

Les services de prévention

Un des objectifs majeurs de la directive-cadre de 1989 était le développement de services de prévention accessibles à l'ensemble des travailleurs et compétents pour couvrir le domaine très vaste des activités préventives défini par cette directive.

Un tel objectif s'inscrivait dans un contexte plus global d'une vision renouvelée de la prévention. En particulier, la Convention n° 161 de l'Organisation Internationale du Travail adoptée en 1985 montrait que la réforme des services de prévention n'était pas uniquement à l'ordre du jour dans l'Europe communautaire.

La directive-cadre est entrée en vigueur le 31 décembre 1992. Plus de dix ans se sont écoulés. Nous tentons de faire le point sur la situation des services de prévention dans l'Union européenne. On verra que le nombre de travailleurs exclus reste très élevé et qu'il a même augmenté dans certains pays. Le passage à la multidisciplinarité est loin d'être garanti partout et un doute plus profond porte sur la contribution même des services à une politique de prévention qui défende la vie et la santé des travailleurs.

Dans les limites de ce dossier, il serait vain de vouloir rendre compte de toutes les dimensions du problème. Nous nous limiterons, sur la base de l'examen de différentes expériences nationales, à soulever un certain nombre de questions qui sont à la fois essentielles et communes à la plupart des pays de l'Union européenne. Les problèmes liés à la surveillance de la santé seront abordés de façon plus détaillée ultérieurement. La situation des services de prévention dans les nouveaux pays adhérents à l'UE fera l'objet d'un atelier lors de la Conférence organisée par la CES et le BTS en janvier 2004 à Bruxelles.

L'Observatoire du BTS de l'application des directives européennes entend ainsi apporter une contribution au débat sur le bilan de l'application des directives communautaires qui aura lieu au cours du deuxième semestre de l'année 2003.

Dossier réalisé par **Laurent Vogel**,
chargé de recherches au BTS, lvogel@etuc.org

Où en sont les services de prévention dans l'Union européenne ?

La directive-cadre de 1989 articule une obligation de résultat qui est la sauvegarde de la santé et de la sécurité des travailleurs avec une série d'obligations qui portent sur des procédures ou des moyens à mettre en place pour que ce résultat soit atteint : participation des travailleurs et de leurs organisations aux activités de prévention, évaluation des risques, procédures liées à des situations de danger grave et imminent, etc. Dans cet ensemble, les services de prévention sont appelés à jouer un rôle important. En effet, la directive indique correctement que le champ des activités préventives est très vaste. Par ailleurs, le concept même de prévention signifie qu'il est souvent nécessaire de faire appel à des compétences qui permettent d'analyser les différents aspects des conditions de travail de manière à formuler un jugement prédictif sur leurs conséquences possibles. Même si la directive-cadre est moins précise à certains égards que la convention n° 161 et la recommandation n° 171 de l'Organisation Internationale du Travail concernant les services de santé au travail, le lien entre ces textes est réel. Les normes internationales du travail constituent une référence utile pour définir une politique cohérente qui permette d'atteindre les objectifs de la directive-cadre.

C'est pourquoi lorsque la directive-cadre a été adoptée, les organisations syndicales ont souligné que, dans les différents pays de l'Union européenne, celle-ci était susceptible de stimuler une réforme des services de prévention. Nulle part, la législation existante ne répondait entièrement aux objectifs de la directive et, partout, le bilan de l'activité des services existants montrait que leur contribution réelle à la prévention était entravée par de nombreux obstacles. Les organisations syndicales ont toujours considéré que la réforme des services de prévention devait répondre à quatre priorités : une couverture universelle, des services multidisciplinaires de santé au travail et la priorité accordée à la mise en place de structures internes dans les entreprises éventuellement complétées par l'apport de services externes, un contrôle des travailleurs et de leurs organisations sur l'activité de ces services de façon à garantir qu'ils contribuent réellement à la prévention.

Dans l'ensemble, les objectifs de la directive-cadre de 1989 concernant les services de prévention n'ont pas été atteints. Il est particulièrement préoccupant de constater que les quatre pays les plus peuplés sont ceux où, pour des raisons différentes, les blocages ont été les plus importants. L'on peut avancer l'hypothèse d'une régression au Royaume-Uni. En

France et en Allemagne, peu de choses ont réellement changé en dix ans. En Italie, une réforme importante a eu lieu mais les services de prévention constituent un des maillons les plus faibles du nouveau système. Cette faiblesse risque d'être renforcée par la politique de l'actuelle coalition gouvernementale dirigée par M. Berlusconi qui entend soumettre la législation relative à la santé au travail à une opération de dérégulation drastique sur la base d'un mandat parlementaire des plus vagues¹. Dans d'autres pays, des progrès réels ont été accomplis par rapport à certains des paramètres que nous avons examinés (couverture, pluridisciplinarité, fonctionnement stable en tant que service). Sur d'autres paramètres (priorité à une politique de prévention globale, indépendance et rapports de confiance avec les travailleurs), des doutes importants surgissent. Enfin, presque partout dans l'Union européenne, les instances de socialisation de l'expérience de ces services restent sous-développées voire inexistantes (voir l'article p. 39). Il se crée une sorte de marché atomisé de la prévention qui ne s'intègre pas vraiment dans le cadre d'une politique nationale cohérente.

Couverture universelle ? Sans doute 50 % d'exclus !

Les questions de santé au travail concernent l'ensemble des travailleurs quels que soient leur statut juridique, la dimension de leur entreprise ou le secteur d'activité. A quelques exceptions près, les travailleurs indépendants restent écartés de l'activité des services de prévention partout en Europe. Parmi les exceptions, l'on mentionnera qu'une certaine couverture est assurée en Finlande, dans l'agriculture en France ou à travers l'activité des services publics de prévention en Italie. Mais, dans l'ensemble, les Etats concernés ont négligé cet aspect de l'activité préventive. Cela renvoie également à une des insuffisances de la législation communautaire en la matière. La situation des travailleurs indépendants n'a fait l'objet que d'une récente recommandation² et l'expérience montre que des instruments sans force contraignante n'ont qu'une très faible influence sur les situations nationales.

Pour les travailleurs salariés, la législation communautaire exclut les travailleuses domestiques (il s'agit d'une écrasante majorité de femmes) et, en règle générale, celles-ci n'ont pas accès à des services de prévention dans les différents Etats.

¹ La loi de simplification votée par la Chambre en décembre 2002 et par le Sénat en mars 2003 donne un véritable chèque en blanc à l'exécutif pour opérer une contre-réforme dans le domaine de la santé et de la sécurité. L'idée dominante est de rendre la matière "compatible avec les caractéristiques de gestion et d'organisation des entreprises".

² Recommandation du 18 février 2003, JOCE, L53, p. 45, 28 février 2003.

En ce qui concerne la couverture des autres travailleurs salariés, la situation est très inégale suivant les pays. Une estimation a été effectuée par des chercheurs dans le cadre d'un projet de recherche du programme suédois Saltsa sur la qualité des services de prévention³. Les données recueillies en 2000 permettaient d'avancer l'hypothèse que 50 % des travailleurs salariés avaient probablement accès à des services de prévention dans l'Europe communautaire avec des variations nationales considérables. La couverture pouvait aller de 25 % à 95 % suivant les pays.

Certains pays s'approchent d'une couverture universelle en prévoyant que les entreprises qui ne disposent pas d'un service interne de prévention avec des compétences suffisantes sont tenues de s'affilier à un service externe. C'est le cas des Pays-Bas, du Luxembourg, de la Belgique. En France, il existe une couverture universelle limitée aux services de médecine du travail. L'Autriche a également opté pour le principe d'une couverture universelle. Dans la pratique, en 2003⁴, la couverture doit se situer un peu au-delà de 70 % de l'ensemble des travailleurs alors qu'elle était évaluée à 55 % en 2000. Cette couverture reste souvent assez théorique dans les petites entreprises. En effet, le temps minimal des prestations des médecins du travail et des techniciens de sécurité est tellement réduit (1,2 et 1,5 heures respectivement) que de nombreuses entreprises de moins de 50 travailleurs se limitent à s'adresser à un service de prévention mis en place par le système d'assurance contre les risques professionnels (AUVA)⁵. En dehors des examens médicaux, peu d'activités préventives sont organisées⁶.

Les données concernant l'Espagne indiquent plusieurs tendances : de nombreuses entreprises, surtout parmi celles de dimension réduite, ne disposent d'aucun service de prévention⁷; quand les entreprises disposent d'un tel service, il s'agit le plus souvent d'un service externe et son impact sur la prévention dans l'entreprise est faible. Seuls les examens médicaux sont pratiqués de façon relativement étendue. Ainsi, en 1999, d'après les données de la IV^e Enquête nationale sur les conditions de travail, 24 % des entreprises n'avaient organisé aucune activité préventive, 52,3 % avaient organisé des examens médicaux et 30,2 % avaient procédé à une évaluation initiale des risques. Des enquêtes plus récentes montrent que peu de progrès ont été réalisés (voir l'article p. 33).

