition de la part de la Commission qui estimait que l'adoption d'une directive concernant l'ensemble des facteurs physiques permettrait de résoudre les problèmes de compatibilité entre la directive sur le bruit de 1986 et la directive-cadre.

A lui seul, le bruit est la principale cause des maladies professionnelles reconnues et indemnisées dans la plupart des pays communautaires. Les données de l'enquête de la Fondation de Dublin sur les conditions de travail font état d'une légère progression du nombre de travailleurs soumis à un bruit intense durant au moins un quart de leur temps de travail dans l'Union Européenne (27 % en 1990 contre 29% en 2000). C'est pourquoi nous estimons indispensable la révision de la directive de 1986 sur le bruit et l'intégration des dispositions améliorées de celle-ci (notamment par un abaissement des valeurs-limites) dans le dispositif de la directive-cadre (champ d'application, suppression de la clause du "raisonnablement praticable", etc...). La nouvelle directive devrait tenir compte de l'approche globale de la directive-cadre: le bruit ne doit pas être considéré uniquement en que cause possible de lésion pour les fonctions auditives. C'est également un risque important du point de vue du bien-être au travail. Un niveau déterminé de bruit peut ne pas être dangereux pour l'ouïe mais provoquer des difficultés de concentration, de communication ou d'autres perturbations.

37. La directive concernant les risques des agents chimiques de 1998 a représenté un progrès important. Cependant l'expérience montre qu'elle n'est pas suffisante pour affronter efficacement les risques existants. La bonne application de cette directive dépend étroitement des règles du marché qui déterminent la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances et préparations.

Une trop grande dépendance à l'égard des règles du marché que nous examinerons plus loin créent des problèmes sérieux pour les catégories exclues par ces règles (produits pharmaceutiques et cosmétiques, munitions, additifs alimentaires, etc...). Elle concentre l'attention sur les substances et les préparations et rend difficile une approche qui tienne compte des combinaisons de substances et des combinaisons d'expositions.

Le tournant adopté par la Communauté en 1988 en décidant de privilégier l'adoption de valeurs-limites communautaires indicatives a donné lieu à deux types de problèmes. D'une part, l'élaboration de ces valeurs-limites est trop lente et les retards s'accumulent. D'autre part, l'on constate que même quand des valeurs-limites communautaires existent, les Etats-membres les considèrent comme de simples recommandations et continuent d'adopter des valeurs-limites nationales très divergentes. Une protection égale de tous les

travailleurs de l'Union Européenne constitue une priorité pour l'action syndicale de la CES. Cela implique l'alignement des valeurs-limites nationales au moins sur la valeur la plus basse et un effort plus systématique pour intégrer les exigences de la santé au travail dans la classification des substances et produits.

38. La directive concernant la protection des travailleurs exposés à l'amiante de 1983 (révisée en 1991) fait l'objet d'une nouvelle révision. Celle-ci est indispensable à la lumière des données concernant la protection très imparfaite assurée par les règles existantes. En particulier, il convient d'établir des mécanismes efficaces pour que tous les travaux de démolition ou de transformation soient effectués par des entreprises agréées par les autorités publiques et avec du personnel formé à cet effet. Dans ce domaine comme pour les autres risques cancérigènes, il faut que la valeur-limite communautaire corresponde en tout cas à la valeur-limite la plus basse actuellement fixée par une des quinze législations nationales (0,1 fibre par cm³ dans la législation française contre 0,2 fibre dans la proposition de la Commission). La révision de la directive ne devrait pas se limiter aux obligations des employeurs. Elle devrait permettre l'établissement rapide d'une base de données public des bâtiments contenant de l'amiante et fixer clairement les responsabilités des autorités publiques. L'Union Européenne devrait également adopter des mesures pour empêcher l'exportation de produits à base d'amiante vers d'autres régions du monde.

39. D'autres matières restent insuffisamment couvertes alors même que les données nationales indiquent qu'il s'agit de questions importantes en santé au travail. Ainsi, la directive sur le temps de travail apparaît comme un instrument insuffisant. Il conviendrait de la réviser en réduisant la durée maximale hebdomadaire du travail de 48 h à 44 h et de supprimer l'article qui permet des dérogations individuelles en dehors de toute convention collective. Seul un Etat de l'Union Européenne (le Royaume-Uni) a fait usage de cette faculté et elle est à l'origine de nombreux abus..

40. Les troubles musculo-squelettiques ont une importance considérable. La directive sur la manutention manuelle de charges ne couvre qu'une partie des facteurs contribuant à ces pathologies. En particulier, elle ne traite pas du travail monotone et répétitif. D'autre part, la prise en compte d'exigences ergonomiques dans les travaux de normalisation reste lente et difficile. Quels que soient les progrès qui pourraient être réalisés dans ce domaine, la nécessité de définir de façon plus précise les critères ergonomiques sur les lieux de travail ne pourra trouver une réponse dans la seule normalisation. Un certain nombre d'Etats (la Suède par exemple) dispose déjà de réglementations couvrant de façon plus adéquate les exigences ergonomiques. Une directive d'ensemble sur ces questions devrait être élaborée.

41. Les problèmes de santé mentale au travail apparaissent également de façon très aiguë. Des questions comme le stress ou le harcèlement moral justifient un approfondissement de l'action législative communautaire ainsi que des programmes d'action. Un meilleur équilibre entre le travail salarié et les autres aspects de la vie apparaît souvent comme un élément important pour aborder les problèmes de santé mentale au travail.

B. Etendre la législation communautaire en santé au travail à l'ensemble des travailleurs de l'Union Européenne.

42. La directive-cadre a représenté un progrès important dans de nombreux pays en définissant un champ d'application très large. Cependant, un certain nombre de travailleurs restent exclus -partiellement ou totalement- de la réglementation communautaire. Il nous semble important de revoir ces exclusions, d'en discuter le fondement et d'élaborer des propositions qui permettraient de couvrir de façon efficace et rationnelle les catégories exclues.

43. L'exclusion des travailleurs domestiques de la réglementation communautaire en santé au travail n'est pas justifiée. Si la spécificité du travail domestique ne permet pas d'appliquer de façon intégrale l'ensemble des dispositions prévues pour des entreprises, une exclusion générale ne constitue pas la réponse adéquate. Par exemple, rien ne permet de justifier que les travailleuses domestiques ne bénéficient pas d'un congé de maternité ou n'aient pas le droit à bénéficier d'une surveillance de santé si elles l'estiment nécessaire. Les quelques données disponibles sur le travail domestique rémunéré indiquent que celui-ci peut comporter des risques importants en santé au travail. De plus, la majorité des personnes travaillant dans ce secteur sont des femmes, avec souvent un niveau de scolarité peu élevé et, dans certains pays, avec un important pourcentage de personnes issues de l'immigration. Elles peuvent se trouver dans des situations d'isolement qui favorisent différents abus (harcèlement sexuel, non respect des périodes obligatoires de repos, etc...). La directive-cadre devrait être amendée de manière à supprimer l'exclusion des travailleurs domestiques. Les exceptions éventuelles justifiées à des dispositions de prévention (par exemple, une évaluation des risques faite par écrit par chaque employeur individuel) pourraient faire l'objet de dispositions spécifiques.

44. Actuellement les travailleurs indépendants sont exclus de la presque totalité des dispositions communautaires concernant la santé au travail. La CES s'est déjà exprimée sur ce point dans le cadre d'une consultation organisée par la Commission. Elle s'en tient au point de vue de la Charte sociale européenne élaborée par le Conseil de l'Europe selon lequel les travailleurs indépendants doivent être couverts de façon adéquate par les réglementations concernant la santé au travail. Elle rejette le point de vue de la Commission selon laquelle le Titre du traité consacré aux politiques sociales, et l'article 137 en particulier, excluraient par principe les travailleurs indépendants. Si tel était le cas, les règles communautaires pourraient être privés de tout effet utile puisqu'il suffirait pour un employeur qui désire les contourner de faire intervenir des travailleurs indépendants dans son entreprise plutôt que d'éliminer les risques.

