

Les développements intervenus dans les systèmes de prévention des pays de l'Union européenne

Il est évidemment difficile de proposer en quelques pages un bilan d'ensemble de la transformation des systèmes de prévention dans les pays de l'Union européenne. Les différences d'un pays à l'autre sont réelles. Les causes des phénomènes que l'on peut observer sont nombreuses et complexes.

La formule qui me paraît résumer de la façon la plus claire la situation serait la suivante : les systèmes de prévention ont connu un cycle de réformes inachevées et partielles. Dans un premier temps, les éléments réels de changement et d'innovation ont suscité des espoirs importants. Des progrès réels ont été accomplis dans de nombreux pays. L'opportunité offerte par les directives de réformer des systèmes de prévention inadéquats a été saisie, avec une intensité variable, dans différents pays. Actuellement, c'est le caractère partiel des réformes qui révèlent des éléments inquiétants de blocage et d'inadaptation. Cette situation est dangereuse parce qu'elle peut susciter une sorte d'indifférence et de résignation fataliste.

Laurent Vogel
Chargé de recherches
au BTS, Bruxelles



Des résultats peu encourageants

Pourquoi parler d'inadaptation et de blocage ? Cette évaluation repose sur une double grille d'analyse. D'une part, et c'est l'élément le plus important, il y a une situation préoccupante en termes de performance des systèmes de prévention. D'autre part, l'on dispose désormais du recul nécessaire pour identifier les lacunes des stratégies suivies.

Comment évaluer les changements intervenus dans les systèmes de prévention ? La question se pose sur un ensemble complexe de dispositifs, sur le fonctionnement de chacun d'entre eux, sur la cohérence de leur action d'ensemble et sur leur capacité réelle à répondre à des besoins qui sont eux-mêmes en évolution. On comprendra qu'une simple estimation quantitative sur la base d'une série d'indicateurs ne fournit que des réponses très partielles. Deux types d'indicateurs existent pour mesurer la performance des systèmes de prévention : des indicateurs de résultat qui permettent de mesurer approximativement l'ampleur des atteintes à la santé qui sont liées au travail et des indicateurs de moyens qui portent sur les dispositifs mis en œuvre pour la prévention.

Chacun de ces types d'indicateurs est caractérisé par des limites qu'il faut analyser avant de pouvoir tirer la moindre conclusion. L'exemple des maladies

professionnelles est révélateur. Avec un écart de presque un à cinquante, au sein de l'Union européenne, en ce qui concerne le nombre de nouveaux cas de maladie reconnus par 100.000 travailleurs couverts, les données concernant les maladies professionnelles donnent une image très déformée de l'impact réel des conditions de travail sur la santé (Eurogip, 2002). Tout au plus peut-on supposer l'existence d'une relation inverse par rapport à ce que le sens commun suggère. Les pays où l'on reconnaît le moins de maladies sont probablement ceux où l'attention est la plus faible envers les pathologies provoquées par le travail. Mais l'échec flagrant des tentatives communautaires d'harmoniser la reconnaissance des maladies professionnelles ne permet pas de tirer d'autres conclusions (Vogel, 2001).

Cependant, la faiblesse des indicateurs traditionnels de résultat ne doit pas dissimuler que, dans l'ensemble, il se produit une détérioration des conditions de travail et que celle-ci joue un rôle dans l'accroissement des inégalités sociales de santé.

Les indicateurs disponibles en termes de moyens sont peu nombreux et peu systématiques. C'est une des faiblesses majeures dans les processus de transformation en cours, tant au niveau communautaire qu'au niveau national. Rares sont les pays qui ont cherché à mesurer de façon systématique les mécanismes mis en place pour garantir la santé des travailleurs. Si au niveau communautaire, cette carence est presque totale, au niveau national, l'on dispose cependant de certaines sources.

- En Italie, une enquête récente de la Coordination des régions et provinces autonomes a été fondée sur l'observation des dispositifs de prévention mis en place dans plus de 8.000 entreprises comprenant au moins six travailleurs (Coordinamento..., 2003). C'est l'enquête la plus vaste qui ait été organisée dans l'Union européenne au cours de ces dernières années. Le bilan de cette enquête est mitigé. Des progrès ont été accomplis dans la mise en place de certaines structures de prévention et la représentation des travailleurs couvre un nombre croissant d'entreprises. Cependant, les tendances à une application formelle et bureaucratique de la législation, les faiblesses d'une programmation véritable des interventions préventives caractérisent la situation de nombreuses entreprises. En règle générale, l'on observe que la prévention reste une activité latérale, faiblement intégrée aux choix de gestion et d'organisation du travail de l'entre-

¹ IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo : http://www.mtas.es/insh/statistics/enct_4.htm.

prise. Dans beaucoup de cas, les employeurs se limitent à se doter d'un service de prévention sans créer un véritable système de prévention.

