



Les troubles musculo-squelettiques en Europe: les syndicats en action

Giulio Andrea Tozzi*

Nous sommes dans une période de changements technologiques et surtout organisationnels de la production, qui engendrent une aggravation des conditions de travail et la précarisation d'un nombre important de travailleurs. Ces transformations montrent, dans tous les pays développés, une croissance exponentielle des affections, telles que le stress et les troubles musculo-squelettiques (TMS), liées aux aspects gestionnels du travail. Celles-ci deviennent les principales maladies causées par le travail, révélant une rupture entre l'organisation du travail, la conception des tâches, la charge et les horaires de travail, et les capacités des travailleurs.

Le nombre croissant de travailleurs affectés par des TMS semble en effet témoigner d'une véritable épidémie en Europe et ailleurs. L'état des connaissances scientifiques nous offre aujourd'hui suffisamment d'éléments sur la corrélation positive entre TMS et conditions de travail, surtout en termes de facteurs physiques mais aussi organisationnels et sociaux, et sur la possibilité d'agir efficacement pour en réduire les causes (NIOSH, 1997; National Research Council, 1998).

C'est ce qu'a fait la Confédération Européenne des Syndicats (CES) en lançant une campagne de sensibilisation et d'action sur les troubles musculo-squelettiques (voir encadré ci-dessous). Diverses actions ont été menées par ses organisations affiliées dans les différents Etats membres de l'Union européenne et le BTS a mené une enquête avec l'aide d'interlocuteurs experts dans plusieurs pays, dont les éléments qui suivent sont issus en grande partie.

Deux questionnaires ont été envoyés à des experts syndicaux et à diverses institutions: le premier, soumis en 1997, visait à obtenir des informations sur les aspects législatifs, les données quantitatives disponibles, les actions syndicales, les difficultés et les besoins pour des stratégies de prévention, ainsi que les possibilités d'indemnisation et de protection légale. Le deuxième, soumis en 1998, était plutôt destiné à établir un inventaire des projets de campagnes syndicales sur les TMS qui a servi de base aux séminaires de la Campagne de la CES organisés les 17 et 18 mars et 5 et 6 mai 1998, à Bruxelles.

Une campagne européenne de sensibilisation

La CES avait lancé l'idée d'une campagne syndicale européenne de sensibilisation et d'action dans le domaine des TMS lors d'un séminaire à Manchester en 1996. Une "task force" transnationale de coordination et d'échange pour la préparation de la campagne a été mise en place en 1997. Elle a défini la structure de deux séries de journées de formation participative et un questionnaire pour récolter des données sur les activités syndicales sur les TMS menées au niveau national.

La première formation (17-18 mars 1998, à Bruxelles) a rassemblé 18 participants de 14 pays provenant de 17 organisations nationales et de la Fédération européenne du textile. Elle a été introduite par une description des principaux TMS et des méthodes pour les prévenir par *N.Cock*, suivie d'une analyse des premiers résultats de l'enquête menée par le BTS sur base des questionnaires, de la description par *Owen Tudor* de l'expérience de campagne du TUC et finalement d'un exposé de *Giovanni Cesario* sur les caractéristiques d'une campagne de communication sociale. Les participants

ont proposé des objectifs, des modalités et des ressources pour entamer des actions et se sont engagés à consulter leurs organisations pour définir des actions concrètes, répartir les compétences et fixer un calendrier d'action pour le séminaire suivant.

Pendant la deuxième rencontre (5-6 mai 1998, à Bruxelles), les participants ont présenté leurs programmes d'action et les engagements pris. Ils ont préparé une liste de domaines où la négociation pour la prévention des TMS pourrait se développer, ainsi que les besoins en formation. Ils ont également proposé une structure pour la campagne et formulé des demandes d'outils à préparer par la CES et le BTS (brochures, Newsletter, formations, etc.). Enfin, une répartition des tâches couvrant les différents aspects de la campagne a eu lieu entre les syndicats nationaux.

La discussion a été reprise dans le Comité environnement de travail de la CES en septembre 1998 et en avril 1999.

*chargé de recherche au BTS,
gatozzi@etuc.org



Premier questionnaire – réponses reçues des syndicats et d'autres organismes: AK (Autriche), CC.OO. (Espagne), CFDT (France), CGT-FO (France), CFE-CGC (France), CGT-L/LCGB (Luxembourg), DBFT (Danemark), FGA-CFDT (France), FILTA-CISL (Italie), GHBV (Allemagne), HIOHS (Grèce), JGBE (Allemagne), Kooperationststelle Hamburg (Allemagne), KOZ SR (Slovaquie), NGG (Allemagne), NSZZ Solidarnosc (Pologne), Sindnova (Italie), TUC (Royaume-Uni), USL Poggibonsi (Italie).

Deuxième questionnaire – réponses et documents reçus de: ABVV-FGTB (Belgique), BECTU (Royaume-Uni), CC.OO (Espagne); CFDT (France), CGIL-CISL-UIL (Italie), CGT (France), CSC (Belgique), IG Medien, GHK (Allemagne), LO-S (Suède), LO-N (Norvège), NNF (Danemark), SAK (Finlande), TUC (Royaume-Uni), UGT (Espagne), UNISON (Royaume-Uni).

très diverses, en termes de précision, de qualité et de disponibilité des données. Tous les syndicats nationaux rapportent une insatisfaction quant au fonctionnement des systèmes d'information institutionnels qui ne permettent pas de décrire la variabilité des phénomènes et de les évaluer en termes de santé. Souvent ils reflètent seulement les caractéristiques et la diversité des systèmes d'indemnisation eux-mêmes. Les divergences aussi bien entre les systèmes d'indemnisation qu'entre les listes des maladies professionnelles reconnues du point de vue médico-légal rendent impossible une vision quantitative détaillée de la dimension européenne du phénomène des TMS. Le récent rapport d'Eurostat (1999) (voir encadré ci-dessous) confirme cette analyse et propose des recommandations pour améliorer la situation.

Il est donc nécessaire d'aller au-delà des statistiques des maladies professionnelles et de recourir également aux sources des systèmes de Santé publique et aux enquêtes subjectives, sectorielles par échantillon, qui donnent des indications sur les tendances du phénomène au plan européen ou national (voir encadré p. 14).

Les données (in)disponibles

Les sources d'information sur les TMS et en général sur les accidents et les maladies professionnelles sont

Rendre les données comparables

Le rapport d'Eurostat (A., Karjalainen, S., Virtanen, European Statistics on Occupational Diseases – Evaluation of the 1995 Pilot Data, Eurostat - Population and Social conditions 3/1999/E/n°2) a été réalisé dans le cadre de l'étude pilote (EODS) lancée par la Commission en 1991, visant à rendre comparables les données sur les maladies professionnelles reconnues dans les Etats membres. Il analyse les données sur un échantillon de 31 types de maladies professionnelles reconnues dans les 15 Etats membres au cours de l'année 1995 (57.444 cas sur un total de 89.735) en soulignant leurs limites et les améliorations possibles :

- Une estimation plus précise par les Etats membres de la population couverte par les systèmes nationaux.
- Une définition plus claire des critères d'inclusion des maladies dans le système (pour les TMS cités, "les différentes paralysies devraient être codées, ou au moins le syndrome du canal carpien devrait être identifiable séparément et inclus dans le même code dans tous les Etats membres"; "les différents types de bursitis (localisation, aiguë/chronique) à introduire devraient être définis et leur codification devrait en permettre l'identification par localisation de bursitis".