Dans les pays nordiques, la situation n'a pas progressé de façon significative. En Finlande, l'on est

très proche de l'objectif d'une couverture universelle (entre 95 % et 100 % des travailleurs suivant les sources). En Suède, l'on constate un recul par rapport à la situation des années 80 : l'on estimait généralement que près de 80 % des travailleurs avaient alors accès à des services de prévention. Aujourd'hui, ce pourcentage pourrait se situer autour de 60 %. C'est une évaluation très approximative. Les données statistiques concernant la couverture assurée par les services de prévention en Suède sont assez contradictoires. Les chiffres que nous avons pu consulter se situent dans une fourchette qui va d'un peu plus de 50 % des travailleurs⁸ à 72 %⁹. Cette imprécision, étonnante dans un pays bien pourvu en statistiques sur la santé au travail, est révélatrice de la désorganisation actuelle des services et de leur désarticulation par rapport à une politique nationale de prévention. Au Danemark, la couverture se situerait entre 35 et 40 % des travailleurs. Au début des années 90, des plans avaient été élaborés pour passer progressivement à une couverture intégrale. Les progrès furent très lents. La seule extension récente a concerné le secteur des hôpitaux. Au printemps 2001, un accord était intervenu entre le parti social-démocrate qui était alors au pouvoir et deux partis de gauche dans le cadre du vote sur le budget. Cet accord prévoyait l'extension des services de prévention à l'ensemble des travailleurs pour la fin de l'année 2005¹⁰. Le processus a été bloqué à la fin de l'année 2001 par l'arrivée au pouvoir d'une coalition entre libéraux et conservateurs qui bénéficie du soutien parlementaire du Parti du Peuple, une formation libérale-xénophobe d'extrême droite. Le nouveau gouvernement considère que la couverture générale des travailleurs par des services de prévention ne constitue plus un objectif à atteindre et il envisage de réduire cette couverture dans des secteurs où elle est actuellement obligatoire. Les entreprises qui seraient certifiées comme menant une bonne politique d'amélioration du milieu de travail pourraient se passer d'un service de prévention. L'on peut penser qu'entre un marché de la certification et un marché des services de prévention, les besoins propres des travailleurs ne constitueront pas la priorité.

La situation la plus préoccupante est celle du Royaume-Uni¹¹. Le nombre de travailleurs qui ont accès à un service de prévention a diminué de façon drastique. La multiplication des petites entreprises, le développement de différentes formes de sous-traitance, la privatisation de services publics ont contribué fortement à cette situation. D'après la Confédération syndicale britannique, le TUC, le

³ R-M Hämäläinen *et alii*, *Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2001.

⁴ Pour l'estimation de 2003, nous nous fondons sur une communication au BTS du Dr Erich Pospischil du 27 mars 2003 selon laquelle, dans les entreprises de plus de 250 travailleurs, la couverture est de 98 %, entre 50 et 250 travailleurs, elle est d'environ 85 % et dans les entreprises de moins de 50 travailleurs, elle est d'environ 65 %. Or, 80 % des travailleurs en Autriche sont occupés dans ce dernier groupe d'entreprises.

⁵ D'après une lettre du 2 avril 2003 de l'Inspection centrale du travail au BTS, 35 % des entreprises de moins de 50 travailleurs auraient opté pour cette formule.

⁶ Communication au BTS de M. Michael Lenert de la Chambre du Travail de Vienne, 1^{er} avril 2003.

⁷ Parmi les entreprises espagnoles de moins de 10 travailleurs, un quart environ ne dispose d'aucune organisation en ce qui concerne la prévention et un quart a confié la mission du service de prévention à l'employeur lui-même. Des données détaillées sont reprises dans la IV^e enquête nationale sur les conditions de travail réalisée à la fin de l'année 1999 : http://internet.mtas.es/lnsht/statistics/4enct_orga.htm.

⁸ S. Marklund (ed.), *Worklife and Health in Sweden 2000*, Stockholm, 2001, p. 65.

⁹ Swedish Institute, Occupational Safety and Health, *Fact Sheet on Sweden*, mars 2002, pp. 2-3.

¹⁰ A. H. Riis et P. L. Jensen, Denmark : Transforming Risk Assessment to Workplace Assessment, in D. Walters (ed.), *Regulating Health and Safety Management in European Union. A Study of the Dynamics of Change*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, 2002, pp. 59-80.

¹¹ Les données de ce paragraphe proviennent de : L. Ponting, The sad case of occupational health provision in Britain, *Health and Safety Bulletin*, n° 311, août-septembre 2002, pp. 11-14.

nombre de travailleurs ayant accès à des professionnels de la santé et de la sécurité se serait réduit de 12 millions en 1992 à 7,5 millions en 2002. En pourcentage, cela représente une diminution de la couverture de 50 % à 30 % de l'ensemble des travailleurs. Une enquête réalisée par l'*Institute of Occupational Medicine* sur commande du *Health and Safety Executive* jette une lumière crue sur la situation. Cette enquête porte sur un certain nombre de fonctions, missions et tâches plus que sur les modalités d'organisation mises en place. Elle considère qu'à peine un septième des travailleurs (occupés dans 3 % de l'ensemble des entreprises) sont couverts par des activités de santé au travail correspondant à une définition relativement stricte qui inclut la formation, la modification des activités de travail, le mesurage des facteurs de risque, le suivi de la santé. Pour 7,5 millions de travailleurs (15 % des entreprises), l'accès se réduit à une sorte de service minimum constitué par l'identification des facteurs de risque, la gestion du risque et des informations. Du personnel spécialisé en santé et sécurité existe dans environ la moitié des entreprises où des activités de prévention sont organisées. Les trois professions le plus souvent citées sont des responsables de santé et sécurité (dans 45 % des cas), des médecins généralistes (29 % des cas) et des infirmières du travail (29 %). La stratégie définie par le *Health and Safety Executive* pour revitaliser la prévention au Royaume-Uni ne considère pas le développement des services de prévention comme une priorité. Le gouvernement a jusqu'à présent fait la sourde oreille à la revendication syndicale de créer un cadre législatif qui rendrait obligatoire le recours à des services de prévention. Il préfère mettre l'accent sur l'autorégulation patronale complétée par d'éventuels partenariats entre patrons et syndicats. Dans un contexte politique où le gouvernement considère qu'il serait exagéré d'imposer aux employeurs de faire une enquête sur les accidents du travail survenus dans leur entreprise, il est peu probable que des règles précises soient élaborées en ce qui concerne les services de prévention (voir encadré ci-contre). La responsabilité de la Commission européenne de veiller à une transposition correcte de la directive-cadre n'en est que plus forte.

Les compétences requises

La directive-cadre ne définit pas quelles sont les compétences requises au sein des services de prévention. Elle laisse cette responsabilité aux Etats membres. Il faudrait évidemment tenir compte de la

cohérence de la directive-cadre et ne pas isoler l'article 7 concernant les services de prévention de ses autres dispositions et, en particulier, de la définition très large du champ de la prévention (art. 6) et de la nécessité de garantir pour tous les travailleurs un accès à la surveillance de la santé. Il paraît dès lors logique que les compétences requises portent sur les principales disciplines qui interviennent dans le domaine de la prévention. C'est dans ce sens que la directive a été transposée dans différents pays (Belgique, Pays-Bas, Espagne) tandis que dans les pays nordiques la pratique de la multidisciplinarité s'était affirmée antérieurement¹². L'on constate qu'il y a une sorte de tronc commun de disciplines qui couvre la médecine du travail à laquelle peuvent être associées quelques spécialités paramédicales : la sécurité, l'hygiène industrielle, l'ergonomie et la psychologie. Les dénominations précises de certaines de ces disciplines peuvent varier d'un pays à l'autre et, jusqu'à présent, seule la médecine du travail fait l'objet de mesure d'harmonisation communautaire en ce qui concerne la reconnaissance des diplômes.

Le cas espagnol est cependant particulier. La réglementation mentionne différentes disciplines mais autorise l'employeur à ne choisir que deux disciplines pour former un service de prévention. D'autre part, la situation dans le domaine de la formation est préoccupante. D'après les constatations d'un rapport du président du Conseil Economique et Social, M. Durán, la formation des spécialistes en hygiène, sécurité, ergonomie et psychosociologie est chaotique.

L'Autriche et le Portugal constituent des exceptions parmi les pays qui ont opté pour un service unique de prévention puisqu'ils ne requièrent que la participation de médecins du travail¹³ et de techniciens de sécurité dans les services de prévention. Cette conception étriquée de la multidisciplinarité n'a pas permis de donner un statut précis aux autres intervenants comme les ergonomes, les psychologues, les hygiénistes industriels.