- En Espagne, les enquêtes sur les conditions de travail indiquent également que les dispositifs de prévention sont mis en place de façon assez formelle et que les activités préventives ne forment que rarement un ensemble intégré et global¹. Ces enquêtes montrent également la dimension de genre de la non application des règles. En général, les travailleuses ont moins accès que les travailleurs aux différents dispositifs de prévention. Les données nationales sont confirmées par différentes enquêtes menées dans les "communautés autonomes" (INSL, 2000).
- Aux Pays-Bas, depuis plusieurs années, le ministère des Affaires sociales publie un rapport "Arbobalans" qui couvre différents dispositifs de prévention ainsi que certains indicateurs de performance en termes de santé au travail (MSZ, 2002). Si des progrès réels ont été enregistrés par rapport à certains de ces indicateurs (notamment, le nombre de travailleurs couverts par des services de prévention), d'autres données sont beaucoup plus préoccupantes. La prévention s'oriente prioritairement vers une réduction de l'absentéisme. Elle néglige les effets sur la santé à long terme et privilégie des interventions individuelles ou techniques immédiates par rapport à une transformation de l'organisation du travail.

Il ne s'agit ici que de trois exemples. D'autres données, souvent moins systématiques, existent dans la plupart des autres Etats membres (DRT, 2003 ; HSE, 1999 ; Marklund, 2001). Elles confirment l'évaluation suivante : la directive-cadre et les mesures nationales qui la transposent tendent à être appliquées de façon formelle et bureaucratique. L'obligation de sécurité de l'employeur qui devrait porter sur tous les aspects des conditions de travail ayant une incidence sur la santé est peu respectée dans l'ensemble. Dans certains pays, des obstacles juridiques favorisent le non respect de cette obligation. C'est le cas notamment de la clause "raisonnablement praticable" qui a été maintenue au Royaume-Uni et qui affaiblit considérablement la portée de l'obligation de sécurité (James et Walters, 1999). La couverture des travailleurs par des représentants pour la santé et la sécurité ainsi que par des services de prévention est fragmentaire. Dans certains pays, le nombre de travailleurs complètement exclus de ces dispositifs est très élevé.

L'on peut affirmer qu'on est loin d'avoir atteint les objectifs substantiels de la directive-cadre. Dans le courant de cette année, le BTS publiera un rapport qui donnera une analyse plus détaillée de cette évaluation.

La question des services de prévention a fait l'objet d'un dossier publié dans la Newsletter du BTS en

Le rapport de la Commission concernant l'application de la directive-cadre

La Commission a finalement rendu public, le 5 février 2004, son rapport sur l'application de la directive-cadre et de cinq directives particulières*. Une analyse plus détaillée sera diffusée prochainement sur le site internet du BTS. Voici, de façon synthétique, des éléments d'évaluation de ce rapport.

- La principale qualité du rapport est qu'il cherche à apprécier l'application des directives sur les lieux de travail et qu'il ne se limite pas à une description générale des mesures de transposition. Nous pouvons partager la description de la situation qui est proposée même si nous avons des réserves ou des divergences sur un certain nombre de questions.
- S'il est juste de consacrer l'essentiel du rapport sur l'application pratique, ce serait une erreur de considérer que la phase de la vérification de la conformité des transpositions législatives est désormais achevée.
- L'analyse ne débouche pratiquement pas sur des perspectives concrètes pour l'action communautaire. Le rapport reproduit les défauts de la communication sur la stratégie 2002-2006. Et pourtant l'analyse met en lumière de nombreuses insuffisances. Elle mériterait dès lors d'être complétée par des propositions d'action. Le rapport donne l'impression d'une Commission sur la défensive. Elle cherche à justifier l'existence des directives en santé au travail contre les pressions patronales et gouvernementales en faveur d'une dérégulation de la matière.
- La question de la participation des travailleurs constitue une divergence majeure entre le mouvement syndical et la Commission. Nous partageons l'évaluation que les niveaux actuels de participation sont très insuffisants par rapport aux objectifs de la directive-cadre et aux besoins en termes de prévention. Mais la Commission s'en tient à une description sommaire et à une analyse superficielle. La divergence est la suivante. Nous considérons que des formes organisées de représentation des travailleurs dans le domaine de la santé et la sécurité constituent une condition indispensable pour une participation active et efficace. Certes, l'existence d'instances spécifiques n'est jamais une condition suffisante. D'autres facteurs jouent un rôle important : information, formation, capacité des organisations syndicales d'appuyer le travail quotidien des représentants des travailleurs, etc. La Commission oppose les instances organisées et la participation. Le passage suivant est révélateur de ce point de vue : *"Dans les Etats membres qui ont une culture bien précise de cogestion dans les entreprises, on observe une tendance négative en ce qui concerne la représentation institutionnalisée des intérêts en présence. Plus les relations de travail sont définies avec précision et plus le nombre d'organes et de comités chargés de la santé et de la sécurité au travail est élevé, moins les travailleurs ont tendance à participer activement à la détermination de la politique de prévention"*. Une telle prise de position est démentie par la pratique. Dans les entreprises où il n'existe aucune représentation instituée des travailleurs pour la santé et la sécurité, la situation est nettement pire que dans celles où une instance existe.
- Le rapport n'aborde que de façon dispersée deux thèmes qui occupent de notre point de vue une place essentielle dans l'évaluation de la situation. Le premier concerne la précarisation du travail. Le second concerne la définition de politiques nationales de prévention cohérentes et reposant sur une stratégie d'ensemble. C'est pour nous un des enseignements les plus importants que nous tirons de la transposition de la directive-cadre. La condition indispensable d'une application efficace de celle-ci est l'élaboration par les autorités publiques d'une politique globale de santé au travail et l'allocation de ressources pour la mise en oeuvre de celle-ci.