- Une classification plus détaillée des diagnostics devrait être utilisée. L'incapacité étant exprimée en pourcentage sans aucune définition précise ne permet pas d'évaluer la gravité des conséquences de la maladie. En outre, vu que certains Etats reconnaissent les maladies à des étapes différentes de leur développement, il serait important d'identifier séparément les nouveaux cas des plus anciens qui sont devenus plus graves pendant l'année étudiée.
- Les critères adoptés par les Etats pour recueillir les données sont également souvent différents; par exemple les données des Pays-Bas "représentent les notifications d'une sélection de médecins d'entreprise. Ces données sont donc très loin de représenter la population des travailleurs tout entière". "Les données suédoises ne représentent pas les cas reconnus mais plutôt les cas signalés par l'employeur et complétés par le médecin". Les données grecques ne représentent pas non plus l'entièreté de la population active ce qui rend difficile toute comparaison de ces données avec les autres.
- Les données ne reflètent pas seulement l'occurrence des maladies mais aussi la manière ou le concept de maladie professionnelle tel qu'il a été intégré dans le système de sécurité sociale. "Même pour des maladies graves, comme le mésothéliome et l'asthme, le taux de déclaration peut être faible si la décision n'a pas d'implication

financière liée à la sécurité sociale (c'est le cas des Pays-Bas et de la Suède)". Les questionnaires utilisés pendant l'étude pour connaître les critères nationaux de reconnaissance d'un échantillon de maladies devraient être utilisés aussi pour toutes les autres maladies professionnelles (dont les TMS).

- Les données actuelles révèlent probablement une sous-estimation des maladies professionnelles, surtout celles qui peuvent avoir pour origine des facteurs autres que ceux liés au travail (plusieurs TMS, maladie ou fatigue mentale). Une meilleure harmonisation des données permettrait de mieux analyser cet aspect.
- On devrait codifier séparément le diagnostic médical et l'agent causal, et mieux identifier les maladies issues d'anciennes expositions (cancers) par rapport à celles liées à des expositions récentes (allergies) dans la *European Schedule of Occupational Diseases*.
- Pour certaines maladies (allergies respiratoires), il serait utile de recourir à la notification qui, bien que posant des problèmes d'harmonisation, offre l'avantage de la rapidité de récolte de données.
- "En matière de surveillance de la santé et de la sécurité, on ne peut se baser sur une seule source d'information".



Au-delà des statistiques

- En Europe, 45% des travailleurs de l'UE qualifient leurs tâches de monotones et 37% déclarent effectuer des travaux répétitifs. L'intensité du travail (cadence et délais) a fortement augmenté entre 1991 et 1996, 49% d'entre eux déclarent ne pas avoir été consultés sur des changements d'organisation ayant une incidence sur leurs conditions de travail. Les problèmes de santé les plus couramment reliés au travail concernent les maux de dos (30% des travailleurs), le stress (28%) et les douleurs musculaires (17%), (Paoli, 1997).
- L'étude pilote d'Eurostat (1999) indique que les TMS étaient parmi les dix maladies professionnelles les plus fréquentes en 1995: les paralysies des nerfs dues à la tension (code 506.40, par exemple le syndrome du canal carpien, 3.392 cas), les troubles ostéoarticulaires des mains et des poignets provoqués par les vibrations mécaniques (code 505.01, par exemple l'arthrose du poignet, 2.539), les maladies angio-neurotiques provoquées par les vibrations mécaniques (code 505.02, par exemple le syndrome main-bras, 2.454) et les maladies des bourses péri-articulaires dues à la tension (code 506.10, par exemple le bursitis du genou et du coude, 2.305). L'incidence calculée dans le rapport s'est révélée être très différente d'un Etat à l'autre.
- Aux Etats-Unis, "le nombre de cas de traumatisme répétés a augmenté de façon impressionnante, passant progressivement de 23.800 cas en 1972 à 332.000 en 1994 – soit 14 fois plus" (NIOSH, 1997).
- En France, une forte augmentation des cas de TMS reconnus comme maladies professionnelles apparaît dans les statistiques: 1981: 430 ; 1993: 3165 ; 1995: 4710, (CNAM, 1997). "Globalement, 3,4 millions de personnes, soit 28 % de la main-d'œuvre, sont exposées aux TMS. Parmi elles, 13% répètent continuellement les mêmes mouvements à des cadences élevées,

8% sont habituellement forcées d'adopter de mauvaises positions et 7% connaissent les deux" (ministère français pour l'Emploi, 1997) (Hernan-Le Roy et Sandret, 1997).

■ "Globalement, les ouvrières en usines sont les plus exposées aux contraintes articulaires, en particulier les moins qualifiées d'entre elles (75% des personnes exposées)", principalement dans les industries du cuir, de l'habillement et de l'agro-alimentaire, ainsi que dans des emplois du secteur tertiaire, comme les caissières (ministère français pour l'Emploi, 1997).

■ Au Royaume-Uni, durant la période 1985-1995, "la cause la plus courante des absences pour maladie d'une durée supérieure à trois jours a consisté en blessures provoquées par la manutention, le soulèvement et le transport. (...) La proportion des accidents liés à la manutention a été constante depuis 91/92. En 95/96, 44.404 accidents entraînant un arrêt de travail de plus de 3 jours se sont produits, et 1.114 cas de blessures graves ont été rapportés aux autorités de contrôle" (HSE, 1997) (Dickinson, 1997).

■ En Espagne, en 1997, 64% des travailleurs interviewés déclaraient être obligés de garder la même position ou d'effectuer des mouvements répétés pendant une partie de la journée de travail. Près de 45% des travailleurs de la construction, 35% du secteur de l'industrie et 30% du secteur des services déclaraient être exposés à des mouvements répétés pendant plus de la moitié de la journée. 69% des travailleurs qui ont répondu aux questionnaires déclaraient souffrir de TMS dans le bas du dos, au cou et à la région dorsale. Dans les secteurs de l'industrie et de la construction, les troubles étaient plus fréquents à la région lombaire tandis que dans les services la région plus affectée était le cou (INSHT, 1998).

Le cadre législatif

Tous les pays de l'UE disposent de législations relatives à la prévention des risques couvrant tant des aspects généraux que spécifiques; des législations concernant le régime d'assurance des maladies professionnelles, l'indemnisation et la réhabilitation; ainsi que des législations relevant du système de la santé publique qui couvrent la prévention et les soins des maladies de la population en général. L'articulation et l'intégration des trois systèmes sont souvent différentes d'un pays européen à l'autre.

Le premier groupe de législation repose principalement sur la base commune des directives européennes, notamment la Directive-cadre (89/391/CEE) et de certaines de ses directives particulières comme la Directive Manutention manuelle de charges (90/269/CEE), la Directive Ecrans de visualisation (90/270/CEE) et la Directive 95/63/CE qui modifie la Directive Equipements de travail, toutes

adoptées sur base de l'article 118A du Traité (voir encadré p. 15)¹.