La seule compétence définie avec plus ou moins de précision par l'ensemble des Etats concerne la médecine du travail bien que la surveillance de la santé ne soit pas toujours effectuée par des médecins du travail¹⁴. Cependant, dans de nombreux pays, celle-ci est loin d'être organisée dans des services couvrant l'ensemble des travailleurs. Rappelons que les directives communautaires n'imposent pas une surveillance de la santé de l'ensemble des travailleurs mais qu'elles prévoient une surveillance obligatoire

¹² Pour les pays nordiques, le cadre réglementaire n'a joué qu'un rôle accessoire. Le passage à la multidisciplinarité s'est effectué essentiellement en raison de la demande sociale, des orientations générales d'une politique nationale de prévention et de l'appui apporté par les fonds publics consacrés à l'amélioration du milieu de travail. L'absence de cadre réglementaire contraignant pourrait remettre en cause ces acquis au Danemark et en Suède dans la mesure où le contexte général s'est profondément transformé.

¹³ Les médecins du travail bénéficient de l'assistance d'infirmières du travail dans les entreprises comptant au moins 250 travailleurs. Le nombre de médecins du travail au Portugal se situerait entre 1.000 et 1.200 (d'après les informations communiquées au BTS par Mme Claudia Matos, de l'IDICT en mars 2003).

¹⁴ En Allemagne, les médecins du travail (au sens strict de détenteurs d'un diplôme de médecine du travail) constituent moins d'un tiers de l'ensemble des médecins qui interviennent pour la prévention dans les entreprises (4.112 sur 13.395 en décembre 2000).

Faut-il enquêter sur les accidents du travail ?

La réponse semble aller de soi. Comment mettre à jour les plans de prévention si l'on ne tient pas compte de l'expérience des accidents et des problèmes de santé causés par le travail ? La directive-cadre n'indique-t-elle pas que les accidents doivent faire l'objet d'un rapport soumis aux représentants des travailleurs ? Dans la majorité des pays communautaires, l'obligation d'enquêter sur les accidents du travail et les problèmes de santé causés par le travail ne laisse pas de place au moindre doute. Souvent, cette activité doit être menée avec l'assistance d'un service de prévention (interne ou externe) et en y associant les représentants des travailleurs. En Belgique, une loi récente¹ prévoit qu'en cas d'accident grave, parallèlement à l'enquête menée par l'entreprise, l'inspection du travail désignera même un expert dont le rapport sera remis à l'employeur et discuté avec les représentants des travailleurs. Le coût de l'expertise est mis à charge de l'employeur suivant un mécanisme indirect (il est couvert par la compagnie d'assurance de l'employeur qui peut ensuite se faire rembourser par ce dernier).

A la fin de 1998, la *Health and Safety Commission* (HSC) britannique avait lancé une consultation. Il s'agissait d'introduire explicitement dans la réglementation une obligation d'enquêter sur les accidents et autres problèmes de santé au travail. Cette initiative reçut un soutien unanime des syndicats et de la grande majorité des professionnels de la prévention. Malgré la grogne habituelle qui est de mise lorsqu'il s'agit d'améliorer le cadre légal de la santé et sécurité, l'hostilité patronale n'était pas très forte. Après cette première consultation qui reçut 684 contributions, une deuxième consultation fut organisée en 2001². Ce retard était gênant mais le résultat final ne semblait pas remis en cause. Après plus de quatre ans, la *Health and Safety Commission* a pris sa décision le 3 décembre 2002, mais elle ne l'a rendue publique que le 31 janvier 2003. C'est un rejet. Le message est clair : les employeurs britanniques savent désormais qu'ils ne sont pas tenus d'enquêter sur les accidents du travail. S'ils désirent le faire, ils seront les bienvenus, bien

entendu, et on publiera quelque guide à l'intention de ces patrons bienveillants et curieux. Une enquête du *Health and Safety Executive* (HSE) aurait démontré que, de toute façon, les employeurs n'ont pas tellement confiance dans l'utilité d'un tel exercice. Le communiqué de la HSC montre que c'est le climat politique qui a été déterminant : l'heure n'est pas à une réglementation envers les entreprises, il faut favoriser des "initiatives volontaires". Le gouvernement ne tient pas à entraver le bon fonctionnement des entreprises avec des réglementations exigeantes.

Cette épisode illustre bien la stratégie des autorités britanniques en ce qui concerne la mise en oeuvre de la directive-cadre³. Formellement, les principales dispositions de celle-ci ont été transposées mais le contexte général d'hostilité à une législation qui protège les travailleurs parvient à vider un grand nombre de dispositions de leur contenu concret. Quel sens peut avoir la consultation des travailleurs sur un rapport consacré aux accidents du travail, si l'employeur n'est même pas tenu d'enquêter sur ceux-ci ? Il s'agira vraisemblablement d'un simple registre qui ne présente pas d'intérêt véritable en termes de prévention.

L'estimation des coûts de la mesure proposée était de l'ordre de 18 millions de livres par an (calculée par le HSE en 2001), c'est-à-dire de moins d'une livre par travailleur.

Le secrétaire-général du TUC, Brendan Barber, a indiqué que "tant que les employeurs n'enquêteront pas de façon régulière sur les accidents et les incidents, ce boulot reviendra aux représentants (syndicaux) pour la sécurité, aux inspecteurs du travail et, dans les cas les plus graves, aux enquêteurs dans le cadre de poursuites pénales".

¹ Loi du 25 février 2003 portant des mesures pour renforcer la prévention, *Moniteur belge*, 14 mars 2003.

² Le document soumis à la consultation se trouve sur le site : <http://www.hse.gov.uk/consult/condocs/cd169.pdf>.

³ Voir D. Walters (ed.), *Regulating Health and Safety Management in European Union. A Study of the Dynamics of Change*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, 2002.

¹⁵ Parmi les nouvelles spécialités qui permettent de devenir "médecins compétents" pour la prévention sur les lieux de travail, il y a la médecine d'assurance, l'hygiène et la médecine légale. Cette dernière aurait-elle été choisie pour effectuer des autopsies en cas d'accident mortel ? Voir décret-loi n° 402 du 12 novembre 2001.

¹⁶ Au Luxembourg, un texte réglementaire définissant les compétences du personnel des services de prévention est actuellement en voie d'adoption, plus de huit ans après l'entrée en vigueur de la loi transposant la directive-cadre.

¹⁷ Dispositions de l'Autorité du Milieu de Travail Suédois concernant la gestion systématique du milieu de travail, 15 février 2001. Voir en particulier l'article 12.

¹⁸ C. Dyer, *Getting the ticket*, *Health and Safety Bulletin*, n° 313, novembre 2002, pp. 15-20.

¹⁹ Suite à la condamnation de l'Italie par la Cour de justice des Communautés européennes, le gouvernement a adopté en juin 2003 un décret législatif définissant les compétences du responsable du service et de ses membres. Il est loin de faire l'unanimité. En particulier, le décret prévoit le maintien des "situations acquises" de la plupart des responsables et membres des services qui ont exercé leurs activités antérieurement. D'autre part, il ne requiert qu'un niveau assez bas de qualification lorsqu'il s'agit de grandes entreprises ou d'entreprises à risques importants.

²⁰ Ainsi une enquête menée en Emilie-Romagne dans les petites et moyennes entreprises indique que, dans 94 % des cas, l'employeur a confié l'évaluation des risques à un consultant externe (voir : Istituto per il Lavoro, *Salute e sicurezza in Emilia Romagna*, FrancoAngeli, Milan, 2001).

dans certains cas (par ex. exposition aux agents chimiques dangereux, travailleurs utilisant des écrans de visualisation, travailleurs dont la santé peut être mise en danger par la manutention manuelle de charges, etc.) qui devrait être complétée par la possibilité pour chaque travailleur d'avoir recours à la surveillance de la santé quand il l'estime nécessaire. La réalité de nombreux pays reste éloignée de ces objectifs. La surveillance obligatoire semble peu respectée dans les pays où il n'y a pas de couverture universelle par des services de prévention incluant la médecine du travail, surtout en ce qui concerne les travailleurs précaires et les petites et moyennes entreprises. L'accès à une surveillance de santé à l'initiative du travailleur est rarement garanti dans les entreprises qui ne sont pas soumises à la surveillance obligatoire. Par ailleurs, l'on observe une régression dangereuse en Italie où les médecins assurant la surveillance de la santé dans les entreprises (désignés dans la législation italienne par le terme de "médecins compétents") ne sont pas nécessairement compétents en médecine du travail depuis une réforme introduite par le gouvernement de Silvio Berlusconi à la fin de l'année 2001¹⁵. Mais, surtout, le problème principal reste le lien trop faible entre les examens médicaux individuels et une politique de prévention qui aborderait de façon prioritaire la transformation des conditions collectives de travail.