* Le texte intégral peut être consulté sur le site http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/cnc/2004/com2004_0062fr01.pdf.

2003 (Vogel, 2003). Il semble bien que 50% des travailleurs de l'Union européenne n'aient pas accès à des services de prévention. La plupart des services existant ne sont pas pleinement multidisciplinaires. Dans un bon nombre de ces services, les activités menées ne correspondent à la hiérarchie des mesures de prévention prévue par la directive-cadre et, parfois, elles sont peu compatibles avec la prévention (c'est le cas notamment du contrôle de l'absentéisme qui occupe une place centrale aux Pays-Bas). Les compétences professionnelles ne sont pas toujours définies avec précision dans un certain nombre de pays. Dans de nombreux pays, la surveillance de la santé n'est pas nécessairement confiée à des médecins du travail. La couverture des travailleuses par des services de prévention de qualité est vraisemblablement moins importante que celle des travailleurs.

La représentation des travailleurs pour la santé et la sécurité constitue un élément crucial pour toute politique de santé au travail. Pourtant, dans la majorité des pays européens, une quantité importante de travailleurs est privée d'une telle représentation. Le BTS mène actuellement une enquête sur cette question et les premiers résultats montrent que les progrès enregistrés ont été assez lents. Dans certains pays, l'on enregistre même des reculs (Royaume-Uni, Danemark). L'existence d'une structure de représentation des travailleurs est la condition indispensable de toute participation des travailleurs dans le domaine de la santé et de la sécurité. Certes, par sa seule existence, une telle représentation ne suffit pas nécessairement à rendre la participation effective mais l'expérience de l'ensemble des pays de l'Union européenne montre que, quand une telle représentation n'existe pas, les formes de participation directe préconisées parfois par le patronat ne sont qu'un rideau de fumée. Dans certains pays de l'Union européenne, des réglementations ont été adoptées en vue d'organiser une telle "participation directe" dans les entreprises dépourvues de mécanismes de représentation. C'est le cas du Royaume-Uni et de la Belgique. Ces réglementations n'ont produit aucun résultat positif. Elles ont une seule fonction : éviter un éventuel recours en manquement.

Les données italiennes et espagnoles soulignent la corrélation très forte qui existe entre l'existence d'une représentation des travailleurs et la mise en place d'un système de prévention dans l'entreprise (INSHT, 2001 ; Coordinamento, 2003). Ainsi, en Espagne, une enquête dans les entreprises où se sont produits le plus d'accidents du travail montre que parmi les entreprises qui n'ont entrepris aucune tâche préventive, 76,2% ne disposent pas de délégués de prévention. Parmi les entreprises qui ont entrepris la totalité des tâches préventives couvertes par l'enquête, 76% disposaient de délégués de prévention. En Italie, l'enquête menée par la Coordination des Régions met en évidence le même lien direct entre l'existence d'une représentation des

travailleurs dans les entreprises et la qualité de la politique de prévention menée par celles-ci.

Il est plus difficile de mesurer la façon dont les employeurs s'acquittent de leur obligation de sécurité. Dans quelle mesure, organisent-ils une prévention planifiée qui vise prioritairement à éliminer les risques ? Quelle est la qualité de leur évaluation des risques et quelles sont ses conséquences pour un programme d'interventions cohérent ? Les risques de santé à long terme sont-ils négligés ? En règle générale, l'impression qui prévaut est que, pour la majorité des employeurs, la prévention reste une activité secondaire, souvent menée de façon bureaucratique et formelle, peu liée aux choix stratégiques de l'entreprise. Pour une minorité, parfois importante, même le respect formel des obligations n'est pas garanti. L'attitude patronale envers la participation des travailleurs oscille entre deux positions, tout aussi dangereuses l'une que l'autre dans une optique de prévention. Tantôt, la participation des travailleurs est considérée comme un instrument de consensus, comme une intégration des représentants des travailleurs dans le système de gestion de l'entreprise, comme leur cooptation pour des fonctions de "mini-techniciens" voire pour la mise en place de contrôles disciplinaires. Tantôt, elle est conçue comme un simple rite formel. Ainsi, en Italie, il a fallu des circulaires ministérielles et une pression de l'inspection du travail pour rappeler aux employeurs qu'ils devaient consulter les représentants des travailleurs dans le processus d'évaluation des risques.