Les exigences essentielles de sécurité pour la conception des équipements sont définies dans des directives adoptées sur base de l'article 100A du Traité, principalement les Directives Machines (Directive 98/37/CE, en cours de révision) et EPI (Directive 89/686/CEE), et concrétisées dans des normes techniques volontaires qui peuvent donner aux nouveaux produits la présomption de conformité à la Directive (voir encadré p. 15). Ces normes techniques sont élaborées par le Comité Européen de Normalisation. Plusieurs projets de normes européennes couvrant des aspects directement liés aux TMS sont actuellement en cours de développement au CEN (voir p. 41 l'article de A. Ringelberg).

On pourrait en déduire qu'en Europe la législation pour la protection des travailleurs est devenue homogène, du moins dans les principes, mais ce

¹ La Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993 (adoptée sur base de l'article 118A du Traité) concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, dans son article 13 "rythme de travail", reprend l'article 6 de la Directive-cadre avec une mention spécifique relative aux "pauses pendant le travail" comme une des mesures à prendre en compte pour adapter le rythme du travail à l'homme.



serait méconnaître le fait que les transpositions des directives dans les législations nationales mènent souvent à des divergences (Vogel, 1997 et 1998) et se limitent, en outre, dans la plupart des cas, aux exigences minimales définies au niveau européen. Si les directives communautaires pour la santé et la sécurité constituent une avancée importante, obtenue avec l'apport décisif du mouvement syndical, il reste cependant plusieurs aspects mal résolus tels que les droits des représentants des travailleurs (Walters, 1997) surtout dans les PME, la définition des tâches des services multidisciplinaires de prévention, la surveillance sanitaire, les risques à l'origine des TMS et d'autres risques insuffisamment couverts (comme les vibrations et autres agents physiques), des critères de prévention trop généraux, etc. Il faut aussi rappeler qu'il n'existe pas encore d'évaluation exhaustive de l'application des directives communautaires dans les situations concrètes des différents Etats membres.

S'ajouteront également à moyen terme les divergences législatives des pays candidats à l'Union européenne. Les PECO sont, en effet, pressés de modifier leur législation pour intégrer "l'acquis communautaire" sans pourtant avoir participé à son élaboration, et donc avec une difficulté majeure à établir un équilibre équitable entre leur cadre pré-existant et l'apport législatif européen.

Le deuxième groupe de législations relatives au régime d'assurance des maladies professionnelles montre, quant à lui, une absence d'harmonisation assez nette. La Recommandation de la Commission 90/326/CEE² avait mis à jour la première liste européenne des maladies professionnelles (qui datait de 1962) et ajouté une liste complémentaire de maladies dont l'origine professionnelle est seulement soupçonnée, incitant les Etats membres à les

introduire dans leurs dispositions nationales. Cependant, six ans après, la Commission, dans sa Communication COM(96)454, reconnaissait que les maladies soupçonnées d'origine professionnelle étaient encore différentes dans chaque pays. Elles sont aujourd'hui définies dans la plupart des cas dans des listes fermées insuffisamment harmonisées (par exemple, très peu de TMS sont reconnus en Italie, il existe une liste limitée en Allemagne, tandis que la France dispose d'une liste plus ample et détaillée). Il existe en outre souvent des listes ouvertes complémentaires qui offrent la possibilité (toujours difficile) aux travailleurs d'être admis à l'indemnisation après avoir démontré le lien causal de la maladie avec les conditions de travail.

Pour ce qui est du troisième système, c'est-à-dire l'assistance sanitaire à la population en général, la séparation entre les politiques de santé au travail et les politiques de santé publique est frappante et empêche souvent de rendre visibles des épidémies de maladies multifactorielles liées au travail - hier les cancers dus à l'amiante, aujourd'hui d'autres cancers professionnels, les TMS, les allergies. Les coûts engendrés sont souvent reportés sur le système de soins à la collectivité mais, surtout, aucune utilisation collective et préventive sur les lieux de travail n'est faite des informations "recueillies" soit par les médecins de famille, les spécialistes ou les hôpitaux, de même que les données sanitaires sur les travailleurs alimentent très rarement les connaissances des praticiens de la santé publique. Il nous paraît essentiel de promouvoir toute tentative d'amélioration de la visibilité des maladies professionnelles, de les réintroduire dans le cycle de la prévention, de les rechercher, de les identifier, de les soigner et de les prévenir à travers la création de liens plus étroits et plus efficaces entre les différents secteurs de la santé (voir encadré ci-dessous).

Une meilleure intégration entre santé publique et santé au travail

En Espagne, des systèmes de détection et de prévention de certaines maladies professionnelles avec courte période de latence commencent à être mis en place par les autorités sanitaires locales, dans le cadre d'une redistribution des compétences sanitaires des Communautés Autonomes, pour tenter de faire émerger les affections qui échappent aux systèmes traditionnels nationaux de contrôle des lieux de travail (Inspection du travail, Mutuelles).

Entre 1993 et 1998, par exemple, le CSL (*Centro de Salud Laboral*) de Barcelone a identifié, avec l'aide des services médicaux de cinq CAP (*Centros de Atención Primaria*) de la ville, 103 maladies susceptibles d'être liées au travail, dont 86 cas de TMS (66 femmes), principalement dans les secteurs du nettoyage, de la bou-

cherie, du commerce et des services administratifs. 68 travailleurs ont accepté ensuite de rencontrer des spécialistes du CSCST (*Centro de seguridad y condiciones de salud en trabajo*). L'origine professionnelle de la maladie a été confirmée pour 41 d'entre eux. Le CSCST s'est rendu, en accord avec les salariés, dans 19 entreprises auxquelles il a formulé des recommandations pour améliorer les conditions de travail.

Source: A. M., Sánchez Miguel, Programa Treball al CAP – Vigilancia y prevención de enfermedades relacionadas con el trabajo por los servicios de atención primaria de salud, Jornadas *Caducas o trabajas?*, CC.OO., Madrid, 25-26 mai 1999.

Directive 89/391/CEE, Art. 6.2d.

(L'employeur prend les mesures nécessaires) "pour adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé".

Directive 90/269/CEE, Art. 3.1.

"L'employeur prend les mesures d'organisation appropriées, ou utilise les moyens appropriés, et notamment les équipements mécaniques, en vue d'éviter la nécessité d'une manutention manuelle de charges par les travailleurs".

Directive 90/270/CEE, Art. 3.2.

"Les employeurs doivent prendre les mesures appropriées pour remédier aux risques ainsi constatés, sur la base de l'évaluation visée au paragraphe 1, en tenant compte de l'addition et/ou de la combinaison des incidences des risques constatés" (il s'agit des "risques pour la vue et les problèmes physiques et de charge mentale").

Directive 89/655/CEE, modifiée par la Directive 95/63/CE, Art. 5bis.

"Ergonomie et Santé au Travail – Le poste de travail et la position des travailleurs lors de l'utilisation de l'équipement de travail, ainsi que les principes ergonomiques, doivent être pleinement pris en considération par l'employeur lors de l'application des prescriptions minimales de sécurité et de santé".

Directive 98/37/CE, Art. 1.1.2d, Annexe I.

"Dans les conditions prévues d'utilisation, la gêne, la fatigue et les contraintes psychiques (stress) de l'opérateur doivent être réduites au minimum envisageable compte tenu des principes de l'ergonomie".

Dir 89/686/CEE, Art. 1.2.1.3, Annexe II.