De nombreuses législations prévoient également l'intervention d'infirmières du travail. Il s'agit d'une des spécialités les plus répandues mais aussi les plus ignorées dans l'ensemble des activités des services de prévention dans la mesure où elle est généralement perçue comme remplissant une simple fonction auxiliaire par rapport à celle des médecins du travail. Les infirmières du travail forment une des premières spécialisations dans le domaine de la santé au travail à constituer une organisation européenne : la Fédération des infirmières de santé au travail dans l'Union européenne (voir : www.stthl.net/fohney.html).

Lors de la transposition, certains pays n'ont pas défini les compétences précises qui devraient être réunies dans les services de prévention. Ils permettent ainsi à l'employeur de décider de façon discrétionnaire quelle serait la composition des services, voire des experts intervenant à titre individuel et sans coordination au sein d'un ou de plusieurs services. C'est le cas notamment de l'Irlande, du Luxembourg¹⁶, du Royaume-Uni, de la Suède et de l'Italie. En Suède, la transposition de l'article 7 de la directive-cadre se limite à demander que les experts qui assistent

l'employeur aient une "compétence suffisante"¹⁷ alors que la directive impose aux Etats de définir ces compétences. Jusqu'à présent, la Commission n'a entamé de procédure judiciaire en manquement que contre l'Italie qui a été condamnée par la Cour de justice dans un arrêt du 15 novembre 2001 (voir *Newsletter du BTS*, n° 18, mars 2002, pp. 7-8).

Au Royaume-Uni, la carence des autorités publiques est partiellement compensée par l'existence d'organismes privés qui ont mis en place un système d'accréditation et d'enregistrement des personnes intervenant dans le domaine de la santé et de la sécurité¹⁸. Le principal organisme qui structure ces professions est l'*Institution of Occupational Safety and Health* (IOSH) qui regroupe environ 25.000 personnes réparties en trois groupes suivant le niveau de formation et l'expérience professionnelle. L'IOSH a connu une importante expansion au cours de ces dix dernières années. D'autres organismes interviennent aussi dans la certification de formations. Cependant, cette intervention d'organismes est insuffisante à réguler le marché de la prévention. D'une part, les employeurs peuvent toujours recourir à du personnel de prévention qui ne répond pas aux critères posés par ces organismes; d'autre part, l'organisation professionnelle ne suffit pas à garantir l'indépendance des intervenants.

La discrétion avec laquelle les employeurs italiens peuvent désigner le responsable du service de prévention et les autres intervenants de ce service indépendamment de toute condition précise de compétence ou d'agrément a créé une situation dans laquelle la majorité de ces responsables ne jouent qu'un rôle effacé faute d'autorité, de moyens et parfois de compétences¹⁹. C'est ce qu'ont mis en évidence la plupart des enquêtes menées au cours de ces dernières années. Les services de prévention d'entreprise constituent sans doute un des maillons faibles du système de prévention italien, et il s'est développé un vaste marché d'expertises externes qui n'est pas structuré dans le cadre de services inter-entreprises. Ces expertises visent le plus souvent à répondre à des demandes immédiates de l'employeur dont la principale est l'élaboration formelle de documents tel que le document d'évaluation des risques²⁰. Il est douteux qu'une telle situation débouche sur une prévention planifiée et globale. Les données d'une enquête nationale sur l'état de la prévention mettaient en avant les difficultés rencontrées par les responsables des services de prévention dans les termes suivants : "Les responsables des

services de prévention parlent de leur travail avec une profonde insatisfaction. Ils en décrivent les limites ainsi que la difficulté d'être des sujets en première ligne dans la prévention en entreprise sans avoir cependant la possibilité de prendre des décisions importantes au plan pratique (...). Peu de responsables parlent ouvertement de l'organisation dans l'entreprise des services de protection et de prévention; leur rôle est essentiellement administratif-technique, avec une seule préoccupation dominante : que l'employeur soit en règle avec la loi²¹.

Multidisciplinarité ou dualisme ?

Historiquement, les pratiques de prévention ont été longtemps de simples dérivés secondaires des pratiques de compensation des risques professionnels. La médecine du travail était liée à la notion de maladies professionnelles de telle sorte que, dans de nombreux pays, la surveillance de la santé n'était rendue obligatoire qu'en fonction d'un risque déterminé de maladie professionnelle. La sécurité était liée à la lutte contre les accidents du travail. On négligeait l'organisation du travail, l'ergonomie, de nombreux problèmes de santé qui ne débouchaient pas sur une incapacité de travail ou se développaient à long terme.

La plupart des réformes intervenues au cours de ces dernières années ont mis en avant le principe de multidisciplinarité des services de prévention²². Ce n'est cependant pas le cas dans un certain nombre de pays. En particulier, en Allemagne, le système antérieur a été maintenu sans grandes modifications. La plupart des entreprises sont tenues de disposer de techniciens de sécurité, d'une part, et de confier à des médecins du travail la surveillance de la santé, de l'autre. Certes, des liens existent entre ces deux interventions mais, dans l'ensemble, les pratiques de prévention ne sont que rarement entreprises sur une base multidisciplinaire.

Au Luxembourg, la législation adoptée en juin 1994 pour transposer la directive-cadre maintient un dualisme de principe²³. Les entreprises sont tenues de disposer d'un service de santé au travail en ce qui concerne la surveillance de la santé, d'une part, et d'un service de prévention et de protection pour la prévention en général, d'autre part. Bien que les services de santé au travail soient également chargés de conseiller l'employeur et les salariés dans des domaines tels que l'hygiène et l'ergonomie, la seule compétence rendue obligatoire est la médecine du

travail. La législation luxembourgeoise n'exclut pas que des services de santé au travail internes ou externes puissent également assumer les missions incombant aux services de prévention et de protection. Elle n'exclut pas la formation de services multidisciplinaires mais la fait dépendre d'une évaluation par le service des besoins qu'il aurait pour remplir ses missions. Les spécialistes ne concernant pas le domaine de la santé cités à titre d'exemple par la réglementation sont des ingénieurs de sécurité, des ingénieurs hygiénistes, des ergonomes, des psychologues et des agents techniques²⁴. Dans les faits, l'introduction d'une approche multidisciplinaire reste assez lente. D'après les données que nous a communiquées la Direction de la Santé en avril 2003²⁵, les 7 services de santé au travail qui existent actuellement comptent 45 médecins du travail à plein temps, 10 infirmières et 19 spécialistes pour l'ensemble des autres qualifications (9 ingénieurs/techniciens de sécurité, 1 hygiéniste/toxicologue, 3 ergonomes, 4 psychologues, 1 architecte d'intérieur et 1 kinésithérapeute).

En Autriche, une solution différente a été adoptée. Désormais, les médecins du travail et les techniciens de sécurité doivent travailler au sein d'un même service lorsque celui-ci a été créé. Par contre, un employeur peut maintenir une formule dualiste en faisant intervenir à titre individuel un technicien de sécurité et un médecin du travail. Une telle solution n'a pas vraiment débouché sur une pratique multidisciplinaire. Il s'agit plutôt d'une formule qui vise à faciliter la coopération entre médecins du travail et techniciens de sécurité sans véritablement ouvrir le champ de la prévention à d'autres disciplines. Dans les faits, la majorité des médecins du travail continuent à effectuer leurs activités sur une base individuelle sans être rattachés à un service de prévention. D'après les données que nous a transmises le Dr Pospischil en mars 2003, il y aurait actuellement pour les activités de prévention environ 1.280 médecins, de 3.000 à 4.500 techniciens de sécurité et moins d'une dizaine d'hygiénistes industriels (formés en Allemagne ou dans les pays nordiques parce qu'il n'existe pas de formation spécifique en Autriche). Les chiffres concernant les techniciens de sécurité sont très incertains dans la mesure où il s'agit souvent de personnel occupant des fonctions dans l'organisation de la production et pour lesquels l'activité de prévention peut être réduite voire marginale. Le nombre d'ergonomes actifs sur le terrain de la prévention dans les entreprises se situerait entre 12 et 15. Par ailleurs, 124 personnes sont enregistrées comme psychologues du

²¹ L. Biridelli, E. Montanari, M. Sordini, Da soli si fa male. Il sistema partecipato di prevenzione e sicurezza sul lavoro, *Quaderni Rassegna Sindacale*, n° 4, oct.-déc. 2001, p. 153.

²² Pour les pays nordiques, ce principe ne constituait pas une nouveauté. Il avait été consacré au cours des années 70 suivant des modalités diverses.

²³ Loi du 17 juin 1994 concernant les services de santé au travail et loi du 17 juin 1994 concernant la sécurité et la santé des travailleurs au travail. Ces deux lois ont été publiées dans le *Mémorial*, A-n° 55 du 1^{er} juillet 1994.

²⁴ Règlement grand-ducal du 2 avril 1996 relatif au personnel, aux locaux et à l'équipement des services de santé au travail (*Mémorial*, A-n° 26 du 26 avril 1996).