Dans la plupart des pays, l'intervention des autorités publiques dans le fonctionnement du système de prévention n'a pas été adaptée aux besoins nouveaux liés, à la fois, à la mise en oeuvre de réformes partielles et à l'évolution du travail. C'est une des explications centrales du manque de cohérence des réformes qui sont intervenues.

En règle générale, les Etats ont sous-estimé la question du contrôle et des sanctions. Les moyens dont disposent les systèmes d'inspection du travail stagnent quand ils ne subissent pas de réduction. Et pourtant, la complexité des tâches de l'inspection et la fragmentation du monde du travail exigeraient des ressources accrues. Dans certains pays, l'appareil judiciaire a quelque peu renforcé son intervention dans des procédures pénales ou civiles. Néanmoins, par rapport à l'ampleur des atteintes à la santé, la répression reste d'une faiblesse extrême. Même en cas d'accidents mortels ou d'exposition à des substances chimiques qui ont causé des maladies mortelles, l'impunité patronale est généralement garantie. Dans tous les pays de l'Union européenne, des travailleurs immigrés qui ont omis de remplir des formalités administratives comme l'obtention d'un permis de séjour ou d'un visa d'entrée font l'objet d'une répression souvent plus sévère que des patrons qui n'ont pas adopté des mesures de prévention et ont provoqué la mort de travailleurs

dans des accidents ou à la suite de maladies causées par le travail.

Les liens entre la santé au travail et d'autres politiques publiques comme la défense de l'environnement et la santé publique restent généralement très faibles. En Italie, les services publics de prévention ont constitué pendant plus d'un quart de siècle une expérience très riche d'articulation entre la santé au travail et la santé publique. Depuis plusieurs années, cette expérience est menacée par le développement anarchique d'un marché incontrôlé de services privés de prévention et consultants et par l'affaiblissement du système national de santé.

D'autres fonctions comme la recherche, la socialisation des expériences, l'information, le soutien aux représentants des travailleurs tendent à être négligées par les autorités publiques.

De façon plus générale, l'on peut se demander si au-delà des réformes législatives intervenues, de véritables stratégies nationales existent en santé au travail. Des débats destinés à élaborer de telles stratégies ont eu lieu dans quelques-uns des Etats membres de l'Union européenne (Walters, ed., 2002). Ils n'ont pas débouché sur la mise en place d'un système cohérent de prévention. Nulle part, les autorités publiques n'ont osé s'opposer avec résolution aux exigences patronales d'autorégulation. Les politiques suivies ont souvent été justifiées par des hypothèses inexactes selon lesquelles la santé au travail aurait cessé d'être un enjeu conflictuel.

Le reconnaissance d'un conflit d'intérêts est cependant un élément crucial si l'on veut mettre en place une politique efficace de santé au travail. Si la réalisation du profit était automatiquement compatible avec un bon niveau de santé et de sécurité, le rôle des autorités publiques pourrait être modeste. De nombreuses études ont montré au cours de ces dernières années que de mauvaises conditions de travail du point de vue de la santé au travail n'étaient pas incompatibles avec une forte productivité et des niveaux élevés de profit. Tant aux Etats-Unis qu'en France, la flexibilité, la mise en place de systèmes de gestion de la qualité et la polyvalence ont pu être associées à des taux d'accidents du travail plus élevés (Askenazy, 2000 ; Hamon-Cholet, 2002 ; Askenazy et Caroli, 2003). Dans les domaines des troubles musculo-squelettiques et du stress, il y a une corrélation évidente entre les atteintes à la santé et l'intensification du travail.

Une politique de santé au travail n'est pas au service du profit des entreprises, de leur compétitivité ou de l'augmentation de la productivité. Elle vise à limiter les prérogatives patronales, le pouvoir qu'a l'employeur à déterminer les conditions de travail. Elle n'est efficace que si elle arrive à s'assumer une exigence sociale qui affirme la primauté de la vie et de la santé sur les intérêts économiques particuliers.

Une faible adéquation par rapport aux mutations du travail

Les réformes intervenues ont généralement négligé les problèmes liés à l'évolution du marché du travail. Le développement de la précarité, la fragmentation des activités productives, notamment par des formes multiples de sous-traitance et les politiques de flexibilité ont créé une situation où l'application du droit du travail est menacée par une pression très forte des règles commerciales. C'est un des éléments moteurs de la dynamique du droit de la santé au travail qui est menacé. En effet, le droit de la santé au travail est né pour soustraire, dans une certaine mesure, les rapports de travail à une régulation purement commerciale.