"Les EPI doivent s'opposer le moins possible aux gestes à accomplir, aux postures à prendre et à la perception des sens. En outre, ils ne doivent pas être à l'origine de gestes qui mettent l'utilisateur ou d'autres personnes en danger".

² Dans l'annexe I de la Recommandation, figurent d'autres TMS que ceux analysés dans l'étude d'Eurostat (1999): 506.21 (*Maladies par surmenage des gaines tendineuses*), 506.22 (*Maladies par surmenage du tissu péri-tendineux*), 506.23 (*Maladies par surmenage des insertions musculaires et tendineuses*), 506.30 (*Lésions méniscales consécutives à des travaux prolongés effectués en position agenouillée ou accroupie*).



Des actions syndicales larges et diverses

Un grand nombre d'actions syndicales contre les TMS ont été réalisées ou sont encore en cours. Elles semblent différer largement d'un pays européen à l'autre. De l'enquête du BTS et des réunions de la *task force*, il ressort qu'au Royaume-Uni³ les syndicats mènent campagne sur les TMS depuis 1993, en divulguant les luttes des victimes pour faire reconnaître leur maladie, en formant des représentants de travailleurs à la négociation, en soulignant, aussi, les avantages économiques de la prévention et, de manière plus générale, en diffusant des informations à tous ceux qui peuvent jouer un rôle en faveur des victimes.

En France, des actions en profondeur ont été menées, par exemple, par la CFDT dans le métal, le commerce, l'industrie alimentaire. Les campagnes sont principalement centrées sur les liens entre l'organisation du travail, les maladies et leur indemnisation. En outre, les différentes organisations syndicales assurent une participation effective au sein des organes décisionnels du système de sécurité sociale ainsi que des fonds régionaux pour la santé. Le résultat de ces efforts s'est concrétisé avec la parution de deux tableaux consacrés à la réparation des affections chroniques du rachis lombaire provoquées par certaines vibrations et de celles causées par la manutention manuelle de charges lourdes (décret n°99-95 du 15.2.1999).

En Espagne, l'action des CC.OO. est très orientée sur l'information et la formation des représentants des travailleurs pour la promotion d'enquêtes (destinées à identifier les symptômes et les facteurs de risque) comme moyens de négociation dans les entreprises afin d'améliorer les conditions de travail, rendre visibles les cas de TMS et en obtenir la reconnaissance en tant que maladie professionnelle. CC.OO. a produit, en coopération avec le TUC et LO-DK dans le cadre du programme européen Leonardo, des matériaux de formation pour les délégués à la prévention utilisables dans des campagnes de sensibilisation dans les différents pays. Les actions se sont déroulées dans des entreprises du secteur du métal (aéronautique) et des secteurs qui souffrent particulièrement des effets négatifs de la fragmentation et de la précarité croissante du travail, comme le nettoyage des chambres dans les hôtels, les caissières des grandes surfaces, les transports, la confection.

En Italie, la CGIL, la CISL et l'UIL traitent des demandes d'indemnisation, mais ont surtout porté leurs efforts sur des actions directes au niveau des entreprises en vue d'améliorer les conditions de travail. Ces actions émanent principalement du syndicat local et sont menées par les représentants des

travailleurs avec une forte assistance technique de la part des institutions publiques locales de la santé et une participation très active des tribunaux pénaux.

En Norvège, les syndicats visent à la mise en place de systèmes publics d'assurance permettant à l'individu de continuer à travailler après une réhabilitation efficace. Des accords ont été conclus en vertu desquels les travailleurs jouissent du droit de refuser certains travaux de manutention trop lourds. Les syndicats danois sont parvenus à convenir avec les employeurs d'un plan d'action destiné à réduire de moitié l'apparition de cas de TMS d'ici l'an 2000, et des actions sectorielles se poursuivent, par exemple dans les secteurs textile et alimentaire.

En Suède, la réduction des TMS a constitué l'un des principaux objectifs de santé professionnelle depuis les années quatre-vingts ; par la suite LO-S a adopté un programme (1991) basé principalement sur le changement de l'organisation du travail pour faire face aux TMS, une approche qui a abouti, notamment, à la nouvelle réglementation de 1998 (voir plus loin).

En 1997/1999, les syndicats ont introduit des programmes généraux d'action sur les TMS, principalement au Royaume-Uni, au Danemark, en Espagne, en France, en Belgique et aux Pays-Bas. La Fédération européenne des industries textiles (FETHC) a lancé, avec le BTS, une étude sectorielle sur les TMS, la Fédération européenne des services publics (EPSU) a récolté des expériences nationales et la Fédération européenne des travailleurs du bâtiment et du bois (FETBB) a mis la question parmi ses priorités. Des actions ont aussi été menées, surtout au Royaume-Uni, par les associations des victimes, comme la RSI Association et la National Back Pain Association.

Plusieurs organisations syndicales ont produit des manuels, des outils et des matériaux sur la façon dont elles ont construit leur campagne sur les TMS au niveau national (voir encadré p. 17).

Une stratégie syndicale européenne de la communication pourrait se révéler nécessaire afin d'accroître l'efficacité des efforts nationaux. Des suggestions ont été proposées⁴ sur les éléments à prendre en compte : commencer le processus de communication par "écouter" en évitant "d'exagérer les faits et les processus afin d'impressionner l'opinion publique", ce qui pourrait mener "à la conviction que rien ne pourrait être fait contre un mauvais sort inexorable", et donc à la méfiance. L'habitude de la presse "de lancer un scoop, d'en faire ses choux gras en long et en large durant un certain temps, puis de l'abandonner brusquement (...) est le pire dommage dont une campagne sociale ou politique puisse souffrir.

³ Owen Tudor, "The TUC experience on campaigning on MSD", Campagne de la CES sur les TMS - première réunion préparatoire, Bruxelles, 17-18 mars 1998.

⁴ G. Cesario, "Suggestions for an ETUC campaigning on MSD", Campagne de la CES sur les TMS - première réunion préparatoire, Bruxelles, 17-18 mars 1998.



De nombreux produits syndicaux de campagne de sensibilisation

A titre exemplatif nous mentionnons une liste, non exhaustive, de produits élaborés par les syndicats des pays européens pour leurs campagnes d'action et de sensibilisation.

- Au Royaume Uni, "WRULD Campaign Pack" du TUC; le guide d'Unison sur les campagnes syndicales : "A handbook for UNISON safety representatives Campaigning on Health & Safety" et ses manuels pratiques sur l'application des Directives : "Display Screen Equipment Regulations 1992", "Manual Handling Operations Regulations 1992".
- Au Danemark, le syndicat du secteur alimentaire NNF (1997) pour sa vaste campagne a utilisé des mises en scène du travail à la chaîne, des outils audiovisuels, des études de cas, des objets griffés, tracts, posters, etc.
- En Espagne, CC.OO. (1998) a organisé des conférences, produit des documents pour l'évaluation des risques, des posters, la feuille d'information *Eh !*, des matériels de formation spécifiques pour certains secteurs comme le textile et le commerce/hôtellerie, le métal, ainsi que des expériences qui utilisent les techniques du role-playing.
- En Allemagne, IG Medien, le syndicat des travailleurs des media et de l'imprimerie, a publié une feuille d'information sur les TMS, "TIP Gesundheitsschutz" n°.7 (1995) et les syndicats GHK, IGM, IKK du bois, du bâtiment et du métal ont réalisé une brochure sur la manutention manuelle des charges, avec photos et dessins des solutions à adopter dans des situations concrètes du secteur, "Den Rücken schonen : Rükgrat zeigen" (1998).
- En France, la CFDT (1997) a organisé des formations et des séminaires et a produit des posters et des tracts avec la description de cas dans l'industrie électronique et des abattoirs de volailles (voir le Dossier TMS : le travail en question, in *CFDT magazine*, n° 229, septembre 1997).
- En Belgique, la FGTB (1998) a distribué une brochure explicative sur le thème.
- En Italie, des documents ont été produits sur les actions lancées par les fédérations sectorielles, telle que la FIOM, (métal/automobile), à Turin (voir le site internet, www.pmt.cgil.it/fiompie/626.htm) ou par la coordination "Donne-Salute-Lavoro" des travailleuses des confédérations CGIL, CISL et UIL de Milan ("100 gesti al minuto. Donne o macchina?") dans les secteurs de l'électronique, des blanchisseries industrielles, de l'industrie alimentaire, de l'industrie chimique et du tertiaire.