²⁵ Communication des Drs Steffes et Goerens au BTS, 2 avril 2003.

travail auprès de la Société Autrichienne de Psychologie mais il est difficile de savoir combien d'entre elles travaillent directement à la prévention dans les entreprises²⁶. Tant les ergonomes que les psychologues ne disposent d'aucun statut dans la réglementation.

La Grèce a également maintenu pour l'essentiel une formule dualiste. D'une part, tout employeur est tenu de désigner un responsable de la sécurité quelle que soit la dimension de l'entreprise. Dans les entreprises où les risques sont considérés comme moins importants, l'employeur peut remplir cette fonction lui-même à condition d'avoir suivi une formation assez sommaire de 10 heures. D'autre part, les entreprises occupant au moins 50 travailleurs (avec des seuils plus bas pour les entreprises où il existe des risques particuliers) sont tenues d'organiser la surveillance de la santé en contractant un médecin du travail. Pour les deux spécialités, la formation d'un service n'est pas requise. Les modalités d'organisation peuvent varier de la désignation d'un travailleur en interne à des contrats avec des personnes extérieures. Nous n'avons pas pu obtenir de données d'ensemble sur les modalités concrètes d'organisation des services. L'adhésion à un service de prévention externe où se trouvent nécessairement réunies les deux compétences de la sécurité et de la médecine du travail n'est qu'une des modalités possibles de l'organisation des services de prévention. Dans une région (Attique de l'Est et îles du Nord de la mer Egée), près de la moitié des entreprises qui font appel à un médecin travaillent sur la base de contrats individuels en dehors de tout service de prévention (196 entreprises) tandis que 183 entreprises font appel à des médecins travaillant dans le cadre de services externes de prévention et 17 emploient des médecins dans leur personnel. Pour les techniciens de sécurité, la proportion des collaborateurs individuels externes dépasse la moitié (631 entreprises) contre 228 qui utilisent des techniciens appartenant à des services externes de prévention et 309 employant directement le technicien²⁷.

En France, le débat sur la transformation des services de médecine du travail se poursuit depuis des années. Les réponses apportées jusqu'à présent sont loin de consacrer une intervention multidisciplinaire dans les entreprises. A la différence de ce qui se passe en Allemagne, les préventeurs autres que les médecins du travail exercent leurs activités en dehors de tout cadre réglementaire²⁸. Cela limite fortement leur indépendance, réduit les liens qu'ils ont avec les organes de représentation des travailleurs

et les inscrit dans une sorte de zone de non-droit. Aucune entreprise, quelle que soit sa dimension ou le niveau de risques, n'est tenue de disposer d'un service interne de prévention. Par contre, les services de médecine du travail ont été rebaptisés "services de santé au travail". Cette opération est liée à l'introduction dans ces services d'intervenants qui ne sont pas des médecins du travail. C'est une conception homéopathique de la multidisciplinarité qui prévaut. Au premier janvier 2002, il y avait dans les services de santé au travail 7.067 médecins du travail (de l'ordre de 5.260 équivalents temps plein) assistés par 5.182 secrétaires médicales et 3.747 infirmières. Le reste des intervenants en santé au travail est constitué par 236 personnes. Il faut ajouter un personnel administratif de 1.534 personnes. Le rapport entre les "autres préventeurs" (dont les qualifications précises sont inconnues des statistiques et ne sont pas définies par la réglementation) et les médecins indique clairement que les premiers n'ont qu'une fonction auxiliaire. Le nombre de ces préventeurs est du reste inférieur au nombre de services existants, ce qui signifie qu'une partie des "services de santé au travail" continue à être exclusivement des services de médecine du travail. Il y a 180 intervenants en services inter-entreprises pour un total de 363 services et 56 intervenants pour un total de 765 services autonomes d'entreprise²⁹.

Les blocages actuels en France sont liés à de fortes pressions du patronat. Celui-ci a mis en avant deux priorités qui n'ont rien à voir avec une évaluation des besoins en prévention. D'une part, il revendique une réforme à coût zéro et ne conçoit la multidisciplinarité qu'avec les lunettes de sa propre politique de gestion des entreprises : il s'agit d'introduire de la sous-traitance à moindre coût en faisant faire par d'autres personnes, aux rémunérations inférieures et sans garantie concernant l'indépendance professionnelle, quelques unes des tâches des médecins du travail. D'autre part, il entend bien ne pas perdre la mainmise totale qu'il exerce sur les préventeurs en place dans les entreprises, qu'il peut désigner et remplacer de façon discrétionnaire et qu'il n'est pas tenu d'associer aux activités des Comités de sécurité et hygiène. C'est pourquoi l'état actuel des services de santé au travail en France fait l'objet de nombreuses critiques. Les propositions gouvernementales n'ont pas, jusqu'à présent, affronté la question cruciale des préventeurs dans les entreprises. Elles limitent le débat sur la multidisciplinarité à deux de ses facettes : le rapport entre les différents intervenants publics extérieurs et l'introduction de quelques

²⁶ D'après les estimations de M. Michael Lenert, le nombre de psychologues pourrait être de l'ordre de 375. Ses calculs incluent des psychologues du travail et des psychologues de l'organisation.

²⁷ Ces données concernent 1.860 entreprises avec un total de 68.120 travailleurs. Elles nous ont été communiquées en mars 2003 par Mme Katsakiori, inspectrice du travail au KEPEK (Centre de prévention des risques professionnels). Les chiffres indiqués portent sur la quantité de contrats passés par une entreprise avec un médecin, qu'il soit indépendant ou qu'il appartienne à un service de prévention. Un même médecin peut évidemment avoir des contrats avec plusieurs entreprises.

²⁸ Le décret du 24 juin 2003 paru au *Journal Officiel* du 26 juin 2003 modifie quelque peu cette situation. Il a été publié alors que cet article était déjà rédigé. Nous reviendrons ultérieurement sur son contenu qui est loin de couvrir l'ensemble des préventeurs travaillant actuellement dans ou pour les entreprises.

²⁹ Direction des relations du travail, *Conditions de travail. Bilan 2002*, édition hors-commerce, s.l., s.d.

techniciens assistant les médecins du travail. Le titre récent d'un article de la revue *Santé et Travail* résume bien ce malaise : *La pluridisciplinarité dévoyée*³⁰. L'auteur résume ainsi les débats : "Ca ne passe pas. Le projet de décret instaurant la pluridisciplinarité dans les nouveaux services de santé au travail a déclenché un tir groupé des organisations syndicales et des médecins du travail. Tous craignent à cette occasion, une remise en cause de l'indépendance des professionnels de la santé au travail par un contrôle accru des employeurs sur leur mission".

L'Italie a développé une formule hybride entre la multidisciplinarité et le dualisme. La législation distingue le service de prévention et de protection, qui, en réalité, n'est pas nécessairement un service et dont le personnel n'a pas des compétences vraiment définies, et le "médecin compétent" qui ne fait pas partie de ce service et n'est pas nécessairement intégré dans un service de prévention. Rappelons que depuis un décret du 12 novembre 2001, ce "médecin compétent" n'est plus obligatoirement un médecin du travail. Le dualisme est atténué. En effet, la législation prévoit que des rapports réguliers soient instaurés entre le médecin compétent et le service de prévention notamment sous la forme d'une réunion périodique pour la prévention qui a lieu au moins une fois par an dans les entreprises de plus de 15 travailleurs. Une proposition récente du patronat des secteurs de l'artisanat propose d'éliminer la nécessité pour le médecin compétent de connaître la réalité des conditions du travail de l'entreprise et limite en pratique son rôle aux examens médicaux individuels³¹.

Enfin, on peut s'interroger sur la réalité de la multidisciplinarité dans les pays où il n'existe pas de services de prévention en tant que tels (Royaume-Uni, Irlande).

Des interventions ponctuelles et non coordonnées

La directive-cadre prévoit une planification de la prévention dans un ensemble cohérent. Une telle approche suppose de donner un sens à la notion de service(s) utilisée dans l'intitulé de l'article 7.

A notre sens, deux éléments méritent d'être soulignés :

- Une priorité doit être accordée à la désignation d'un service interne. C'est en fonction des missions que ne peut pas remplir un service interne, que le recours à un service externe se justifie³².

- En règle générale, il conviendrait de définir les besoins en expertise (interne et externe) en fonction de l'exigence d'une prévention planifiée. Cela implique que le recours à des expertises externes ne se limite pas à des demandes ponctuelles, qu'un lien entre ces différentes expertises soit établi et qu'un lien existe entre les activités des services internes et externes. En particulier, l'expérience montre que l'existence de services externes soumis à un agrément public et dotés d'organismes de contrôle auxquels prennent part les syndicats garantit de meilleures conditions que l'offre atomisée d'experts et consultants individuels ou organisés dans des sociétés commerciales.