Le travail intérimaire constitue un exemple de cette évolution. Sur la base de la directive du 25 juin 1991, les travailleurs intérimaires devraient disposer en principe des mêmes droits que les autres travailleurs en santé au travail. Mais cette égalité formelle est illusoire. La directive omet de définir les mécanismes concrets qui donneraient un contenu à ce principe.

Il n'existe pas de données d'ensemble sur l'application des dispositions légales concernant la santé et la sécurité des travailleurs intérimaires. La Commission européenne ne s'est jamais réellement penchée sur le problème. Cependant, les données disponibles dans différents pays sont convergentes. La plupart des dispositions restent généralement inappliquées. A titre d'exemple, dans une étude syndicale espagnole réalisée en 2001 (Estébanez Tello, 2001), l'on signale qu'un service syndical a été créé à Madrid pour s'occuper des travailleurs intérimaires en 1998. Sur les plus de 4.000 travailleurs intérimaires qui sont passés par ce service, pas un seul ne connaît un exemple où l'entreprise utilisatrice aurait respecté l'obligation légale de vérifier, avant la mise au travail, que le travailleur intérimaire a fait l'objet d'une visite médicale et qu'il dispose de l'information et de la formation nécessaires pour le poste de travail qu'il va occuper.

La différence importante que l'on constate habituellement entre la législation et la pratique en santé au travail devient un énorme écart quand il s'agit du travail intérimaire. Ainsi, un contrôle effectué en Belgique par l'inspection du travail entre février et mai 2000 a révélé que sur 23 agences de travail intérimaire contrôlées, 20 n'ont pas la moitié des fiches d'examen médical réclamées soit 87%. En ce qui concerne les fiches de poste de travail, 10 agences sur 23 n'ont pas la moitié des fiches réclamées. Par ailleurs, quand les fiches existent, elles sont généralement rédigées de façon superficielle. L'étude rédigée par un inspecteur du travail constatait que dans ces fiches "la description des tâches à réaliser fait souvent défaut. Le résultat de l'évaluation des risques n'est que très rarement renseigné, ce qui sous-entend qu'aucune évaluation des risques n'a été réalisée" (Dumont, 2001).

Les résultats d'une telle situation sont désastreux en termes de santé. Dans les limites de cet exposé, je ne traiterai que des accidents du travail.

En France, l'enquête de la DARES organisée en 1998 concernant les conditions de travail indique une sur-accidentabilité significative des travailleurs intérimaires par rapport aux travailleurs stables. Les taux d'accidents pour l'ensemble des travailleurs s'élèvent à 8,5%. Ils sont de 13,3% pour les travailleurs intérimaires. Seuls les apprentis ont des taux supérieurs (15,7%).

En Espagne, l'ensemble des données disponibles concernant les accidents du travail indique une forte corrélation entre le travail précaire et des taux élevés d'accidents. La plupart des données disponibles ne distinguent pas le travail temporaire effectué pour le compte d'une entreprise (contrat à durée déterminée) et le travail intérimaire. Une étude systématique des statistiques d'accidents du travail entre 1988 et 1995 fait apparaître une tendance constante. Sur les huit années considérées, les taux d'incidence d'accidents par mille travailleurs ont été 2,47 fois plus élevés pour les travailleurs temporaires que pour les travailleurs stables. Pour les accidents mortels, les taux d'incidence sont 1,8 fois plus élevés (Boix et al., 1997). Quelques recherches ont mis en évidence que parmi les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires ont des taux d'accidents significativement plus élevés mais l'Institut national de sécurité et hygiène au travail n'établit pas de statistiques spécifiques pour les travailleurs intérimaires. Une étude menée en 2003 sur les statistiques de la période 1996-2002 montre que la situation tend à se détériorer (UGT, 2003). L'on constate que le taux de fréquence des accidents augmente beaucoup plus nettement pour les travailleurs temporaires que pour les travailleurs stables. Entre 1996 et 2002, ce taux pour les travailleurs temporaires est passé de 101 à 121 pour mille travailleurs ; pour les travailleurs stables, il est passé de 42 à 45 pour mille.

En Belgique aussi, la sur-accidentabilité des travailleurs intérimaires est significative. Selon les données de 2002, le taux de fréquence des accidents du travail des ouvriers est de 61,7. Il est de 124,56 pour les ouvriers qui sont des travailleurs intérimaires. Parmi les employés, ce taux est de 7,25. Il est de 15,03 pour les employés qui sont des travailleurs intérimaires. On retrouve approximativement ce même rapport de un à deux pour le taux de gravité réel et le taux de gravité global.