Il faut plutôt fournir une information scientifique fiable, relater "l'histoire vraie" de particuliers et de groupes, mais aussi atteindre le destinataire de façon appropriée, en tenant compte de ses préjugés et des façons qu'il adopte pour les contourner (prévention/réparation, travail/activités journalières en tant que causes de maladies, acceptation active/passive des technologies, etc.). Il serait important d'échanger les idées, d'observer les comportements et de tirer les leçons des autres expériences. Le fait de poser des questions et des problèmes, plutôt que de présenter des réponses et des solutions, offre de nouvelles perspectives aux solutions entrevues précédemment et permet une meilleure acceptation de l'action.

Les demandes qui émanent des syndicats nationaux à travers leurs campagnes sont de quatre types:

- effectuer un suivi des actes institutionnels et législatifs tant au niveau européen que national;
- veiller à la mise à jour des réglementations européennes et des guides techniques;
- faciliter les échanges d'expériences;
- assurer une plus grande homogénéité des transpositions des directives dans les législations nationales.

En attendant la version finale du rapport demandé par la DGV à l'Agence européenne de Bilbao sur les facteurs liés au travail qui sont à l'origine des TMS des membres supérieurs, plusieurs documents importants sont actuellement disponibles et pourraient servir de

base à une harmonisation réglementaire ou technique au niveau européen:

- la nouvelle réglementation suédoise (AFS 1988 :1, "Ergonomics for the prevention of MSD") qui couvre synthétiquement et avec efficacité tous les facteurs, y compris les aspects psychosociologiques, qui peuvent donner naissance aux TMS, et le guide (disponible sur le site <http://www.arbsky.se/provisi.htm>) pour son application concrète (voir p. 38 l'article de M. Bjurvald);
- les guides et les codes de pratique publiés dans certains pays pour la mise en oeuvre de la Directive sur la manutention manuelle de charges (Espagne, Italie, Royaume-Uni, Norvège)⁵;
- l'approche intégrée des différents facteurs de risque proposée par un large panel d'experts de l'IEA (1999) pour l'évaluation des risques liés aux mouvements répétitifs des membres supérieurs (voir p. 23 l'article de E. Occhipinti et D. Colombini);
- la réglementation sur la protection ergonomique qui est en cours d'élaboration à l'OSHA, aux USA, après un long et conflictuel parcours commencé en 1990 (voir encadré p. 18), montre l'importance du problème mais aussi les difficultés rencontrées pour introduire Outre-Atlantique une méthodologie de la gestion de ces risques basée sur l'obligation, quoique peu contraignante, d'une évaluation préventive avec la participation des travailleurs.

Parallèlement aux initiatives pour améliorer les réglementations, il est clair que les campagnes de

⁵ Min. de trabajo, INSHT (1998), *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la Manipulación Manual de cargas*; A., Grieco, E., Occhipinti, et al. (1997), *Manual handling of loads: the point of view of experts involved in the application of EC Directive 90/269, Ergonomics*; 40, 10: 1035-1056; *Guidance on Manual Handling Operations Regulations*, UK, 1992; Lisbet Samdahl Hoiden (1997), *Regulation in Norway on the subject - Manual Handling - Directive on heavy load and repetitive, monotonous work, Actes du 13^e Congrès triennal de l'Association internationale d'ergonomie*, pp.571-573, Tampere.



Le projet de norme de l'OSHA: un document de référence

La proposition soumise par l'OSHA à la discussion sur internet exclut les secteurs de l'agriculture, de la construction et le secteur maritime. Lors d'activités de fabrication ou de manutention manuelle sur le lieu de travail, l'employeur doit mettre en œuvre un système d'identification des dangers et d'information des travailleurs qui inclut la participation des salariés. En présence de travailleurs qui manifestent déjà des TMS ou en présence de dangers connus, l'employeur doit établir un programme d'analyse et de contrôle des facteurs de risque, assurer une surveillance médicale, fournir de la formation et, finalement, évaluer l'efficacité du programme. Si cette évaluation est négative, le processus doit être répété jusqu'à la maîtrise de la situation. Si, par contre, l'évaluation est positive, l'employeur doit maintenir la situation sous contrôle et répéter le processus trois ans après. La norme contient, en outre, un guide avec des indications pratiques pour mener l'évaluation des risques.

OSHA (1999), *Working draft of a Proposed Ergonomics Program Standard*. Disponible sur le site : <http://www.osha-slc.gov/SLTC/ergonomics/ergoreg.html>

sensibilisation doivent continuer pour accroître la prise de conscience du problème. Il reste aussi impératif de développer la formation pour les représentants des travailleurs, au niveau de l'entreprise locale mais aussi transnationale, afin de diffuser les informations sur les droits des victimes, sur des études de cas qui montrent les solutions possibles, sur les méthodes d'évaluation des facteurs physiques et psychosociaux, et sur les instruments de la négociation.

Les défis de la prévention

Parmi les difficultés signalées quant à la mise en œuvre de mesures de prévention des TMS, les syndicats ont souligné l'opposition des employeurs au changement (Royaume-Uni), la pression du chômage (France) et le manque de perception des avantages économiques de la part des entreprises (Autriche, Royaume-Uni).

La crainte, générale dans tous les pays, pour le travailleur de faire état de sa maladie est également mise en avant, d'où des conséquences évidentes en matière de prévention et d'indemnisation. En effet, le risque de perdre son travail suite à une incapacité causée par le travail est loin d'être impossible. Cela semble être le cas dans tous les pays avec des

conséquences diverses selon l'état des relations collectives du travail. Il s'agit là d'une indication frappante sur les rapports de forces dans les entreprises et les défaillances des législations sociales nationales de même que celles qui ont transposé la Directive-cadre en ce qui concerne les aspects liés à la participation des travailleurs à la gestion de leur propre santé et sécurité.

Rappelons à ce propos que les entreprises mettent souvent en place des programmes, soi-disant d'encouragement à la sécurité, basés sur des primes aux responsables, qui, malheureusement, s'accompagnent souvent d'une pression supplémentaire sur les travailleurs à nier leurs souffrances, et ont pour effet, dans la plupart des cas, d'encourager la sous-déclaration des accidents et surtout des maladies (Pransky, Snyder et coll., 1999).