45. Au-delà de la définition du champ d'application des règles communautaires, il faut garantir un accès effectif de tous les travailleurs au système de prévention. Actuellement ce n'est pas le cas dans la mesure où des conditions liées à la dimension des entreprises, aux secteurs ou à d'autres considérations font que de nombreux travailleurs européens ne

sont pas en mesure d'exercer pleinement les droits qui leur sont reconnus par les règles communautaires. Parmi les questions sensibles, nous voulons mettre en avant celles-ci:

a) la couverture des travailleurs par des représentants spécifiques en matière de santé et de sécurité reste très inégale. Les seuils retenus dans certains pays pour former des organes représentatifs sont trop élevés. Les droits à la formation, à l'information et à la consultation de ces représentants ne sont pas toujours garantis de façon efficace. L'existence de systèmes de représentation territoriale couvrant les petites entreprises reste limitée à quelques pays ou à quelques secteurs. En l'absence de système de représentation collective, les travailleurs ont énormément de difficulté à faire respecter leurs droits, à disposer de l'information suffisante et à participer à la politique de prévention. C'est pourquoi un objectif prioritaire est de mettre en place des systèmes de représentation territoriale et/ou sectorielle qui permette de couvrir de façon efficace l'ensemble des travailleurs de l'Union Européenne.

b) la couverture des travailleurs par des services multidisciplinaires de prévention est également très inégale. Les progrès sont lents et, dans certains pays, les transformations du système de production et du marché du travail ont même réduit le pourcentage des travailleurs qui ont accès à ces services. A plusieurs reprises, la CES s'est prononcée pour une application réelle de l'article 7 de la directive-cadre qui tient en compte le large champ de la prévention défini à l'article 6. L'expérience de plusieurs pays communautaires montre que la mise en place de services multidisciplinaires de prévention se heurte à de nombreux obstacles et que les formulations relativement peu précises de l'article 7 mériteraient d'être revues ou devraient être complétées par des dispositions plus précises. En particulier, la CES se prononce pour la ratification de la Convention n° 161 de l'OIT sur les services de santé au travail et pour une intégration des principes de cette Convention et la Recommandation correspondante dans les politiques communautaires. Nous considérons que les priorités sont les suivantes:

- extension de la couverture des services de prévention à l'ensemble des travailleurs;
- développement de la multidisciplinarité dans ces services;
- participation effective des travailleurs et de leurs représentants dans le fonctionnement de ces services;
- définition des missions de ces services par les autorités publiques de manière à garantir leur rôle préventif et sur la base d'une pleine indépendance professionnelle. En particulier, nous considérons que des pratiques comme le contrôle administratif de l'absentéisme, la sélection de la main d'œuvre sur la base de l'état de santé ou le recours à des tests génétiques sont incompatibles avec la mission préventive de ces services et remettent en cause le rapport de confiance avec les travailleurs. Nous réaffirmons la nécessité d'une intervention communautaire pour interdire l'utilisation des tests génétiques dans le cadre des rapports de travail.

c) les systèmes d'inspection du travail ne couvrent que de manière très inégale l'ensemble des travailleurs. Dans d'autres domaines (sécurité maritime dans les ports communautaires, environnement), la réglementation communautaire définit de façon plus précise le rôle des autorités publiques et des critères guidant l'intervention de celles-ci dans leurs fonctions de contrôle et de sanction. Il serait utile qu'une telle approche soit appliquée au domaine de la santé au travail.

d) la pratique montre que l'obligation de sécurité de l'employeur telle qu'elle est formulée par la directive-cadre ne répond pas à l'ensemble des problèmes posés par l'évolution du

travail. Le recours à des travailleurs indépendants ou à des travailleurs salariés d'entreprises extérieures, les multiples modalités de la sous-traitance créent des situations où le contrôle réel des conditions de travail n'est pas toujours exercé par l'employeur direct. Il serait utile d'étendre les obligations de l'employeur en matière de sécurité à l'ensemble des personnes sur les conditions de travail desquelles il exerce un contrôle. Les législations de différents Etats membres (notamment le Royaume-Uni) vont dans ce sens. De façon générale, il existe de nombreuses situations où le lien entre les clauses contractuelles commerciales entre deux entreprises (ou entre une entreprise et des travailleurs indépendants) exercent une influence directe et importante sur les conditions de travail. Il serait utile de tenir compte de celle-ci dans l'élaboration du droit communautaire. La directive sur les chantiers mobiles constitue un précédent positif de ce point de vue.

e) le faible niveau d'application des règles de santé et de sécurité dans la fonction publique reste préoccupant dans de nombreux pays communautaires. Les difficultés rencontrées pour identifier la personne sur qui repose l'obligation de sécurité, les faibles moyens financiers liés aux politiques de réduction budgétaire et d'autres facteurs contribuent à cette situation.

46. Les petites et moyennes entreprises méritent une attention particulière dans l'élaboration d'une stratégie de santé au travail. Il serait dangereux de développer des règles différenciées suivant la taille des entreprises. Le régime juridique de la protection de la santé au travail a tout à gagner à une homogénéité qui lui permette de couvrir l'ensemble des travailleurs. Par contre, les petites et moyennes entreprises posent un certain nombre de problèmes spécifiques en ce qui concerne l'application des règles existantes. Différentes approches méritent d'être combinées.

- (1) Les travailleurs de ces entreprises ont une expérience des problèmes de santé au travail qui doit être valorisée. Il est crucial de mettre en place des systèmes de représentation collective couvrant l'ensemble des PME. L'expérience positive des représentants régionaux pour la sécurité en Suède en témoigne. Ces entreprises ne sont pas isolées. Leurs activités impliquent des rapports de coopération et de sous-traitance divers. Une politique de santé et de sécurité qui dépasse les limites de chaque entreprise et intervient sur toute une chaîne de production peut être une réponse adéquate. Cela soulève des problèmes d'ordres divers: introduire des conditions relatives à la santé et à la sécurité dans les rapports contractuels entre entreprises; établir une responsabilité des donneurs d'ordre; disposer d'organismes de représentation des travailleurs qui reflète la réalité d'un travail "en chaîne" au-delà des limites de chaque entreprise.
- (2) Une approche territoriale et sectorielle de la santé au travail peut être mise en œuvre. Les expériences des services de prévention sectoriels au Danemark ou de l'intervention d'organismes locaux du système national de santé sur une base territoriale dans certaines régions italiennes peuvent constituer des exemples intéressants.
- (3) Plus encore que pour les grandes entreprises, l'existence de supports publics qui socialisent les expériences et promeuvent la santé au travail est importante. Il nous semble plus important de mettre à la disposition des entreprises et de leurs travailleurs des instruments d'intervention, plutôt que de financer des activités atomisées.

L'expérience des fonds pour le milieu du travail de différents pays scandinaves est utile à cet égard. Ces supports publics doivent être complétés par des mesures de contrôle adéquate. Une meilleure intégration des exigences de santé au travail sous forme de clauses sociales dans les marchés publics peut également jouer un rôle positif. En particulier, pour les travaux publics, il conviendrait de séparer systématiquement les estimations financières du coût des mesures de sécurité des autres éléments de coût de manière à ne pas permettre que la concurrence se fasse au détriment des mesures de sécurité.

6. Pour un examen de l'ensemble des moyens d'intervention communautaires

47. Si l'harmonisation par voie de directives constitue l'axe de l'action communautaire en santé au travail, d'autres moyens d'intervention ont également un rôle à jouer.