Il n'existe pas de données systématiques sur la santé au travail des travailleurs intérimaires en dehors des statistiques concernant les accidents déclarés. Cette lacune est significative en soi de l'insuffisance des politiques publiques de prévention. Il existe cependant différentes recherches qui permettent de

supposer que la forte sur-accidentabilité du secteur n'est que la pointe de l'iceberg et que, de façon plus générale, les travailleurs intérimaires sont exposés à des conditions de travail nocives qui portent atteinte à leur santé.

La sous-traitance introduit également des mécanismes de pression commerciale qui privent d'effet la régulation sociale du travail. La catastrophe d'AZF à Toulouse, survenue le 21 septembre 2001, illustre de façon exemplaire ce mécanisme. Comme dans de nombreuses autres usines chimiques, la direction de l'entreprise avait multiplié les formes de sous-traitance, plaçant les entreprises dans des conditions de concurrence exacerbée et déresponsabilisant sa propre ligne hiérarchique de l'organisation du travail avec les entreprises sous-traitantes. Ce cas est loin d'être isolé. L'explosion survenue le 14 août 2003 dans la raffinerie REPSOL de Puertollano (Espagne) présente la même caractéristique d'une catastrophe liée aux conditions d'exploitation extrême des travailleurs de la sous-traitance.

Du point de vue juridique, un élargissement de la responsabilité patronale à l'ensemble des situations de travail sur lesquelles une entreprise exerce un certain contrôle ne poserait pas de difficultés techniques majeures. De même, l'on peut envisager l'extension des formes de représentation des travailleurs à des représentations de site regroupant les travailleurs de différentes entreprises.

Le problème essentiel est de nature politique. Les autorités publiques ont mis en oeuvre des politiques de dérégulation qui accroissent considérablement les possibilités de contourner l'obligation de sécurité. Un changement implique donc une modification des rapports de forces. Le rôle des organisations syndicales est crucial pour atteindre un tel objectif.

L'intensification du travail

La précarisation n'explique pas de façon immédiate l'ensemble des problèmes de santé au travail. Dans certains cas, il existe un lien direct et évident. Lorsque des travailleurs intérimaires sont utilisés pour effectuer des activités particulièrement dangereuses, lorsque des travailleurs précaires ne disposent pas de la formation nécessaire, etc. Dans d'autres cas, les liens entre la précarité et la détérioration des conditions de travail ne s'expliquent que par une sorte d'irradiation de la précarité sur l'ensemble des conditions de travail, y compris sur celles des travailleurs qui restent formellement mieux protégés.

Ce phénomène d'irradiation passe par différents mécanismes qui sont souvent en interaction :

- Le contenu du travail des travailleurs stables est modifié. Leur maîtrise sur l'ensemble du cycle

Votre rythme de travail vous est-il imposé par... (plusieurs réponses possibles)	1984	1991	1998
Le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce ?	3 %	4 %	6 %
La cadence automatique d'une machine ?	4 %	6 %	7 %
D'autres contraintes techniques (contrainte événementielle) ?	7 %	11 %	16 %
La dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ?	11 %	23 %	27 %
Des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus ?	5 %	16 %	23 %
Des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus ?	19 %	38 %	43 %
Une demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate ?	28 %	46 %	54 %
Une demande extérieure (clients, public) n'obligeant pas à une réponse immédiate ?	39 %	57 %	65 %
Les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie ?	17 %	23 %	29 %

Source : Enquêtes "conditions de travail". 1984, 1991 et 1998 (Insee/Dares). Extrait de Cartron et Gollac, 2003.

productif est affaiblie notamment lorsque différentes étapes de celui-ci ont été sous-traitées.

- La transmission informelle des savoirs au sein des collectifs de travail est beaucoup moins systématique.
- La mise en concurrence détruit une partie des relations de coopération. Le film de Ken Loach *Navigators* sur un accident du travail dans les chemins de fer privatisés en Grande-Bretagne illustre très bien ce phénomène.
- La peur du chômage et de la précarité engendre une pression très forte. Elle rend plus difficile l'élaboration de stratégies collectives de défense de la santé. Une enquête suédoise a illustré comment le chômage des jeunes intervenait comme facteur de détérioration de la santé et des conditions de travail de toute la génération, y compris de celles et ceux qui conservent un emploi (Novo, 2001).

La précarisation explique en grande partie comment au cours de ces vingt-cinq dernières années, en réponse à la diminution des taux de profit, le patronat est parvenu à imposer une intensification du travail qui ne s'est pas heurtée à une résistance frontale et massive.

Cette intensification est inséparable de la mise en place de nouvelles modalités de l'organisation du travail qui ont fortement réduit l'efficacité des stratégies de résistance des travailleurs.