Les travailleurs sont obligés de défendre leur poste de travail même s'il comporte des risques, et la fragmentation sociale exerce une pression forte pour empêcher la prise en compte de ce problème au niveau collectif. Les travailleurs éprouvent aussi souvent de grandes difficultés à faire reconnaître les risques, et à établir un lien entre leurs maladies et leur travail. L'action syndicale est alors indispensable pour briser cette solitude, élargir les connaissances, apporter des instruments et réaffirmer le droit fondamental à un travail respectueux des exigences humaines.

Des guides syndicaux pour l'évaluation des risques ont été élaborés, tels que *Work – it's a risky business* (1996) de l'UNISON au Royaume-Uni et le guide réalisé par l'ISTAS et le BTS *L'évaluation des risques sur les lieux de travail*. Guide pour une intervention syndicale (Boix et Vogel, 1999). Il est fondamental de mettre au point, tant au niveau national que de l'entreprise, des méthodologies d'analyse de l'organisation du travail et des risques qui puissent également être gérées avec les travailleurs. Ces méthodes doivent être basées sur les données existantes - comme les absences pour maladie ou accident -, mais aussi avoir la capacité de récolter de nouvelles données, et être centrées sur l'observation systématique des postes de travail, sur des enquêtes relatives aux symptômes, sur l'analyse du régime des horaires et de l'intensité du travail. Des données sur l'apparition de TMS chez les travailleurs non spécifiquement exposés peuvent être aussi nécessaires pour comparer les taux d'incidence et donc confirmer l'origine professionnelle des troubles détectés sur les lieux de travail (Batevi, Menoni et alii, 1998).

L'évaluation des risques fait, en principe, partie des obligations des employeurs dans le cadre législatif européen. Cependant, très souvent, elle n'est mise en œuvre et poursuivie par les employeurs qu'à la suite d'une action syndicale. De telles actions permettent aux délégués de



prendre des initiatives de socialisation de l'expérience à travers l'élaboration d'études de cas et de bonnes pratiques.

Une grande variété de recherches et d'expériences sur l'évaluation de l'exposition aux facteurs physiques à l'origine des TMS sont en cours sur base de méthodologies différentes, dont certaines ont fait l'objet de validation sur le terrain à des degrés divers (Li et Buckle, 1999). Plusieurs méthodes basées sur des questionnaires ont aussi été développées afin d'évaluer les aspects psychologiques des TMS (Lindström, 1997). L'étude du National Research Council (1998) décrit les interventions possibles et la possibilité d'évaluer l'efficacité des changements apportés, avec la comparaison d'un groupe objet d'interventions avec un autre groupe non soumis à des interventions ou en comparant des observations faites avant et après les changements opérés. Nous devrions être en mesure d'utiliser certains de ces résultats, tout en étant bien conscients que ceux-ci devront être constamment améliorés et validés par la recherche et l'expérience avec les travailleurs. Plutôt que d'arriver à définir d'hypothétiques valeurs limites d'exposition "sûres", il est préférable d'obtenir des estimations permettant d'identifier les conditions clairement inacceptables ou d'agir immédiatement et de déterminer la direction des changements à promouvoir sur les lieux de travail.

Dans un précédent numéro de notre *Newsletter* (Verde, 1997), nous avons rendu compte de certains de ces outils qui ont été développés pour l'identification des dangers et l'estimation des risques de TMS dans la pratique. On y retrouve des méthodes plus immédiatement utilisables, comme le "body mapping"⁶, qui permet aux travailleurs une description rapide et subjective des symptômes en appliquant des adhésifs de couleurs différentes sur les parties de leur propre corps où ils perçoivent une sensation particulière (rouge - douleur, vert - douleur continue, noir - stress, etc.). D'autres méthodes basées sur l'observation et l'enregistrement des conditions de travail peuvent être intégrées en une méthodologie participative permettant une optimisation pragmatique entre les exigences de la rigueur d'analyse et les possibilités d'interventions immédiates pour réduire les risques de TMS. Le fait que, pour décrire certaines situations, il s'avère nécessaire de recourir à des instruments d'une complexité et d'une précision croissantes ne doit pas pour autant reporter les changements directement applicables dans les postes de travail (voir p. 29 l'article de J. B. Malchaire et N. A. Cock). Un recueil de méthodes pour l'estimation des risques et la proposition de check-lists utilisables tant par les concepteurs de machines que par les délégués va bientôt être publiée par le BTS (A. Ringelberg, *Risk Estimation for MSD. Guidelines for Machinery Designers and Workers' Representatives*, BTS, en cours de publication).

En effet, évaluer les risques de TMS requiert, en principe, une approche globale et complexe: psychosociologique en ce qui concerne les tâches, physiologique pour ce qui est des mouvements, puisque les effets sont tributaires des tâches ou des mouvements, ou des deux à la fois, ainsi que des barrières sociales existantes, telles que la répartition du travail par genre. Ainsi, pour parvenir à une analyse complète et efficace d'un emploi, il conviendrait de prendre en compte le secteur, l'organisation (voir p. 34 l'article de F. Daniellou) et le type de travail - par exemple sa répétitivité et sa monotonie - le poste de travail et la spécificité des travailleurs, les caractéristiques de leur formation, leur genre (Messing *et alii*, 1999).

D'autres questions importantes émergent de l'enquête du BTS: elles concernent la nécessité d'établir des liens plus étroits entre les travailleurs, leurs représentants, les services de santé au travail et les autorités publiques de contrôle. En effet, les syndicats dénoncent qu'il est souvent difficile d'obtenir des diagnostics cohérents et des traitements efficaces, et on constate parfois, face à ces maladies relativement nouvelles, une faible sensibilité, une préparation insuffisante et, parfois, un manque d'indépendance des médecins du travail et des inspecteurs par rapport aux entreprises (Royaume-Uni, France, Grèce, Espagne).

Face à l'harmonisation insuffisante des critères diagnostiques⁷, de la teneur très faible de la législation, de la nécessité d'une approche multidisciplinaire et de la relative complexité et nouveauté des méthodes analytiques⁸, il s'avère crucial pour les syndicats de pouvoir recourir aux compétences techniques et scientifiques des services publics et des services multidisciplinaires. En ce qui concerne ces derniers, qui gèrent parfois les quotas de salaires des travailleurs (comme c'est le cas des "Mutuas" en Espagne), l'influence syndicale est déterminante pour en augmenter l'efficacité et la fiabilité en termes de méthodologies (Li et Buckle, 1997) et de volontés d'action. Il faut aussi renforcer des liens efficaces avec les sources potentielles de compétences scientifiques, le milieu de la recherche, les médecins du travail, mais aussi les structures de la santé publique généraliste, les ergonomistes, les concepteurs, les organismes publics de contrôle aux niveaux local, national et plus largement européen.

L'indemnisation diverse et insuffisante

Les caractéristiques des systèmes d'indemnisation sont très variables entre les Etats membres. Cela va d'une fragmentation des Caisses poussée à l'extrême, en Grèce, avec des critères différents d'évaluation des cas dans chacune d'entre elles, jusqu'à

⁶ Body of Evidence, *Hazards* 61, Janvier/Mars 1998.

⁷ Voir par exemple le rapport EUR 14768 EN, préparé par un groupe de travail de la DGV de la Commission européenne dans le cadre de la Recommandation 90/326/CEE : "Information notices on diagnosis of occupational diseases", 1997.