De nombreux pays ont établi des seuils de dimension pour rendre obligatoire la formation d'un service interne. Ce seuil varie énormément : il est de 20 travailleurs en Belgique contre 500 en Espagne (ce seuil est ramené à 250 travailleurs pour des industries à hauts risques). Au Portugal, il est de 400 travailleurs (50 travailleurs pour une liste de secteurs à hauts risques). Il varie en Italie suivant les secteurs : 10 travailleurs (entreprises agricoles), 30 travailleurs (entreprises artisanales et industrielles), 200 travailleurs (autres entreprises). A défaut, c'est l'employeur lui-même qui remplit les fonctions du service interne. Cette dernière disposition n'est malheureusement pas toujours accompagnée d'exigences de formation adéquates³³. C'est au Luxembourg que le seuil est le plus élevé : la formation d'un service interne de santé au travail est obligatoire pour les entreprises comptant au moins 5.000 travailleurs³⁴ (le seuil est ramené à 3.000 travailleurs si 100 d'entre eux font l'objet d'une surveillance de la santé parce qu'ils travaillent à des postes de sécurité ou sont exposés à un risque de maladie professionnelle).

La réglementation belge rend obligatoire la formation d'un service interne dans toutes les entreprises comptant au moins 20 travailleurs et le recours à des services externes est obligatoire, à titre complémentaire, dans toutes les entreprises qui ne pourraient pas assurer en interne la totalité des missions et des tâches fixées par la réglementation. Tant pour les services internes qu'externes, le principe d'unicité est affirmé. Il vise à garantir une approche intégrée et stable dans l'activité des services. Aux Pays-Bas, en Finlande, au Danemark et en Espagne, il existe aussi des règles qui déterminent la formation de services externes qui doivent disposer d'un agrément ou faire l'objet d'autres formes de contrôle. Les rapports entre services internes et externes se présentent de façon très différente d'un pays à l'autre.

³⁰ I. Mahiou, "La pluridisciplinarité dévoyée", *Santé et Travail*, n° 42, janvier 2003, pp. 20-21.

³¹ Confartigianato, *Proposta di legge di modifica del DL 626*, Congrès de Sirmione del Garda, 5 avril 2003.

³² Sur ce point, la Commission européenne a pris une position nette et elle fait pression sur plusieurs Etats membres pour que cette priorité à la mise en place d'un service interne soit reconnue dans la phase pré-contentieuse et informelle de procédures en manquement. On se référera, en particulier, à la procédure en manquement contre les Pays-Bas qui porte sur ce point (affaire C-441/01). La Cour n'a pas encore publié son arrêt mais les conclusions présentées le 16 janvier 2003 par l'Avocat Général, M. Ruiz-Jarabo Colomer, partagent l'analyse de la Commission.

³³ Aucune exigence de formation en Belgique, un niveau très sommaire en Italie, etc.

³⁴ La législation luxembourgeoise autorise un médecin du travail à prendre en charge jusqu'à 5.000 travailleurs en contradiction avec le seuil fixé par la recommandation communautaire du 20 juin 1962 suivant lequel le maximum de travailleurs couverts par un médecin du travail ne devrait pas dépasser 2.500, et ce taux devrait être abaissé lorsque les travailleurs sont exposés à des risques particuliers.

La priorité accordée aux services internes est nette en Belgique et en Allemagne (en ce qui concerne la sécurité uniquement). Dans les pays nordiques, la priorité va plutôt à des services externes dont l'activité doit cependant être intégrée dans une politique systématique de l'employeur visant à garantir la santé et la sécurité (cas de la Suède avec ce qu'on appelle le "contrôle interne"). Aux Pays-Bas, en Espagne et en France, la priorité a été accordée aux services externes (limités pour l'essentiel à la médecine du travail dans le cas français). Au Royaume-Uni, l'absence de cadre réglementaire précis fait que la majorité des préventeurs n'exercent pas leurs activités dans le cadre de services structurés. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, même les préventeurs externes tendent à intervenir surtout dans les grandes entreprises.

Dans de nombreux pays, il faut bien constater qu'il s'est formé un marché assez désorganisé d'expertises en tout genre sans véritable contrôle. Les experts externes ne sont pas nécessairement regroupés dans des services de prévention : en Italie, en France (à l'exception des médecins du travail), en Allemagne (y compris pour les médecins du travail), au Royaume-Uni, en Irlande. Même dans les pays où ces experts interviennent dans le cadre d'une structure fixe (services externes), les modalités d'agrément et de contrôle de ces services externes ne sont pas toujours satisfaisantes. Ainsi, au Portugal, la réglementation prévoit que les services externes doivent être agréés par l'organe public responsable de la santé au travail, l'IDICT, mais ce dernier n'a toujours pas défini les critères et n'a pas encore commencé à accorder des agréments. Il s'est créé ainsi un vaste marché avec environ 400 services externes différents. D'après l'évaluation d'un de nos correspondants portugais, M. João Fraga de Oliveira, l'absence de contrôle effectif de ces services de la part des autorités publiques a eu les conséquences suivantes. De nombreux services de prévention non accrédités opèrent déjà sur le terrain. Ils ont en général une perspective très "commerciale". Il n'y a aucune garantie qu'ils disposent des moyens humains et techniques, et de la capacité de développer un travail de prévention de qualité conforme aux exigences de la législation.

En Espagne, le marché se situe à deux niveaux : celui des services de prévention et celui d'autres experts qui agissent en sous-traitance soit pour le compte des services externes de prévention, soit directement pour les entreprises.

Indépendance et confiance des travailleurs

L'indépendance des services de prévention doit être comprise comme une pleine indépendance professionnelle dans leurs activités. Cela signifie que le critère de la défense de la santé doit être déterminant à l'exclusion d'autres critères que voudrait imposer l'employeur (rentabilité, sélection par la santé, contrôle de l'absentéisme, etc.). Une telle indépendance n'est pas une sorte de neutralité équidistante entre les employeurs et les travailleurs. En effet, ce sont ces derniers dont la vie et la santé peuvent être menacées. Par ailleurs, la perception des travailleurs a une importance fondamentale pour identifier les risques et mettre en place des stratégies efficaces de prévention. Enfin, au plan de l'éthique professionnelle, il est important de souligner que, dans de nombreuses situations (notamment, dans le domaine de la surveillance de la santé), les travailleurs sont des usagers obligés des services. Leur confiance est donc un élément très important. De façon significative, une publication des syndicats néerlandais pose la question : faut-il tout dire à son médecin du travail ?

L'indépendance implique que des mesures de protection efficaces permettent aux préventeurs de résister à d'éventuelles pressions patronales. Peu de pays disposent de règles de protection précises contre le licenciement, l'écartement ou des représailles éventuelles de l'employeur³⁵. Cette lacune vient d'être comblée en Belgique par l'adoption d'une loi qui confère à l'ensemble des préventeurs³⁶, tant des services internes que des services externes, une protection semblable à celle dont bénéficiaient déjà les médecins du travail. Il faut que les motifs du licenciement ne portent pas atteinte à l'indépendance des préventeurs et si on leur reproche un manque de compétence, cela doit être démontré. L'employeur aura donc à prouver qu'il a des raisons légitimes. Un contrôle est exercé à plusieurs niveaux : nécessité d'un accord préalable des représentants des travailleurs, médiation éventuelle de l'inspection du travail, contrôle judiciaire. A défaut de respecter les conditions de fond et les procédures instituées, l'employeur devra verser une indemnité au préventeur équivalant à deux ou trois ans (suivant l'ancienneté) de rémunération.

La situation française implique actuellement que les préventeurs qui n'appartiennent pas à un "service de santé au travail" (nouvelle terminologie pour désigner les services de médecine du travail) ne

³⁵ En outre, pour les services externes de prévention, l'indépendance doit être assurée à deux niveaux : par rapport à l'employeur du service et par rapport aux employeurs des entreprises qui ont recours à ce service. L'expérience prouve que des pressions de ces derniers aboutissent parfois à déstabiliser la situation professionnelle des préventeurs les plus dynamiques et intégrés au sein des services externes.

³⁶ Loi du 20 décembre 2002.

disposent d'aucune garantie quant à leur indépendance professionnelle. Dans la pratique, c'est la presque totalité des préventeurs autres que les médecins du travail qui sont placés dans une situation de subordination à l'égard de leur employeur semblable à celle de n'importe quel autre travailleur non protégé.

Peu de pays ont donné un sens réel à la notion de "participation équilibrée" des travailleurs dans le fonctionnement des services de prévention. Lorsque cette formulation a été introduite dans la directive-cadre, il s'agissait d'aller au-delà d'une simple procédure d'information et de consultation où les représentants des travailleurs ne peuvent que donner un avis sur les décisions qu'entend adopter l'employeur. L'existence de systèmes de relations industrielles très différents et les divergences d'orientation politique avaient amené le législateur communautaire à adopter cette formulation algébrique pour laquelle chaque pays devait remplacer l'inconnue par un contenu concret.