48. Le rôle des Etats membres reste évidemment déterminant. Il convient d'insister sur la responsabilité que chaque Etat dans le développement d'une stratégie nationale d'ensemble en santé au travail. Différentes expériences nationales montrent qu'il est utile de déterminer des objectifs précis pour rassembler les efforts de l'ensemble des acteurs (Danemark, Royaume-Uni, Pays-Bas, Espagne, notamment). Il est évidemment crucial que ces objectifs soient définis sur la base des besoins réels et qu'une évaluation sérieuse soit entreprise pour éviter de simples "victoires statistiques" sans signification claire en ce qui concerne la vie réelle et qui, dans les pires hypothèses, reposent sur des manipulations des chiffres. Souvent les plans d'action qui servent à atteindre les objectifs sont plus importants que les objectifs eux-mêmes. Des coopérations entre Etats pourraient s'établir en fonction d'objectifs déterminés (par exemple, dans la lutte contre les risques pour la santé reproductive ou contre les troubles musculo-squelettiques) ou par rapport à des secteurs d'activités déterminés (par exemple, travail hospitalier, construction, agriculture, nettoyage, transport routier, etc...). Dans ce cadre, des mesures visant à une coordination des politiques nationales de santé au travail autour d'objectifs communs pourraient être envisagées. La coopération entre les Etats membres dans la mise au point d'indicateurs permettant un suivi efficace de l'évolution des conditions de travail et de leur impact sur la santé contribuerait certainement à une meilleure politique communautaire. La méthode de la coordination pourrait également s'appliquer à des objectifs essentiels en ce qui concerne les moyens d'action publics (ressources et capacités des systèmes d'inspection du travail, des institutions publiques de recherche en santé au travail, des systèmes d'appui mis en place pour le développement pratique de la prévention, etc...).

49. Le dialogue social peut certainement contribuer à une meilleure application des directives tant au niveau sectoriel qu'au niveau intersectoriel. La CES a déjà formulé ses positions en ce qui concerne le recours au dialogue social dans le cadre des procédures législatives basées sur l'article 137 du Traité. S'il nous paraît clair que la formulation des garanties essentielles et la définition des règles techniques relèvent principalement des

directives, le dialogue a un rôle important à jouer dans les différentes questions liées à l'organisation du travail qui ont un impact en santé et en sécurité.

50. Sur la base d'échange d'expériences, l'Union Européenne pourrait également élaborer de façon plus systématique des documents d'accompagnement des directives qui fourniraient des orientations générales. Un tel moyen d'intervention a été assez peu utilisé jusqu'à présent (guide sur l'évaluation des risques, documents facilitant l'application des directives communautaires en ce qui concerne le choix des EPI, lignes directrices concernant l'évaluation des risques pour les travailleuses enceintes, etc...). Une clarification du statut de tels documents serait nécessaire dans la mesure où il ne devrait pas s'agir de simples opinions n'engageant pas la Commission (cas du document sur l'évaluation des risques) sans pour autant se substituer aux instruments juridiques communautaires qui formulent des règles contraignantes.

51. Le rôle de la normalisation européenne reste important. Il sera examiné dans le chapitre consacré aux équipements de travail.

52. Le rôle des différents organismes communautaires et leurs relations réciproques mériteraient également d'être rediscutés. Il s'agirait en particulier de veiller à un fonctionnement plus efficace et à une meilleure synergie entre le Comité Consultatif de Luxembourg, l'Agence de Bilbao, la Fondation de Dublin, le SLIC, le SCOEL, etc... L'association progressive des pays candidats à leurs activités devrait être précisée.

Il nous paraît évident que l'ensemble de ces organismes ne peuvent jouer pleinement leur rôle que si la Commission retrouve la capacité d'impulser la politique d'ensemble en ce qui concerne la santé au travail. Nous ne dissimulons pas notre inquiétude devant l'affaiblissement politique et matériel de la Commission dans ce domaine.

53. L'intégration de la santé au travail dans les politiques de recherche communautaire reste trop faible. Des domaines comme la toxicologie, l'épidémiologie ou l'ergonomie n'occupent généralement négligés par les politiques de recherche communautaire. Au-delà d'une liste de domaines qui mériteraient une attention plus importante, nous tenons à soulever des questions qui portent sur l'orientation et la méthode des programmes de recherche communautaire. La dimension de genre est souvent négligée, elle l'est complètement en santé au travail. Les connaissances propres, individuelles et collectives, des travailleurs ne sont pas valorisées dans ces politiques qui tendent à privilégier des partenariats entre la recherche universitaire et les entreprises. Cela pose des problèmes quant à l'identification des besoins sociaux auxquels répondent les recherches et quant à l'indépendance de celle-ci. Il nous paraît important de développer la coopération les institutions publiques et universitaires avec les organisations syndicales et d'autres organisations collectives (groupes environnementaux, organisations de femmes, etc...).

54. L'intervention des Fonds Sociaux communautaires dans les politiques d'amélioration des conditions de travail devrait être stimulée. En particulier, il conviendrait d'intégrer la santé et la sécurité tant dans les politiques de formation professionnelle que dans les politiques de l'égalité entre les hommes et les femmes.

7. Les rapports entre la santé au travail et les autres politiques communautaires

A. Quelques principes: interaction, spécificité et complémentarité

55. Il nous paraît important d'approfondir la discussion sur les rapports entre la santé au travail et les autres politiques communautaires. Les trois éléments qui caractérisent ces liens sont l'interaction, la spécificité et la complémentarité. Il serait erroné de nier un de ces éléments.

56. L'interaction signifie que les exigences de santé au travail doivent être prises en compte dans d'autres politiques communautaires de manière à ce que celles-ci atteignent leurs objectifs tout en garantissant une amélioration du milieu de travail.

57. La spécificité signifie que chaque politique correspond à des objectifs particuliers, qu'elle est mise en œuvre par des mécanismes propres et que l'on aurait tort de vouloir diluer la santé au travail dans une approche trop globale qui irait au-delà de sa raison d'être essentielle. Au cours de ces dernières années, de nombreux débats ont essayé de mettre en avant des notions comme la modernisation des entreprises, la compétitivité, l'emploi (ou, plus récemment, "l'employabilité") comme constituant des cadres globaux où pourrait s'inscrire la politique de santé au travail. Nous considérons que la légitimité fondamentale de la politique de santé au travail est la réduction des inégalités sociales face à la santé à travers l'élimination des risques sur les lieux de travail. Certes, la santé au travail interagit avec bien d'autres politiques mais il convient de ne pas la subordonner à d'autres objectifs aussi légitimes soient-ils.

58. La complémentarité signifie qu'il est possible de régler un certain nombre de problèmes de santé au travail en adoptant des règles qui, dans d'autres domaines, contribueront à l'élimination des risques à la source. Pour que cette complémentarité soit réelle, il faut se donner les moyens d'un retour d'expérience qui permette de vérifier si les objectifs fixés ont bien été atteints.

B. Les règles du marché et la santé au travail

59. La réglementation communautaire mise en place à partir de la deuxième moitié des années quatre-vingts repose sur deux grands corps de règles. Les unes concernent le marché, les autres les lieux de travail. Les règles du marché sont elles-mêmes divisées en deux groupes. Les unes concernent les substances et préparations chimiques, les autres concernent les équipements de travail et les équipements de protection individuelle. Ce dernier groupe de règles a été élaboré sur la base d'un ensemble de principes désignés comme la "nouvelle approche".

1°) éléments de bilan de la réglementation communautaire concernant les équipements de travail

60. L'application efficace de la réglementation du marché suppose l'implication d'un grand nombre d'acteurs différents: organismes de normalisation, organismes notifiés, concepteurs et fabricants, importateurs et responsables de la mise sur le marché, assembleurs et installateurs, organismes publics de contrôle et de sanction (y compris les douanes et le pouvoir judiciaire), employeurs, travailleurs et représentants des travailleurs, etc... La coopération entre tous ces acteurs est essentielle de même que la coopération entre les autorités publiques tant au niveau national qu'au niveau européen.