Pour illustrer l'intensification du travail, l'on peut citer des données qui proviennent des enquêtes françaises sur les conditions de travail (Cartron et Gollac, 2003). Entre 1984 et 1998, le nombre de travailleurs qui déclarent être soumis à des contraintes de types différents est passé de 4% à 27%. Tant dans l'industrie que dans les services, la combinaison de contraintes industrielles et de contraintes marchandes affecte un nombre croissant de travailleurs.

Des données partielles, qui mériteraient d'être systématisées, semblent indiquer que la détérioration des conditions de travail des femmes a été plus brutale que celle des hommes.

Le paradoxe de l'année 2004 : l'essentiel se jouera sur le terrain des règles du marché

L'interaction entre les règles sociales concernant la santé au travail et les règles concernant le marché continue à constituer un des points les plus sensibles pour le bon fonctionnement des systèmes de prévention. Tant dans le domaine des équipements de travail que dans celui des substances et préparations chimiques, la situation actuelle n'est pas satisfaisante. Les principes de prévention impliquent que la sélection des facteurs matériels avec lesquels le travail est effectué joue un rôle crucial.

Pour qu'une telle sélection se fasse correctement, plusieurs conditions essentielles doivent être réunies :

- la mise sur le marché doit intégrer en amont les exigences de santé et de sécurité. Cela signifie qu'il faut éliminer du marché les équipements et les produits qui présentent des dangers intrinsèques ;
- une telle élimination n'est possible que si l'autorité publique exerce un contrôle efficace ;
- la prise en compte de l'expérience des travailleurs est vitale pour améliorer la conception des équipements et produits. Cette prise en compte implique que l'on se donne les moyens d'organiser une remontée de l'information ;
- une information précise fondée sur une sérieuse évaluation des risques doit permettre d'orienter la sélection qui sera faite dans les entreprises.

Depuis des années, le mouvement syndical s'est beaucoup investi dans le domaine des équipements de travail et des équipements de protection individuelle. Malgré ces efforts, la participation syndicale aux activités de normalisation reste dérisoire. Le contrôle du marché est inégal et insuffisant. De nombreux équipements, munis du marquage CE, ne respectent pas l'ensemble des exigences essentielles de santé et de sécurité. Je n'approfondirai pas ici cette question qui a fait l'objet d'un séminaire du BTS en juin 2002 (Tozzi, 2003).

Dans le domaine des produits chimiques, la situation est encore plus préoccupante. Le système actuel est incomplet et il fonctionne mal. Il repose sur trois piliers principaux :

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

Ces règles ont été élaborées progressivement à partir de 1967. L'impulsion principale provenait de l'industrie chimique qui voulait se débarrasser des entraves à la constitution d'un marché unique des produits chimiques dans l'Union européenne. Ces considérations commerciales ont primé sur la défense de la santé et de l'environnement. Par ailleurs, les dizaines de directives amendant les directives de base ont fini par créer un ensemble réglementaire imposant et complexe. Des lacunes importantes existent cependant dans cette réglementation. Ainsi, elle néglige un certain nombre d'effets à long terme immunologiques, endocrinologiques, concernant le développement nerveux ou encore la reproduction.

Le système mis en place donne un avantage considérable aux fabricants de produits chimiques. Il leur appartient de procéder à une évaluation initiale des risques sur la base de laquelle ils doivent classifier le produit et respecter un certain nombre de règles liées aux risques indiqués.

Cette évaluation initiale et ses conclusions sont notifiées aux autorités publiques. Les notifications font l'objet d'un système d'information communautaire. A défaut d'opposition, après une période d'attente de 45 jours, une substance peut être mise sur le marché. Dans la pratique, les autorités publiques s'opposent rarement à la mise sur le marché d'un produit.

Cela implique que, à bien des égards, la sécurité des produits chimiques est laissée à la discrétion des entreprises productrices. En théorie, les inconvénients de cette option pourraient être réduits par le contrôle exercé a posteriori par les autorités publiques. Celles-ci devraient procéder à leur propre évaluation des substances chimiques conformément à la réglementation communautaire. Cependant, les évaluations des risques effectuées par les autorités publiques ont accumulé un énorme retard par rapport à la quantité de substances mises sur le marché. C'est pourquoi l'évaluation par le producteur reste la référence unique en ce qui concerne la majorité des substances. L'évaluation des risques initiale ne présente pas de garanties d'indépendance. Elle est effectuée par les entreprises qui ont un intérêt évident

à commercialiser leur production. Elle débouche sur une classification qui n'est pas toujours adéquate. D'après une évaluation publiée par la Commission européenne en 1998 (European Commission, 1998), des enquêtes effectuées dans certains secteurs montrent des classifications incorrectes dans 25% des cas et des erreurs d'étiquetage dans 40% des cas. Par ailleurs, des fabricants ne déclarent pas comme produits dangereux, de nouvelles substances qu'ils mettent néanmoins sur le marché alors que l'on peut à juste titre soupçonner leur dangerosité.