La plupart des Etats membres n'ont pas été très loin. La législation luxembourgeoise parle bien de "participation équilibrée" mais elle ne définit pas la signification de ce terme. C'est l'inconvénient des transpositions législatives qui se contentent de photocopier les dispositions communautaires. Seuls quelques pays ont défini les prérogatives des représentants des travailleurs en leur conférant des pouvoirs de contrôle qui vont au-delà d'une simple consultation. En ce qui concerne les services de prévention, il existe - suivant des modalités diverses - des procédures de codécision en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas. Ces procédures ne portent pas nécessairement sur l'ensemble des décisions liées à l'activité de ces services et elles ne couvrent pas l'ensemble des entreprises³⁷. Elles permettent néanmoins aux représentants des travailleurs d'intervenir de façon plus efficace en bloquant une décision de l'employeur qui ne correspond pas à leurs exigences en matière de prévention. En Belgique, un préventeur d'un service externe qui a perdu la confiance des représentants des travailleurs doit être substitué à la simple demande de ces représentants.

Mission préventive. Un doute s'insinue

Si l'on examine les critères du nombre de travailleurs couverts et la pluridisciplinarité, les Pays-Bas se

situent nettement au-dessus de la moyenne communautaire. Pourtant, il s'agit probablement du pays où l'activité des services de prévention a suscité le plus de plaintes de la part des travailleurs (voir l'article p. 36).

La crise de confiance à l'égard des services de prévention aux Pays-Bas ne concerne pas uniquement le système de prévention de ce pays. Elle permet de formuler avec plus de précision des problèmes que l'on rencontre, suivant des modalités diverses, dans l'ensemble des pays de l'Union européenne et qui concernent les dérives marchandes d'un système concurrentiel de vente de services préventifs aux entreprises. Dans le cas néerlandais, ces dérives marchandes s'articulent avec une extrême formalisation des mécanismes privés de contrôle de la qualité.

En Espagne, le caractère préventif de l'intervention des services pose de sérieux problèmes (voir l'article p. 33). En effet, la majorité des entreprises sont affiliées à des services de prévention externes qui ont été mis en place par les sociétés d'assurance chargées de l'indemnisation des risques professionnels (*mutuas*). Il s'est produit une forte externalisation des activités préventives. L'intervention des *mutuas* semble s'être concentrée sur les examens médicaux individuels au détriment de la prévention collective. Par ailleurs, depuis 1994, les *mutuas* jouent un rôle croissant dans la gestion de l'incapacité de travail liée à des maladies ou des accidents communs dans le cadre de la privatisation de certaines activités de la sécurité sociale³⁸. Il y a un risque majeur d'incompatibilité de rôles entre le volet préventif de l'action des *mutuas* et le contrôle de l'absentéisme qu'elles pratiquent. Cette situation est aggravée par la gestion unilatérale de ces organismes par le patronat³⁹. Ajoutons à cela que le choix d'une *mutua* en tant que compagnie d'assurance des risques professionnels est effectué de façon unilatérale par l'employeur alors que ce choix conditionne dans une certaine mesure le choix d'un service de prévention. En effet, un employeur affilié à une *mutua* en tant que compagnie d'assurance ne peut pas choisir de faire intervenir le service de prévention d'une autre *mutua*.

Ce que l'Espagne et les Pays-Bas ont en commun, c'est d'avoir combiné une approche dominée par le marché avec une logique d'assurance où la prévention se concentre sur les éléments dont le coût immédiat est le plus important.

³⁷ En Belgique, les possibilités de codécision n'existent que dans les entreprises qui disposent d'un Comité de Prévention et de Protection du Travail (à partir de 50 travailleurs) ou d'une délégation syndicale. L'existence de cette dernière dépend de conventions collectives sectorielles qui peuvent fixer un seuil ou d'autres conditions variables à la formation d'une délégation. Aux Pays-Bas, la codécision n'est assurée que dans les entreprises qui disposent d'un Conseil d'entreprise (à partir de 35 travailleurs). En Allemagne, le seuil pour la formation d'un Conseil d'entreprise est beaucoup moins restrictif (5 travailleurs).

³⁸ Le nombre de travailleurs couverts par les *mutuas* pour la gestion de l'incapacité "commune" s'élèverait à 8,1 millions en 2002 contre 1,1 million en 1996 et 5,4 millions en 1999 (Gara, 19 février 2003).

³⁹ Un accord tripartite intervenu en décembre 2002 prévoit que la gestion des *mutuas* sera transformée de manière à y associer les organisations syndicales.

En Espagne, cette logique d'assurance trouve un appui dans les *mutuas* qui ont créé la plupart des services externes de prévention et se sont lancés à l'assaut du système public de santé pour conquérir de nouveaux marchés⁴⁰. En termes économiques, la prévention sur les lieux de travail ne constitue qu'une activité assez marginale des mutuelles (à peine un peu plus de 2 % de leurs dépenses en 2002⁴¹). Dès lors, il ne serait pas étonnant que d'autres priorités que la santé au travail influencent la manière dont les actions préventives sont organisées.

Aux Pays-Bas, la création des services s'est faite généralement dans un autre cadre : ce sont des services inter-entreprises de médecine du travail qui se sont progressivement transformés. Mais la logique d'assurance a été impulsée par les politiques gouvernementales qui ont fait de la réduction de l'absentéisme la principale priorité politique des réformes concernant la santé au travail. Dans les deux cas, l'on observe une subordination très forte aux demandes directes des employeurs au détriment d'une politique de prévention à long terme. Avec une différence cependant : aux Pays-Bas, il y a une réelle pression des employeurs pour réduire l'absentéisme (qui représente un coût direct élevé pour eux). Cela se traduit par des dérives importantes comme la sélection du personnel sur la base de la santé (la précarisation du travail facilite énormément cette sélection) ou des interventions individuelles de réhabilitation et remise au travail qui ne remontent jamais aux causes des problèmes de santé. En Espagne, la demande des employeurs est plutôt de se protéger contre d'éventuels contrôles ou poursuites judiciaires : tout est fait pour donner l'impression qu'une politique de prévention a été mise en place alors que, dans la pratique, les services de prévention se limitent à ce qui empiète le moins sur l'organisation du travail dans l'entreprise : examens médicaux individuels, évaluations des risques stéréotypés qui n'ont pas de rapport avec la réalité, plans de prévention mirabolants et qui ne sont jamais mis en oeuvre (parfois, les plans de prévention sont simplement photocopiés d'une entreprise à l'autre !).

A notre avis, les expériences espagnoles et néerlandaises ne constituent que l'expression concentrée de tendances qui se manifestent dans l'ensemble des pays de l'Union européenne. La situation suédoise présente certaines similitudes même si elle s'inscrit dans un contexte différent de relations industrielles et de politique publique de santé au travail.

Déstabilisation objective et crise de légitimité

L'évolution du travail ainsi que les conceptions nouvelles de la prévention formulées par la directive-cadre contiennent certains éléments de déstabilisation objective des services de prévention.

En effet, la directive-cadre met à juste titre l'accent sur la responsabilité centrale de l'employeur. Elle formule une obligation inconditionnelle d'assurer la santé et la sécurité, et détermine avec précision la hiérarchie des mesures de prévention. Par ailleurs, elle définit un champ très large pour les activités préventives : équipements de travail, substances chimiques, organisation du travail, relations sociales, lutte contre le travail monotone et répétitif, etc. Elle souligne l'importance de la participation des travailleurs et de leurs organisations à l'action préventive. Ces différents éléments bouleversent le rôle traditionnel des services de prévention. Ils impliquent une série de transformations dans l'approche préventive qui passe de réponses techniques ou médicales faites sur mesure "risque par risque" à une approche globale socio-technique qui considère l'ensemble des composantes de l'organisation du travail et leur interaction. Tout en ouvrant de nouvelles perspectives aux préventeurs, cela remet en question les bases traditionnelles de leur légitimité vis-à-vis de l'employeur. Autant les employeurs étaient disposés à reconnaître la légitimité d'une expertise purement technique ou médicale sur des risques particuliers (ce qui ne signifie pas qu'ils en tenaient pleinement compte), autant sont-ils réticents à accepter un regard critique, fondé sur les besoins de la santé au travail, qui porte sur l'ensemble des aspects de leur gestion. L'épisode que nous racontons dans l'encadré ci-contre peut paraître anecdotique. Il est cependant révélateur de la déstabilisation vécue par de nombreux préventeurs.

L'évolution même du travail contient également des facteurs de déstabilisation pour les services de prévention. Le développement du travail précaire, le recours massif à la sous-traitance, la mise en place de systèmes de concurrence interne qui fragmentent les collectifs de travailleurs sont autant d'éléments qui imposent de sortir de l'approche technique et d'aborder des choix stratégiques de l'entreprise. Face à ces problèmes, le patronat voudrait réduire la fonction des services de prévention à une sorte d'accompagnement social qui limiterait les dégâts. Il s'agirait d'améliorer l'accueil et la formation, de

⁴⁰ Voir F. Rodrigo Cencillo, "Presente y futuro de las Mutuas de accidentados de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 14, 1999, pp. 69-97.