61. L'application de la réglementation communautaire est encore peu effective. Dans de nombreux cas, l'apposition du marquage CE ne garantit nullement le respect des exigences essentielles de sécurité. Ainsi d'après une enquête menée par l'inspection du travail suédoise en 1995 et portant sur 3000 machines mises en fonctionnement après janvier 1995, un tiers ne correspondait pas aux exigences de sécurité communautaires alors qu'environ 85 % portaient le marquage CE.

L'application insuffisante de la réglementation communautaire résulte parfois de son caractère incomplet, de ses imprécisions ou de ses zones d'ombre. Elle est parfois liée à la faible coopération entre les différents acteurs et à une articulation insuffisante entre l'expérience des lieux de travail et les mécanismes de régulation et de surveillance du marché. Elle s'explique souvent par la faiblesse des dispositifs de contrôle et de sanction mis en place par les Etats membres. Nous ne considérons pas que la "nouvelle approche" puisse servir de prétexte à un effacement des autorités publiques.

62. La surveillance de marché des équipements de travail et des équipements de protection individuelle est exercée dans les différents Etats membres suivant des modalités très variables. Que les acteurs institutionnels varient ne constituerait pas en soi un véritable problème si leur intervention était comparable en termes d'efficacité. Ce n'est malheureusement guère le cas. Certains Etats consacrent des ressources importantes à la surveillance du marché, d'autres la négligent gravement. La coopération entre les autorités publiques des différents pays qui assurent cette surveillance reste faible. La coopération entre ces autorités publiques nationales et les autorités communautaires est encore plus faible. A l'intérieur même des institutions communautaires, le niveau de coopération entre les différentes directions générales de la Commission (marché intérieur, affaires sociales, industrie, recherche et développement) est rarement adéquat.

63. La réglementation actuelle repose en partie sur les activités d'acteurs privés agissant sur un marché concurrentiel. Comme le montrent, dans un cadre réglementaire différent, les problèmes posés par la sécurité maritime, un marché concurrentiel d'organismes privés de contrôle (au sens large) vaut ce que vaut son maillon le plus faible. Dès lors qu'il existe des niveaux différents de contrôle, les acteurs privés qui peuvent raisonnablement estimer que leurs activités ne seraient pas conformes aux exigences requises risquent de s'adresser aux organismes les plus laxistes. Il nous semble essentiel

d'harmoniser et de renforcer les règles concernant les critères de qualité et les responsabilités des organismes notifiés et d'organiser une coopération effective entre les Etats membres, les institutions communautaires et ces organismes dans l'Union Européenne.

64. La normalisation technique joue un rôle crucial dans la nouvelle approche. Elle permet de limiter les directives à la définition d'exigences essentielles et est destinée à formuler les règles techniques qui devraient permettre de rencontrer ces exigences. La CES a toujours considéré que la normalisation technique constituait un enjeu social non négligeable pour le mouvement syndical. Sans participation syndicale, les organismes de normalisation n'arriveront jamais à prendre pleinement en compte les besoins des travailleurs. Le retour d'expérience du travail réel est décisif pour au moins deux raisons. Elle permet de vérifier si les normes abordent les questions de santé au travail dans toute leur complexité. Elle devrait aussi permettre d'analyser l'impact des normes sur les conditions de travail de manière à éviter qu'une "inflation du travail prescrit" qui renforcerait la division sociale entre "concepteurs" et "exécutants". C'est pourquoi la CES a créé le Bureau Technique Syndical qui stimule la coopération entre les différentes organisations syndicales dans le domaine de la santé et de la sécurité et anime notamment le réseau syndical européen sur la normalisation technique. Il faut cependant souligner que le niveau de cette participation reste globalement très faible. Dans de nombreux pays de l'Union Européenne, il n'existe aucune politique qui garantisse la participation syndicale dans le processus de normalisation. Quelques pays ont créé des organismes qui assurent un minimum de transparence à la normalisation (KAN en Allemagne, Eurogip en France) mais ces expériences restent malheureusement isolées.

65. Quoique l'objectif de la réglementation communautaire soit d'assurer la sécurité et la santé des utilisateurs d'équipements, les pratiques actuelles restent dominées par une vision restrictive de la sécurité. En particulier, l'intégration de critères ergonomiques dans la normalisation reste insuffisante. La norme EN 1050 qui joue un rôle important en définissant les principes de l'appréciation du risque par les concepteurs dans le domaine de la sécurité des machines reste faible dans l'intégration d'exigences ergonomiques. Elle propose une méthodologie peu adaptée aux problèmes soulevés par l'ergonomie et la référence qu'elle fait aux normes B ne permet pas de pallier les lacunes en raison des lacunes de ces normes dans le domaine de l'ergonomie.

66. De notre point de vue, les différentes modalités de réglementation du marché doivent nécessairement prendre en compte l'ensemble des questions de santé et elles doivent s'en donner les moyens tant par des collectes systématiques de données que par l'élaboration progressive de normes plus cohérentes du point de vue de la santé au travail. C'est pourquoi la mise en place de systèmes d'information concernant les rapports entre équipements et santé au travail constitue un défi important pour les prochaines années. Cela implique la collecte systématique de données dans les lieux de travail concernant les accidents, les incidents, les problèmes ergonomiques et d'autres aspects liés à la santé (par exemple, le bruit ou les vibrations) qui permettent d'identifier les problèmes posés par des équipements spécifiques. Actuellement, une telle collecte de données n'existe pas

au niveau européen même si dans certains Etats, des initiatives positives pourraient servir de base à une politique communautaire en la matière. Dans la plupart des pays, même les données concernant les accidents du travail sont insuffisamment exploitées. L'on sait généralement avec précision combien d'accidents se produisent en fonction du jour de la semaine, de l'heure ou du secteur d'activité. Les données existantes sont beaucoup plus vagues en ce qui concerne les équipements concernés et les circonstances précises de leur utilisation. Les déclarations d'accidents, qui constituent, suivant différentes modalités, une procédure obligatoire dans tous les Etats communautaires pourraient contribuer de façon beaucoup plus efficaces à l'organisation de la prévention.

Des systèmes d'information sur les équipements de travail devraient aussi permettre un meilleur choix de ceux-ci conformément aux directives concernant le milieu de travail. Ils permettraient tant aux employeurs qu'aux représentants des travailleurs de disposer d'une information plus complète et de ne pas se limiter aux seules informations fournies par les entreprises qui vendent les équipements. Les services de prévention, mis en place dans les différents pays sur la base de l'article 7 de la directive-cadre, auraient également un rôle important à jouer et permettraient une meilleure approche multidisciplinaire.

De tels systèmes d'information devraient être articulés avec l'évaluation des risques sur les lieux de travail. Il s'agit à la fois d'améliorer cette évaluation à partir de données socialisées sur les risques liés aux différents équipements et de permettre un retour systématique d'expérience des "lieux de travail" vers le "marché" et la "conception". Cette évaluation des risques - encore trop souvent conçue comme un exercice formel et bureaucratique - implique une participation des travailleurs. La récente initiative française concernant les fiches de signalement des accidents et problèmes qui sont élaborées par les représentants des travailleurs dans le cadre d'un système associant les autorités publiques et les organisations syndicales constitue certainement un exemple encourageant.