⁸ Dans un article récent: Occupational Musculo-Skeletal Disorders of the Upper Limbs due to Mechanical Overload, *Ergonomics*, vol 41, n° 9, septembre 1998 ; D. Colombini, E. Grieco et E. Occhipinti fournissent des indications utiles pour faire face aux TMS. En se basant sur l'épidémiologie, ils proposent une méthodologie fondée sur un nouvel index intégré pour l'évaluation des risques (OCRA), un système pour la surveillance de la santé ainsi que des principes pour la conception des équipements et des environnements de travail.



l'unification dans un régime national d'assurance qui couvre dans la majorité des pays, mais avec des différences nationales, la plupart des secteurs. Les différences les plus importantes se retrouvent dans le secteur public et de l'agriculture. Le statut professionnel est un autre facteur de différenciation entre les systèmes, surtout pour les travailleurs indépendants et familiaux couverts seulement partiellement. Le rôle de ces Caisses diverge, en outre, tout à fait d'un pays à l'autre : parfois elles prennent en charge exclusivement la gestion des aspects médico-légaux et d'indemnisation (Italie), d'autres fois elles ont une capacité significative d'intervention directe sur les lieux de travail pour l'information et la prévention des risques (c'est le cas de la France et de l'Allemagne) et dans la recherche (voir l'INRS en France); elles sont souvent généralistes, et, dans certains cas, sectorielles (Allemagne).

L'étude du BTS a montré une absence évidente de cohérence entre les systèmes d'indemnisation qui ne sont pas à même, dans la plupart des cas, de fournir des données suffisantes que ce soit en termes de qualité ou de quantité pour lancer des actions préventives. Les affections admises en tant que maladies professionnelles sont en effet nettement moins nombreuses par rapport à ce qui est préconisé et elles diffèrent d'un pays à l'autre. La procédure peut démarquer de manières très diverses avec des degrés différents d'autonomie décisionnelle et de protection garantie aux travailleurs. Par exemple, en Italie, tout médecin doit signaler le trouble suspect aux organes d'inspection et donc à la magistrature ; en France, le travailleur peut informer directement son organisme assureur et l'inspection du travail ; en Espagne le travailleur doit d'abord informer son employeur, en espérant que ce dernier signalera le cas (Otero-Sierra, Varona, Chau *et alii*, 1997).

Dans certains cas, seulement les maladies qui engendrent un certain degré d'incapacité sont reconnues et apparaissent dans les statistiques. Les indemnisations sont déterminées selon des taux d'incapacité divers, de sorte que les maladies faisant l'objet d'un remboursement sont toujours beaucoup moins nombreuses que celles qui sont reconnues.

Les Caisses d'assurances ont également des fonctions totalement différentes selon les pays. Ainsi, le droit du travailleur d'obtenir une indemnisation pour une même maladie peut diverger d'un pays à l'autre; il peut entraîner des procédures juridiques coûteuses (Royaume-Uni) et il peut fréquemment constituer un défi face aux décisions prises par les institutions concernées (France, Italie, Autriche, Allemagne). Dans la plupart des cas, les indemnisations ne sont pas assez motivantes.

Enfin, reste ouverte la question importante des victimes de lésions permanentes et des possibilités qui

leur sont offertes d'obtenir une indemnisation à travers une juridiction pénale. Dans la majorité des Etats membres, les syndicats jouent un rôle très important en tant que conseillers des travailleurs aux prises avec des procédures juridiques. La question de savoir comment obtenir un équilibre entre indemnisation et prévention en évitant que les coûts de celle-là empêchent celle-ci, reste souvent un défi pour les syndicats, les employeurs et les pouvoirs publics.

Incidence de certains TMS en Europe (année 1995)

(Taux d'incidence /million)
(Eurostat, 1999)

	506.40	505.01	505.02	506.10
EU	26	20	19	18
B	34	600	7	32
DK	0.4	15	49	13
D	0.3	7	3	6
EL	-	-	-	-
E	40	24	(*)	47
F	154	4	2	73
IRL	-	6	-	1
I	0.1	11	0.3	0.2
L	6	-	-	37
NL	-	-	-	-
A	1	6	(*)	2
P	4	1	-	29
FIN	14	-	8	23
S	48	23	19	6
UK	14	-	95	11

(*) Reprises sous 505.01

Le récent document d'Eurostat (1999) (voir tableau ci-dessus et note 2) confirme le manque de cohérence des systèmes d'indemnisation dans les différents pays. Bien que la prévention doive demeurer l'objectif principal, l'accès aux soins, à la reconnaissance et à l'indemnisation des maladies (et des accidents) professionnels devra être mieux garanti et rendu équitable dans toute l'Union européenne.

Un effort devrait être développé pour obtenir une réhabilitation efficace des travailleurs affectés et réaffirmer le principe de l'adaptation du travail aux caractéristiques de l'individu plutôt que l'inverse.

Conclusions: des pistes pour agir

Si notre enquête n'a pas rendu possible un panorama détaillé des niveaux de risque dans les différents pays européens, ce qui n'était d'ailleurs pas son ambition première, elle nous a permis d'identifier certaines questions importantes et les tendances en cours.



Les données de la Fondation de Dublin, celles d'Eurostat et les enquêtes nationales – qui, malgré leur caractère partiel, peuvent fournir des indications substantielles – attestent que le problème des TMS est très répandu en Europe et que son développement est en croissance dans les pays développés. Les avis des experts syndicaux interrogés au travers des questionnaires et impliqués dans les expériences sur le terrain nous confirment la gravité du phénomène.

Deux niveaux d'intervention primaire nous sont accessibles de par nos traditions syndicales et législatives. D'une part, l'action par la prévention, c'est-à-dire par le changement des conditions de travail (l'environnement et l'organisation) afin d'éliminer à la source les causes des TMS, et, d'autre part, l'action par leur identification, l'action curative, l'indemnisation et une réhabilitation plus efficaces quand, malheureusement, les conséquences de l'exposition aux risques surgissent.

Pour la prévention d'abord, nous croyons qu'il est important d'établir **des points de référence technique pour la conception des équipements qui soient validés par le mouvement syndical**. Malgré les limites de la Nouvelle Approche, la fixation d'un niveau technique élevé au travers de normes volontaires serait un acquis important. Nous sommes confrontés, aujourd'hui, à deux événements majeurs : d'une part, la révision de la Directive Machines et de la norme EN 292-parties 1 et 2 et, d'autre part, l'arrivée à l'enquête publique des projets de normes prEN 1005 sur la sécurité des machines visant à fournir des méthodes d'évaluation biomécanique des facteurs de risque de TMS dès la conception. Le "Guide ergonomie" du BTS pourrait aussi devenir bientôt une norme européenne de type B⁹ aidant ainsi à une plus grande prise en compte des principes de l'ergonomie dans la conception des machines.

Cependant, la prévention se discute surtout au niveau des lieux de travail entre les employeurs et les travailleurs qui utilisent les équipements produits par les concepteurs et les fabricants, et qui sont confrontés aux nouvelles formes d'organisation du travail. Là, nous devons faire face aux acquis mais aussi aux limites du cadre législatif européen actuel, de ses transpositions nationales et surtout de sa mise en œuvre.