⁴¹ D'après J. Basterra ("Las mutuas controlan al 73 % de los trabajadores ocupados", *Gara*, 10 juin 2003), sur un budget total de 7.143,4 millions d'euros en 2003, 70 % est destiné à l'indemnisation des incapacités de travail et autres prestations d'assurance, 14,1 % aux soins de santé, 7,2 % à l'administration du patrimoine, 6,6 % aux dépenses administratives et seulement 2,1 % aux activités de prévention sur les lieux de travail.

Deux approches de la violence

Un psychologue du travail raconte les difficultés qu'il a dû affronter dans une grande banque de dimension européenne. Il est intervenu dans le cadre du service interne de prévention sur le thème des violences au travail. Son enquête lui a permis de constater qu'il y avait une corrélation entre la politique commerciale de la banque et la multiplication des épisodes de violence verbales et physiques de la part de clients. La banque a décidé de se débarrasser des clients à faibles revenus considérés comme peu rentables et d'un "coût" trop élevé en temps de travail. Il s'agit notamment de chômeurs, de pensionnés à faibles revenus, etc. La direction commerciale a demandé aux responsables des agences d'allonger délibérément le temps d'attente aux guichets dans les agences considérées comme les moins intéressantes (dans des quartiers populaires). Les propos rapportés par le personnel sont significatifs du mépris envers ce type de clientèle : au cours d'un stage de formation, des responsables commerciaux imitaient de façon grotesque des vieilles femmes immigrées. Le préventeur remet son rapport à la direction dans lequel il souligne le lien entre cette politique commerciale et la montée de la violence. Il montre aussi le malaise du personnel de cette ancienne banque publique qui a été privatisée : les employés ont toujours considéré qu'une certaine dimension sociale faisait partie de leur travail et ils n'hésitaient pas à prendre le temps nécessaire pour donner des informations correctes au client quelle que soit sa "rentabilité". La nouvelle culture d'entreprise est vécue par une partie des employés comme une atteinte à leur dignité professionnelle. Cela rend plus difficile leur rapport avec la clientèle. La direction ne conteste pas les faits mentionnés dans le rapport. Elle prie aimablement le préventeur de se mêler de ce qui le regarde : "Organisez des stages pour le personnel sur la manière de faire face à la violence et ne parlez pas du reste. A la limite, s'il faut engager du personnel de sécurité supplémentaire, on peut l'envisager". Le préventeur soumet cependant son rapport au Comité de sécurité et hygiène où il reçoit l'appui des représentants syndicaux. Depuis, il a été mis "au placard", confiné dans des tâches purement administratives et privé de tout contact avec le personnel des agences.

coordonner certaines activités préventives, etc. Mais cet accompagnement est insuffisant puisqu'il ne peut pas remettre en cause la dérégulation sociale que représente cette invasion de l'espace du travail par des logiques de concurrence commerciale brutale. Lorsqu'une activité est sous-traitée au prix le plus bas, une réunion d'accueil consacrée à la santé et à la sécurité se transforme facilement en une sorte de rituel hypocrite. A la limite, il est demandé au préventeur de contribuer à un rapport de domination à l'égard des travailleurs de la sous-traitance en élaborant des prescriptions impossibles à respecter.

De façon plus générale, l'on peut formuler l'hypothèse suivante. Dans un premier temps, le patronat a adopté surtout une stratégie de contournement. Il s'agissait d'opposer la force de l'inertie aux innovations proposées par la directive-cadre. Les réformes proposées étaient combattues au nom d'un coût excessif ou d'entraves à la compétitivité. Cette stratégie était essentiellement défensive dans la mesure où elle ne proposait rien de nouveau et se contentait de freiner les changements. Dans un deuxième temps, le patronat a plutôt adopté une stratégie de retournement. Il a repris à son compte un certain nombre de thématiques nouvelles. Il a, dans une certaine mesure, reconnu la crise profonde des systèmes de prévention. L'idée centrale de cette nouvelle stratégie est l'intégration de la santé au travail

dans un cadre qui la subordonne complètement aux objectifs des entreprises et qui referme la porte des lieux de travail devant toute tentative de contrôle extérieur. Dans une telle optique, toute réforme n'est pas nécessairement combattue. Elle est retournée de manière à mettre la santé au travail au service d'une consolidation du pouvoir hiérarchique dans l'entreprise, de la position dominante des entreprises donneuses d'ordre par rapport à la sous-traitance et de l'éviction des autorités publiques de la sphère "privée" que serait l'activité économique. Certes, aucune de ces deux stratégies n'existe à l'état pur. Suivant les particularités des différents systèmes nationaux de relations industrielles, l'on pourrait trouver des combinaisons variables de ces stratégies. Ce qui donne une certaine efficacité au discours patronal, c'est la difficulté réelle dans laquelle se trouvent les autres parties (syndicats, autorités publiques) à définir un projet efficace de réforme d'ensemble de la prévention.

Ces éléments rapidement décrits constituent la toile de fond d'une crise des services de prévention. Il y a, là aussi, l'opportunité pour le mouvement syndical de proposer des alliances aux préventeurs et de définir ensemble une stratégie renouvelée. L'enjeu est de taille : les services de prévention pourront-ils continuer à apporter une contribution efficace aux luttes des travailleurs pour défendre leur santé ? ■

Quelques priorités syndicales

Dans le courant de l'année 2003, la Commission européenne devra présenter un rapport sur l'application de la directive-cadre dans les différents Etats membres. Dans le cadre de la discussion de ce rapport, les organisations syndicales relanceront le débat sur les services de prévention. Il peut être utile de définir quelques priorités. Nous proposons les points suivants pour ouvrir le débat.

1. Assurer une couverture intégrale de l'ensemble des travailleurs par des services de prévention.
2. Garantir une intervention multidisciplinaire. Une telle exigence implique que la réglementation et les systèmes d'agrément ou de contrôle déterminent clairement un socle de qualifications essentielles. Cela signifie, d'une part, que les préventeurs de différentes disciplines (médecine du travail, sécurité, hygiène industrielle, ergonomie, psychologie, etc.) interviennent de façon stable au sein d'un même service et, d'autre part, qu'ils assurent la complémentarité de leurs interventions dans une approche globale.
3. Pour être cohérente, une intervention multidisciplinaire implique une confrontation réelle entre les connaissances expertes des différents préventeurs et la connaissance collective des travailleurs, leurs priorités et leur perception. Il est crucial d'organiser cette ouverture à des connaissances qui généralement ne sont pas reconnues tant par les différentes disciplines que par la division sociale du travail dans l'entreprise.
4. Garantir la complémentarité entre l'intervention d'un service interne et celle d'un service externe appelé à intervenir pour des compétences dont ne dispose pas le service interne. Il importe en particulier d'éviter une externalisation des activités préventives qui seraient achetées comme une garantie contre d'éventuelles sanctions publiques ou un certificat de conformité.
5. Garantir une intervention centrée sur la prévention et conforme à la hiérarchie des mesures de prévention. Cela signifie, en particulier, qu'il faut combattre des interventions centrées sur des priorités immédiates dont le but est plus une réduction des coûts pour l'entreprise qu'une amélioration des conditions de travail. L'expérience de plusieurs pays, où la réduction de l'absentéisme est considérée comme une priorité absolue, montre qu'il existe un risque réel de transformer des services de prévention en des services de sélection de la main-d'œuvre sur la base de la santé ou des services de contrôle.
6. L'articulation entre la gestion préventive réalisée par l'employeur et les activités des services de prévention est une question centrale. Il s'agit, à la fois, d'atteindre la plus grande efficacité dans la prise en compte des critères de prévention dans la gestion générale de l'entreprise et de garantir que la formulation de ces critères ne soit pas auto-limitée par la recherche d'une compatibilité absolue avec les objectifs de la direction de l'entreprise.
7. Préciser les critères de la surveillance de la santé de manière à lier celle-ci plus efficacement à la prévention et à éviter des dérives comme l'introduction de tests génétiques ou le développement d'une médecine prédictive.
8. Assurer l'indépendance des préventeurs vis-à-vis du patronat par des mesures efficaces de protection (contre les licenciements en particulier).
9. Garantir une formation continue et faciliter les liens entre le personnel de prévention et les institutions de recherche.
10. Etablir les modalités d'un contrôle social de leurs activités par les représentants des travailleurs. Dans le cas des services externes de prévention, renforcer les liens entre les représentants des travailleurs des entreprises couvertes et les représentants syndicaux dans les organismes de contrôle de ces services.
11. Etablir les modalités d'un contrôle public de ces services notamment par des agréments. Il importe de fixer des critères de qualité qui tiennent compte de la mission publique de ces services et des conflits d'intérêts entre le client apparent (l'entreprise) et l'utilisateur final (les travailleurs).
12. Assurer la socialisation des expériences de prévention dans le cadre d'une politique publique de santé au travail.