Grâce à la mise en place de systèmes d'information efficaces, les autorités publiques chargées de la surveillance du marché pourraient jouer pleinement leur rôle et devenir un maillon essentiel dans l'articulation entre les règles du marché et l'expérience des lieux de travail. Une approche systématique permettrait d'identifier quels sont les équipements qui ne correspondent pas aux exigences essentielles de sécurité parce qu'ils ne respectent pas les normes existantes et quels sont ceux qui, au contraire, révèlent des défauts ou des insuffisances dans les normes. De la sorte, l'activité de normalisation pourrait prendre en compte beaucoup plus systématiquement l'expérience du travail réel. Le renforcement de la participation syndicale aux activités de normalisation apparaît à cet égard comme une exigence complémentaire. Le BTS ne cesse d'attirer l'attention depuis des années sur la très faible application de la disposition de la directive machines qui prévoit une telle participation.

67. En ce qui concerne les équipements de travail, une des principales faiblesses du cadre réglementaire communautaire est constituée par l'absence de règles sur la mise sur le marché d'équipements d'occasion. Malgré l'importance de ce marché, plus de dix ans après l'adoption de la directive machines, aucune initiative communautaire n'est

annoncée dans ce domaine. Les pressions liées aux campagnes dérégulationnistes ont, sur ce point, fait céder la Commission. Il est illusoire de prétendre améliorer la santé et la sécurité au travail sans remédier à cette lacune. Actuellement, tout repose sur une fiction suivant laquelle il n'existerait pas de marché communautaire des machines d'occasion et, par conséquent, la législation particulière de chaque Etat membre suffirait à faire respecter les conditions de sécurité. Ajoutons à cela que les exigences de mise en conformité des équipements de travail dans les entreprises de l'Union Européenne semble bien avoir stimulé l'exportation d'équipements d'occasion dangereux vers des pays tiers et notamment vers l'Europe centrale et orientale.

68. La révision de la directive machines constitue une opportunité importante de tirer les leçons des problèmes que nous avons résumés ici. Malheureusement, la proposition de modification préparée par la Commission et les positions divergentes des Etats membres ne permettent pas de dégager un ensemble cohérent et efficace. La proposition ne la Commission supprime toute référence à l'accès des syndicats aux processus de normalisation dans son exposé des motifs. Les règles concernant les machines complexes devraient être renforcées et précisées. Une plus grande attention devrait être portée à l'ergonomie et à l'expérience des travailleurs. Le développement d'un système d'information basé sur les accidents devrait être considéré comme une priorité.

2°) Le marché des substances et préparations chimiques

69. Un problème comparable se pose en ce qui concerne la réglementation concernant les substances chimiques.

Les règles communautaires relatives au marché des substances chimiques reposent sur trois piliers:

- Règles concernant la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances et préparations dangereuses;
- Règles concernant la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses;
- Règles concernant l'évaluation des substances existantes et des substances nouvelles ainsi que l'élaboration de listes européennes de produits

Cette réglementation est complétée par:

- les règles concernant les risques d'accidents majeures dans certaines activités industrielles .
- les règles concernant le commerce international de certains produits chimiques dangereux (Règlements 1734/88, 428/89)

Bien que se situant dans un cadre différent de la réglementation concernant équipements de travail, une application efficace de ces règles suppose la collaboration d'un grand nombre d'acteurs privés et publics.

70. La pratique montre que la réglementation communautaire ne prend pas suffisamment en compte un certain nombre de "nouveaux effets" (immunologiques, endocrinologiques ou concernant le développement nerveux ou encore la reproduction). D'autre part, l'évaluation initiale des risques faite par le fabricant pour rédiger son dossier technique ne fait pas l'objet d'un contrôle suffisant de la part des autorités publiques. Des fabricants ne déclarent pas comme produits dangereux, de nouvelles substances qu'ils mettent néanmoins sur le marché alors que l'on peut à juste titre soupçonner leur dangerosité. Des enquêtes effectuées dans certains secteurs montrent des classifications incorrectes dans 25 % des cas et des erreurs d'étiquetage dans 40 % des cas. L'enregistrement des substances intermédiaires, c'est-à-dire, celles qui ne sont présentes que momentanément dans un processus chimique ne va pas sans risque, les fabricants donnant leur préférence à des tests réduits en la matière.

71. De façon générale, un des défauts du système mis en place est qu'il accorde une large marge de discrétion à l'industrie chimique et l'évaluation initiale du fabricant ou de tout autre notifiant ne bénéficie que très rarement d'une remontée systématique de l'information concernant les problèmes rencontrés par les utilisateurs. Une remontée systématique de l'information concernant les problèmes de santé au travail devrait être assurée dans l'Union Européenne. Cela implique, entre autres, qu'il y ait un lien plus solide entre la surveillance de santé assurée sur les lieux de travail, l'évaluation des risques aux niveaux national et communautaire assurée par des autorités publiques indépendantes et les règles du marché.

72. La complémentarité entre les règles du marché et les règles concernant les lieux de travail doit être définie en fonction d'un objectif principal qui est celui de la défense de la santé. Un tel objectif justifie des restrictions au principe de la liberté du commerce de la part des Etats-membres. Nous considérons que l'arrêt du 11 juillet 2000 de la CJCE (ToolexAlpha) formule clairement ce principe et qu'il devrait servir de base aux progrès de la politique communautaire dans ce domaine.

C. L'égalité entre hommes et femmes et la santé au travail

73. La division sexuelle du travail constitue un des déterminants essentiels de l'organisation du travail. En règle générale, le travail n'est pas mixte. Hommes et femmes ne sont pas répartis de façon égale entre les secteurs d'activité, les postes de travail, les niveaux de responsabilité et les formes d'emploi. De même, si l'on tient compte de la durée totale de la vie de travail et du déroulement des carrières, des différences sensibles caractérisent la situation respective des hommes et des femmes.

Il existe un lien étroit entre les questions liées à l'égalité et celles qui relèvent de la santé au travail. Une inégale distribution du travail entraîne des risques différenciés, un inégal accès au pouvoir implique une invisibilité accrue des risques des travailleuses. D'autre part, la dénégligence des risques et des atteintes à la santé s'appuie fortement sur la division sexuelle du travail. Pour les travaux masculins, l'exaltation de la virilité et des stéréotypes qui lui sont associés (force, courage, etc...) permet de banaliser une partie des risques et opère, dans certaines professions, une véritable sélection entre les travailleurs.

Pour les travaux féminins, le recours à des stéréotypes permet tout à la fois de nier les qualifications réelles (et, par là, de justifier les inégalités salariales et la faible participation aux décisions) et les risques pour la santé de tâches décrites comme “ naturellement féminines ”.

L'accès massif des femmes au travail salarié au cours de ces vingt-cinq dernières années n'a pas modifié fondamentalement la structure inégalitaire du marché du travail. La ségrégation sexuelle du travail n'a guère été affectée. Pire, elle a parfois été renforcée et c'est dans les pays scandinaves, où par ailleurs les taux de participation des femmes au travail salarié sont les plus élevés, que cette ségrégation est la plus marquée

De plus, les politiques d'austérité menées au cours de ces deux dernières décennies ont affecté plus particulièrement les femmes. Dans leurs conditions de vie, parce qu'elles assurent l'essentiel du travail de reproduction sans bénéficier d'infrastructures de socialisation suffisantes. Dans leur situation économique, parce qu'elles dépendent plus que les hommes des mécanismes de redistribution (en raison de la non rémunération du travail de reproduction et d'une rémunération inférieure dans le travail salarié). Et dans leurs conditions de travail, en raison de leur concentration dans des secteurs publics ou dépendant de ressources publiques qui ont été frappés de plein fouet par les restrictions budgétaires (santé, services sociaux, enseignement, etc...).

L'évolution de la division du travail entre hommes et femmes dans le travail domestique non rémunéré est très lente. Elle est probablement plus liée à la crise de la famille traditionnelle – qui apparaît de moins en moins comme le modèle unique de vie pour les adultes – qu'à une redistribution du travail et des rôles en son sein. Les effets du travail domestique sur la santé sont rarement traités. L'on observe généralement un état de santé physique et mentale plus précaire des femmes qui n'assurent que des tâches domestiques.