Ce cadre pourrait être amélioré par **de nouvelles actions réglementaires au niveau communautaire, par exemple en faisant l'état des lieux des directives existantes**, en reprenant l'initiative prise par le GMB en 1993 d'une proposition de directive et faire ainsi avancer la législation dans le sens des récentes prescriptions de la Suède. Le projet de Directive sur les agents physiques (vibrations), les

conclusions de l'étude de l'Agence de Bilbao sur les TMS pour la DGV et les rapports nationaux sur l'application des Directives Ecrans de visualisation et Manutention manuelle formeront la base des discussions de cette année sur les TMS au Comité tripartite de Luxembourg.

Aussi bien au plan national qu'europpéen, on pourrait aussi progresser **en harmonisant ou simplement en diffusant les guides et les codes de pratique déjà élaborés dans certains pays**, comme ceux sur la manutention manuelle de charges en Espagne, au Royaume-Uni, en Italie, en Norvège et, sur l'ensemble des situations à risque de TMS, en Suède. **L'échange d'expériences entre les différents syndicats nationaux** est primordial. La brochure *Europe under strain*, par Rory O'Neill, que le BTS va éditer tout prochainement, apportera une large vision des initiatives syndicales européennes et internationales.

Pour l'action sur le terrain, nous avons besoin **d'instruments d'analyse multifactorielle et de suivi des conditions de santé et de travail les plus homogènes, efficaces et les mieux reconnus des milieux scientifiques**. Le document du groupe scientifique de l'IEA montre, par exemple, un consensus international sur une méthodologie basée sur des indicateurs intégrés de différents facteurs et comportant des éléments organisationnels (pauses), pour estimer les risques liés au travail répétitif pour les membres supérieurs.

Les travailleurs doivent valider les résultats de l'application de ces méthodes sur le terrain et contribuer à l'élaboration d'instruments de prévention sur base de ces résultats. Le rôle des représentants des travailleurs dans l'identification et l'estimation de l'influence des facteurs organisationnels sur les TMS est particulièrement important. Le "Topic Center MSD-good practices" mis en place par l'Agence Européenne de Bilbao¹⁰ représentera sans doute une importante source de références en la matière.

Enfin, les expériences et les instruments d'action syndicale qui ont été mis en œuvre pendant les campagnes nationales au cours des dernières années pourraient être intégrés dans **des projets spécifiques de formation et d'action coordonnée**, par exemple, au niveau sectoriel ou au niveau des comités d'entreprise transnationale.

En ce qui concerne l'indemnisation et la réhabilitation, le cas des TMS montre que les systèmes actuels semblent inadaptés pour faire face à une épidémie: divergences entre les systèmes, manque d'harmonisation des codifications des diagnostics et des causes, indemnisation inadéquate, insuffisance des droits sur le poste de

⁹ CEN/TC122/AH WI 122083: *Safety of machinery - Guidance for introducing ergonomic principles and for the drafting of the ergonomics clauses.*

¹⁰ Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail, Gran Via 33, E-48009 Bilbao, Espagne. Tél. 0034 944 794 360 ; fax 0034 944 794 383 ; E-mail : information@eu-osh.es ; site internet : www.osh.eu.int.



travail, nécessité de renforcer les programmes de réhabilitation. Le rapport d'Eurostat fournit au moins des bases pour améliorer la fiabilité et la comparabilité des données. Nous devrions aussi, mais cela dépasse le cadre de cet article, réfléchir aux critères à utiliser pour établir les priorités d'utilisation des ressources de la sécurité sociale et pour garantir des niveaux élevés et homogènes de santé publique en Europe.

Enfin, il est important de continuer à **renforcer les liens entre les représentants des travailleurs, les services publics de contrôle, les services médicaux et multidisciplinaires**. L'efficacité des actions pour

la prévention des TMS est optimale si on intègre une approche multidisciplinaire en termes de connaissances et de pratiques techniques, médicales ou scientifiques. Il semble donc assez important de suivre le débat en cours dans le groupe de travail du Comité consultatif de la DGV de la Commission qui débat de l'application de la Directive-cadre pour ce qui concerne les "Services de prévention". La possibilité de construire des liens stricts et efficaces avec ces derniers nous semble prioritaire non seulement pour mener des actions en profondeur dans les cas où le conflit s'avère inévitable, mais aussi lorsqu'une coopération avec les employeurs est possible. ■

Références bibliographiques

- Battevi, N., Menoni, O., et al. (1998), The occurrence of musculoskeletal alterations in worker populations not exposed to repetitive tasks of the upper limbs, *Ergonomics*, vol.41, n°9, pp.1340-1346.
- Boix, P., Vogel, L. (1999), *L'évaluation des risques sur les lieux de travail. Guide pour une intervention syndicale*, BTS.
- Dickinson, C. E. (1997), Manual Handling Regulations and Guidance in Britain : 4 Years On, *Actes du 13^e Congrès triennal de l'Association internationale d'ergonomie*, pp.514-516, Tampere.
- Hernan-Le Roy, O., Sandret, N. (1997), Résultats de l'enquête " SUMER 94 " : les contraintes articulaires pendant le travail, *Documents pour le médecin du travail*, n°71, 3e trimestre 1997.
- INSHT (1998), *III Encuesta nacional de condiciones de trabajo – Resumen de resultados*, Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Li, G., Buckle, P. (1997), The developing of methods/tools to help participatory approaches to prevention of musculoskeletal disorders at work, *Actes du 13^e Congrès de l'Association Internationale d'Ergonomie*, pp.260-262, Tampere.
- Li, G., Buckle, P. (1999), Current techniques for assessing physical exposure to work-related musculoskeletal risks, with emphasis on posture-based methods, *Ergonomics*, vol.42, n°5, pp.674-695.
- Lindström, K. (1997), Assessment of Occupation General Aspect 2 : Examples of European Questionnaires, *Actes du 13^e Congrès triennal de l'Association internationale d'ergonomie*, pp.274-276, Tampere.
- Messing, K., et alii (1999), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, BTS.
- National Research Council (1998), *Work-Related Musculoskeletal Disorders : A Review of the Evidence*. Disponible sur le site internet de l'OSHA : <http://www.osha-slc.gov>
- NIOSH (juillet 1977), *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors - A critical review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back*, U.S. Department of Health and Human Services.
- Otero-Sierra, C., Varona, W., Chau, N., et al. (1997), Comparaison des systèmes de prise en charge des maladies professionnelles en France et en Espagne, *Archives des maladies professionnelles*, 58, n°6, pp.539-551.
- Paoli, P. (février 1997), *Deuxième enquête européenne sur les conditions de travail – 1996*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Pransky, G., Snyder, T., et coll. (1999), Under-reporting of work-related disorders in the workplace : a case study and review of the literature, *Ergonomics*, vol 42, n°1, pp.171-182.
- Verde, V. (juin 1997), Evaluation des risques liés au travail répétitif, *Newsletter du BTS*, n°6, pp.2-5.
- Vogel, L. (février 1997), La transposition de la Directive 90/269/CEE relative à la manutention manuelle de charges, *Newsletter du BTS*, n°5.
- Vogel, L. (mars 1998), L'observatoire du BTS sur l'application des directives européennes : un premier bilan, Conférence du BTS, 1-2 décembre 1997, *Newsletter du BTS*, n° 8.
- Walters, D. (mars 1997), Worker participation in health and safety: comparative data, Conférence du BTS, 1-2 décembre 1997, *Newsletter du BTS*, n° 8.