L'interaction entre le travail domestique non rémunéré et le travail salarié constitue un élément important si l'on veut comprendre l'impact différencié des conditions de travail sur la santé des hommes et des femmes. Ainsi, les politiques de flexibilité du temps de travail contribuent généralement à la précarisation accrue du travail des femmes et, dans certains cas, elles peuvent entraîner l'expulsion de nombreuses femmes de certaines entreprises. Un autre élément d'interaction se trouve dans les contenus mêmes des travaux salariés à prédominance féminine qui constituent dans une certaine mesure le prolongement des activités domestiques: tâches répétitives, soins du corps et autres services aux personnes, attitudes de soumission, disponibilité, flexibilité.

Jusqu'à présent, la politique d'égalité des chances et la politique de santé au travail ont été conçues de façon séparée sans pleinement tenir compte des interactions entre leurs objectifs respectifs. Pratiquement le seul domaine où cette interaction a été reconnue concerne la maternité. La directive adoptée en 1992 a constitué un compromis entre différentes approches. Dès son adoption, il était clair que le compromis était provisoire et qu'il devrait faire l'objet d'une révision. La CES se prononce pour une amélioration de cette directive qui tienne compte des problèmes révélés par son application dans les différents pays. La CES soutient la résolution du Parlement Européen de juillet 2000 concernant la révision de cette directive. Le contenu de la directive devrait être clarifié de manière à ce qu'une évaluation des risques concernant la maternité soit réalisée dans toute entreprise où travaille une femme. Le congé de maternité devrait être porté à 20 semaines. La CES se prononce pour l'interdiction de tout licenciement pendant la

grossesse et pendant une période de protection qui s'étend jusqu'à trois mois au-delà des périodes de congé lié à la grossesse.

La mixité du travail (des secteurs, des fonctions et des niveaux de responsabilité) est une condition indispensable à une égalité réelle entre les hommes et les femmes de la même manière qu'un partage effectif des activités non rémunérées et une représentation égale dans la décision politique.

En santé au travail, une approche sensible au genre doit être développée dans les politiques communautaires. Cela signifie qu'il faut recueillir des données pertinentes, entreprendre des recherches pour vérifier les liens entre les différents problèmes de santé au travail et la division sexuelle du travail et élaborer des règles de prévention dans des domaines insuffisamment couverts qui concernent plus particulièrement le travail des femmes. Le critère d'un travail compatible avec la santé est qu'il soit organisé dans des conditions telles que les deux genres y aient accès pour la durée normale d'une vie professionnelle sans qu'il ne porte atteinte à leur santé.

D. Les politiques de l'emploi et la santé au travail

74. Au cours de ces deux dernières années, la Commission a insisté sur les liens entre les politiques de l'emploi et la santé au travail. Sans entrer ici dans une discussion sur le concept "d'employabilité", nous tenons à souligner les éléments suivants.

1°) Les politiques de l'emploi et la santé au travail constituent deux priorités communautaires distinctes répondant à des mécanismes d'intervention différents. La politique de l'emploi ne vise pas à une harmonisation dans le progrès des cadres juridiques nationaux existants. Ses aspects transnationaux sont réels mais limités. Elle repose essentiellement sur la création d'un cadre politique de convergence.

2°) Les dispositions adoptées en santé au travail peuvent certainement contribuer à la politique de l'emploi dans la mesure où la qualité du travail est un facteur qui accroît l'accès à l'emploi et le maintien de l'emploi dans des conditions compatibles avec la santé. Un meilleur environnement du travail réduirait certainement l'exclusion d'un certain nombre de personnes qui subissent différentes formes d'invalidité ou d'usure physique et mentale. Dans un certain nombre de cas, le chômage de longue durée est lié à des problèmes de santé provoqués par des conditions de travail antérieures. C'est pourquoi, les dispositions communautaires en santé au travail pourraient être améliorées dans certains domaines.

- En particulier, il faudrait mesurer la cohérence des mesures de prévention par rapport à la durée normale d'une vie professionnelle entière. Autrement dit, des conditions de travail ne sont acceptables que si elles permettent le maintien au travail des personnes jusqu'à l'âge de leur retraite sans porter atteinte à leur santé. Il est probable que sur la base de tels critères, les politiques de prévention seraient beaucoup plus exigeantes (et plus efficaces). En effet, des conditions de travail peuvent être acceptables du point de vue de la protection immédiate de la santé d'une personne jeune et vigoureuse tout en étant inacceptables par rapport à leurs effets cumulés tout le long de la vie professionnelle de cette même personne. Le turn over est parfois un excellent

indicateur de cette incompatibilité à moyen ou long terme: il est pratiquement exclu de travailler dans le bâtiment jusqu'à l'âge normal de la retraite et l'on imagine mal des personnes qui travailleraient dans des call centers pendant de nombreuses années. De même, il existe un phénomène connu d'usure de la santé par le travail de nuit qui fait que des travailleurs vieillissant rencontrent des difficultés croissantes à maintenir un travail de nuit. Si l'on ajoute aux exigences de santé physique, les questions qui relèvent de la santé mentale et du bien-être, l'on constatera que la formulation actuelle des obligations de l'employeur manque de précision dans la plupart des législations nationales et dans les directives communautaires.

- L'intégration de la dimension de genre nous paraît également essentielle. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a déjà été indiqué plus haut.
- L'intégration de personnes handicapées sur les lieux de travail constitue une autre priorité qui n'a pas fait l'objet jusqu'à présent de la moindre directive communautaire ! Cette abstention est particulièrement choquante. La seule directive proposée en la matière (sur le transport des travailleurs handicapés) reste bloquée depuis une douzaine d'années par le Conseil. Il serait souhaitable que la Commission formule des propositions sur la base du nouvel article 137 du Traité. Une politique communautaire qui se limiterait aux échanges d'expériences et à la promotion de bonnes pratiques est condamnée à l'inefficacité dans ce domaine. A cet égard, la protection de l'emploi des victimes d'accidents du travail ou de maladies du travail (avec des obligations d'adaptation du poste de travail ou de reclassement dans l'entreprise) devrait également constituer une priorité.
- La sélection sur la base de l'état de santé constitue une pratique préoccupante qui contredit l'exigence de l'adaptation du travail à la personne. Dans ce domaine aussi l'on peut observer une certaine inertie de la part des institutions communautaires (ainsi que des pratiques condamnables au sein de la fonction publique communautaire comme le recours à des tests VIH lors du recrutement de fonctionnaires).

3°) Par ailleurs, les politiques de l'emploi devraient également être évaluées par rapport à leur impact sur la santé au travail. Partout en Europe, le recours à des contrats "atypiques" et un certain nombre de politiques de flexibilité ont impliqué une véritable précarisation du travail dont les conséquences sur la santé sont très nocives. Une réévaluation critique de ces politiques, la définition d'un cadre juridique plus précis et plus exigeant (concernant notamment le travail intérimaire) devraient intégrer l'expérience acquise jusqu'à présent en santé au travail.

E. La sécurité sociale et la santé au travail

75. Depuis 1962, l'Union Européenne a adopté différentes Recommandations visant à harmoniser les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles. La dernière en date remonte à 1990 et elle devrait être adaptée prochainement. Le niveau d'application réelle de ces recommandations reste faible et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles constitue une caractéristique générale en Europe. Une enquête récente de l'organisme français EUROGIP illustre les énormes inégalités causées par l'absence d'harmonisation des systèmes de reconnaissance des maladies professionnelles. Ainsi, en Grèce en 1996, l'on a reconnu 4 maladies professionnelles par 100.000

travailleurs tandis qu'en Belgique, l'on en a reconnu 136 (en 1997). D'autres inégalités méritent d'être mentionnées. Les maladies professionnelles des travailleuses sont nettement moins reconnues que celles de leurs collègues masculins. Chaque pays semble "privilégier" un petit nombre de maladies sans que cela ne s'explique par des données objectives concernant les activités économiques.

Un exemple illustre les conséquences absurdes du mauvais fonctionnement des systèmes de reconnaissance des maladies professionnelles. En juillet 1962, l'Italie a adopté une loi transitoire pour indemniser les mineurs italiens qui avaient travaillé en Belgique et qui étaient rentrés dans leur pays, victimes de la silicose. Cette loi était destinée à répondre à un besoin urgent en attendant la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle par la Belgique. Près de 40 ans plus tard, cette loi n'a pas pu être abrogée car les conditions posées par le système belge pour la reconnaissance et l'indemnisation de la silicose sont plus restrictives que les conditions posées par le système italien. L'Italie continue donc à indemniser des milliers d'anciens mineurs pour des maladies causées par leur travail en Belgique.

Le système mixte qui devrait permettre de reconnaître des maladies professionnelles ne figurant pas sur les listes des "systèmes fermés" n'a pas donné des résultats significatifs. Au plan individuel, cela signifie qu'un nombre de victimes ne reçoivent pas une indemnisation adéquate. Au plan collectif, cela implique que le travail de prévention est entravé par l'occultation d'un certain nombre de pathologies liées au travail. Au plan économique, cela signifie qu'une partie importante des coûts résultant de mauvaises conditions de travail ont été transférés vers les victimes ou vers la branche "santé" des systèmes de protection sociale. Du point de vue de l'égalité enfin, il est significatif que plus les systèmes de reconnaissance des maladies professionnelles sont restrictifs, moins les travailleuses y ont accès.

Pour toutes ces raisons, il convient de s'interroger sur la pertinence d'une politique reposant sur des instruments non contraignants alors qu'il existe aujourd'hui, de façon incontestable, la possibilité d'adopter des directives sur la base de l'article 137 du Traité.

F. La santé publique et la santé au travail

76. La reconnaissance des conditions de travail comme un des déterminants sociaux de la santé n'est pas suffisamment réalisée dans les politiques communautaires de santé publique. Différentes opportunités ont été perdues en matière de prévention du cancer ou dans le domaine de la santé des femmes. A l'avenir, tout en maintenant la spécificité des deux domaines d'intervention, il conviendrait de réaliser une meilleure interaction entre eux.

77. La promotion de la santé sur les lieux de travail peut constituer un instrument utile pour les politiques de santé publique. Elle devrait permettre d'aborder de façon intégrée les interactions entre les facteurs liés au travail et les autres facteurs de santé (effets du travail domestique non rémunéré, conditions de vie dont l'expression sous la forme de

"styles de vie" individuelle est rarement étrangère à des conditions sociales plus générales, etc...). La promotion de la santé sur les lieux de travail implique la coopération d'une série d'acteurs: les travailleurs et leurs représentants, les employeurs, les services de prévention en santé au travail, les dispositifs de santé publique, etc... Elle ne doit pas être conçue à partir d'une approche centrée sur les individus et devrait déterminer ses priorités à partir de deux éléments principaux: la perception collective des travailleurs de leurs besoins en matière de santé et des données d'épidémiologie sociale liées à la mise en place de politiques territoriales ou communautaires de santé publique. En aucun cas, elle ne doit déboucher sur une approche disciplinaire qui remettrait en cause la confiance que les travailleurs doivent avoir dans les services de prévention. Une attention particulière doit être apportée aux programmes concernant la prévention des abus de drogue ou de l'alcoolisme sur les lieux de travail de manière à ce que ceux-ci développent une approche préventive, basée sur la participation des travailleurs plutôt qu'une approche répressive de contrôle et de sanction.

G. L'environnement et la santé au travail

78. La crise écologique illustre de façon aiguë les limites de notre modèle de développement économique qui sacrifie les besoins de l'humanité à la réalisation immédiate de profits. Comme la santé au travail, elle pose le problème de la création de mécanismes de contrôle social sur les activités économiques. Dans de nombreux domaines, la défense de l'environnement est liée à la lutte pour la santé au travail. Cela apparaît de façon évidente en ce qui concerne les risques chimiques: les facteurs de pollution environnementaux constituent presque toujours des dangers pour les travailleurs qui y sont exposés. En ce qui concerne la politique des transports, la priorité accordée au transport routier est inséparable de caractéristiques structurelles de ce secteur. Il assure une flexibilité maximale pour le transport des marchandises à un prix qui sacrifie tant l'environnement que la santé des travailleurs. De même les transformations de l'agriculture associent les nuisances environnementales liées à des méthodes d'industrialisation de la production agricole et une détérioration des conditions de travail pour de nombreux travailleurs de ce secteur.

Un objectif prioritaire pour les syndicats est d'établir des mécanismes de participation des travailleurs qui permettent d'étendre les compétences des représentants pour la santé au travail au domaine de l'environnement. Dans certains pays communautaires, des progrès ont été réalisés dans cette direction. L'environnement a été intégré, dans des mesures variables, aux thèmes couverts par les représentants des travailleurs en matière de santé et de sécurité et fait parfois l'objet de négociations collectives. La révision de la directive Seveso devrait prendre en considération, plus que cela n'a été fait jusqu'à présent, le rôle des travailleurs et de leurs représentants dans la défense de l'environnement.

8. Les dimensions internationales de la politique communautaire de santé au travail

A. L'élargissement de l'Union et la santé au travail

79. L'élargissement de l'Union représente un défi important dans le domaine de la santé au travail. Nous considérons que le processus de réception de l'acquis communautaire ne doit pas se limiter à une transposition réglementaire. Il doit se traduire par une amélioration réelle des situations nationales. Cela exige une coopération efficace avec les Etats membres et les institutions communautaires. Il serait illusoire de penser qu'un tel processus puisse être mené à bien sans l'allocation de ressources significatives. A plusieurs reprises, la CES s'est prononcée pour la constitution d'un Fonds communautaire pour l'amélioration du milieu de travail. Nous pensons que le contexte de l'élargissement rend cette proposition particulièrement actuelle.

Autant le mouvement syndical est attaché à une réelle application des règles concernant la santé au travail dans les pays qui adhèrent à l'Union Européenne, autant il est opposé à une approche paternaliste qui reposerait sur des règles inégales. Les critères concernant la transposition et l'application doivent être les mêmes dans les Etats-membres actuels et dans les pays en voie d'adhésion. Nous sommes opposés à ce que dans les pays candidats, la Commission ou d'autres institutions exercent des pressions ou des contrôles qu'ils n'exercent pas dans les Etats membres. Le bon fonctionnement des systèmes d'inspection du travail, l'existence d'une politique nationale cohérente de santé au travail, un système de sanctions efficaces, dissuasives et proportionnées sont certainement des préconditions pour l'application des directives concernant la santé au travail. Cela est vrai tant dans les pays candidats que dans les Etats membres. C'est pourquoi nous considérons que la Commission doit adopter une politique d'ensemble sur ces problèmes et devrait éviter une sorte de vision néo-coloniale selon laquelle le "bon modèle" des Etats membres actuels doit être reproduit par les nouveaux adhérents. Au contraire, notre bilan de l'application des directives montre l'ampleur des problèmes dans les actuels Etats-membres et il s'agit d'élaborer une stratégie d'ensemble qui permette de répondre aux besoins de l'ensemble de l'Union Européenne élargie.

Ce que nous avons dit sur les interactions entre la santé au travail et les autres politiques communautaires s'applique aux politiques liées à l'élargissement de l'Union Européenne. Les privatisations, l'austérité budgétaire, la réduction de certains droits sociaux et le démantèlement de secteurs entiers de l'économie ont des conséquences négatives en santé au travail. Il s'agit donc d'élaborer des politiques qui soient compatibles avec un développement humain soutenable dans toutes ses dimensions, y compris lorsque c'est nécessaire à l'encontre des intérêts des entreprises multinationales européennes qui investissent en Europe centrale et orientale. Il s'agit surtout de contrecarrer l'évolution vers une division du travail marquée entre des pôles de développement et des zones où se concentrent la pauvreté, des réserves de main d'œuvre bon marché et peu qualifié, des activités productives à faible valeur ajoutée et avec de mauvaises conditions de travail. Ce problème existe déjà dans l'Union Européenne actuelle mais il risque de se poser de façon beaucoup plus forte après l'élargissement.

B. Les rapports avec les organisations internationales

1°) Pour une coopération plus systématique avec l'OIT

80. Il serait illusoire de vouloir assurer une réglementation communautaire de haut niveau en santé au travail sans renforcer les normes internationales du travail élaborées au sein de l'OIT. Par le passé, différents conflits ont éclaté en raison de la volonté de la Commission de consacrer une priorité absolue à la réglementation communautaire. Les rapports entre la réglementation communautaire et les conventions de l'OIT ont été définis avec précision par la CJCE, principalement dans son avis du 19 mars 1993. Tant les directives communautaires que les conventions de l'OIT définissent des exigences minimales et les principes du droit du travail communs aux Etats membres permettent toujours d'aller au-delà de ces exigences minimales. Ce principe permet de résoudre d'éventuels conflits entre les deux sources normatives. Chaque fois qu'une Convention de l'OIT va au-delà d'une directive, l'Etat qui la ratifie sera tenu de respecter le niveau minimal de la Convention; chaque fois qu'une directive va au-delà d'une Convention de l'OIT, le seuil minimal sera défini par la directive. Il faut cependant constater que la faible quantité de ratifications des conventions de l'OIT par les Etats membres est préoccupante. L'adoption par la Commission de la recommandation du 27 mai 1998 concernant la ratification de la Convention n° 177 sur le travail à domicile a constitué un signal politique positif. Malheureusement, le choix de l'instrument n'était pas adéquat et n'a pas permis d'atteindre l'objectif poursuivi. Seules l'Irlande et la Finlande ont ratifié cette convention jusqu'à présent.

Par ailleurs, les débats entourant l'adoption de différentes conventions ont mis en lumière la grande diversité des positions défendues par les gouvernements des Etats de l'Union y compris dans des domaines où il existe des directives communautaires (protection de la maternité). A cet égard, il serait utile que les institutions communautaires coopèrent plus étroitement avec les Etats membres pour définir des positions communes concernant l'adoption de nouvelles conventions à l'OIT. Cette politique commune devrait aussi porter sur la ratification des conventions existantes et leur application.

2°) Pour une évaluation des effets potentiels des accords de l'OMC sur la politique communautaire de santé au travail

81. Il faut tirer les leçons de l'affaire de l'amiante. Le rapport de l'Organe d'Appel de l'OMC est positif sur le cas précis du décret français interdisant l'amiante. Par contre, il ne fait que reporter les échéances sur les autres problèmes. Il serait essentiel que la politique communautaire concernant l'Organisation Mondiale du Commerce tienne compte des impératifs de sauvegarde de la santé et de la sécurité plus qu'elle ne l'a fait

jusqu'à présent. Nous considérons que l'accord de l'OMC sur les Obstacles Techniques au Commerce constitue un danger réel pour le système communautaire de régulation des marchés tant dans le domaine des équipements de travail que dans celui des substances chimiques. A cet égard, il faut constater que les dispositions de cet accord sont de nature à faciliter les pressions des Etats-Unis ou d'autres pays en vue d'un affaiblissement des instances européennes de régulation au profit d'instances internationales (notamment l'ISO). La caractéristique de ces instances internationales est qu'elles fonctionnent, beaucoup plus encore que les organismes européens correspondant, en fonction des seules préoccupations économiques des entreprises multinationales dominantes. Il serait utile que la Commission précise la portée de cet accord, qu'elle évalue les conflits possibles avec l'acquis communautaire et qu'elle fasse des propositions en vue d'inclure des clauses de sauvegarde plus consistantes en faveur de la santé, de la sécurité et de la défense de l'environnement. Tout mandat de négociation donné par le Conseil à la Commission devrait tenir compte de ces éléments de manière à ne pas permettre une négociation future où les considérations commerciales l'emportent sur la santé.

C. Les rapports avec les autres pays ou organisations régionales

82. L'Union Européenne devrait inclure les questions de santé au travail dans les accords qu'elle passe avec d'autres pays ou des organisations régionales. Elle devrait également veiller à ce que les entreprises de l'Union qui investissent dans des pays tiers respectent les règles fondamentales en matière de santé au travail. Par ailleurs, l'Union Européenne exporte également des équipements de travail neufs et d'occasion, des substances et préparations chimiques et d'autres biens qui sont utilisés par les travailleurs d'autres parties du monde. L'ensemble de ces bien devraient satisfaire des exigences de sécurité au moins équivalentes à celles qui existent sur le marché communautaire (et supérieures si les réglementations nationales des pays importateurs sont plus exigeantes). La perspective de l'élargissement montre qu'une cohérence entre la politique du marché intérieur et la politique commerciale vers l'extérieur est plus indispensable que jamais. Nous considérons que l'interdiction de l'amiante dans l'Union Européenne doit être accompagnée par une politique garantissant que les entreprises européennes ne transfèrent pas les risques vers d'autres parties du monde.

POUR UNE RELANCE DE LA POLITIQUE COMMUNAUTAIRE EN SANTE AU TRAVAIL 1
 (contribution du groupe travailleurs du Comité Consultatif pour la Santé et la Sécurité de Luxembourg à l'élaboration du programme d'action communautaire en santé et sécurité)
 **Error! Bookmark not defined.**

1. Un bilan préoccupant des conditions de travail et de leur impact sur la santé 3

2. La relance des débats nationaux et des mobilisations sociales 5

| | |
|--|-----------|
| 3. La nécessité d'un débat politique communautaire | 8 |
| 4. Pour un bilan de l'application des directives | 10 |
| 5. L'harmonisation législative: base de l'action communautaire en santé au travail..... | 12 |
| A. assurer la cohérence de la législation communautaire sur la base des principes fondamentaux de la directive-cadre | 13 |
| B. Etendre la législation communautaire en santé au travail à l'ensemble des travailleurs de l'Union Européenne | 15 |
| 6. Pour un examen de l'ensemble des moyens d'intervention communautaires | 18 |
| 7. Les rapports entre la santé au travail et les autres politiques communautaires | 20 |
| A. Quelques principes: interaction, spécificité et complémentarité | 20 |
| B. Les règles du marché et la santé au travail..... | 20 |
| 1°) éléments de bilan de la réglementation communautaire concernant les équipements de travail..... | 21 |
| 2°) Le marché des substances chimiques | 24 |
| C. L'égalité entre hommes et femmes et la santé au travail..... | 25 |
| D. Les politiques de l'emploi et la santé au travail | 27 |
| E. La sécurité sociale et la santé au travail | 28 |
| F. La santé publique et la santé au travail..... | 29 |
| G. L'environnement et la santé au travail | 30 |
| 8. Les dimensions internationales de la politique communautaire de santé au travail..... | 31 |
| A. L'élargissement de l'Union et la santé au travail..... | 31 |
| B. Les rapports avec les organisations internationales | 32 |
| 1°) Pour une coopération plus systématique avec l'OIT | 32 |
| 2°) Pour une évaluation des effets potentiels des accords de l'OMC sur la politique communautaire de santé au travail..... | 32 |
| C. Les rapports avec les autres pays ou organisations régionales..... | 33 |