Actuellement, l'avenir de la réglementation du marché des produits chimiques fait l'objet d'une polémique intense au niveau communautaire². Les propositions de la Commission concernant la réforme du système existant se heurtent à une campagne systématique du patronat de la chimie largement relayée par certains gouvernements. Sans répondre à l'ensemble des problèmes³, les propositions de la Commission ont au moins le mérite de mettre l'accent sur l'importance de la remontée de l'information. Elles formulent des critères plus rigoureux en ce qui concerne les obligations de l'industrie chimique. Elles visent aussi à mettre fin à la sous-estimation des problèmes présentés par les produits chimiques qui sont des polluants persistants et bio-accumulatifs ainsi que par les disrupteurs d'endocrine.

La campagne de désinformation systématique menée par l'industrie chimique a déjà produit certains résultats. Différents chefs d'Etat et de gouvernement (le président Chirac, le chancelier Schröder et le premier ministre Blair) ont été enrôlés dans cette campagne du patronat de la chimie. La proposition de la Commission rendue publique en octobre 2003 est assez en retrait par rapport aux propositions initiales de la réforme. L'année 2004 sera d'une importance décisive. Les débats en cours sont sans doute les plus importants pour la santé et la sécurité des travailleurs depuis la directive-cadre de 1989. Malheureusement, ils se déroulent dans le cadre de la politique commerciale de la Communauté et la dimension sociale des propositions discutées ne fait pas l'objet d'une attention prioritaire.

Il est vital pour les organisations syndicales d'intervenir de manière cohérente dans ce débat qui concerne l'ensemble des travailleurs et non pas les seuls travailleurs du secteur de la chimie. L'expérience démontre que les directives concernant l'utilisation des substances chimiques ainsi que la prévention des cancers causés par le travail sont mal appliqués en grande partie parce que les règles du marché sont insuffisantes. Aujourd'hui, la mortalité liée à des expositions à des produits chimiques dangereux dépasse la mortalité causée par des accidents du travail dans les pays industrialisés. Les problèmes de santé sont particulièrement aigus dans les industries utilisatrices comme le bâtiment, le textile, la métallurgie ou dans des activités de service comme le nettoyage ou la santé.

² On peut suivre ce débat notamment sur le site du BTS (<http://tutb.etuc.org/fr/dossiers/dossier.asp>) et sur le site du Bureau Européen pour l'Environnement (<http://www.eeb.org>).

³ Parmi les limites de la réforme proposée par la Commission, l'on peut mentionner le maintien du secret sur des aspects essentiels de la production des industries chimiques et la faiblesse des politiques de substitution des produits dangereux par les produits qui ne le sont pas ou le sont moins.

C'est pourquoi, les principes de base d'une intervention syndicale dans ce domaine devraient être les suivants :

- La défense de l'indépendance syndicale contre les fortes pressions du patronat de la chimie qui agite des menaces fortement exagérées sur l'emploi. A vrai dire, l'annonce des pires catastrophes économiques a toujours accompagné toute amélioration des conditions de travail. L'expérience de l'amiante montre le coût énorme payé par les travailleurs lorsque les gouvernements ont cédé à ce genre de chantage.
- La défense de la solidarité entre toutes les catégories de travailleurs. En effet, les atteintes à la santé les plus graves de l'exposition à des substances chimiques dangereuses ne se produisent pas nécessairement dans la chimie de base. Elles concernent souvent des travailleurs d'entreprises utilisatrices dans des secteurs comme le textile, la construction ou le nettoyage. En particulier, différentes données permettent de penser que les travailleuses sont concentrées dans des secteurs et activités où les effets à long terme des substances dangereuses sont moins étudiés et moins contrôlés.
- La capacité de bâtir des alliances avec les organisations de défense de l'environnement, les mouvements féministes et les institutions de santé publique pour faire prévaloir les intérêts de la santé et de l'environnement contre la recherche du profit à n'importe quel prix.

Conclusion : travailler ensemble dans le cadre d'une stratégie syndicale autonome

Au cours de ces vingt dernières années, les inégalités sociales ont augmenté dans tous les pays de l'Europe communautaire. La part des profits du capital dans la répartition des richesses produites s'est accrue au détriment de la part des revenus des travailleurs. L'on assiste également à un accroissement des inégalités sociales de santé (Costa, 1998 ; INSERM, 2000). La détérioration des conditions de travail s'inscrit dans ce contexte. Elle s'explique notamment par une mise en concurrence exacerbée liée à la mondialisation du capital. L'élargissement de l'Union européenne représente un défi majeur pour les organisations syndicales. Elle élargit leur champ d'action, impose la recherche de formes plus efficaces de solidarité et l'élaboration d'une stratégie commune de défense de la santé des travailleurs.

L'élargissement de l'Union européenne n'implique ni progrès, ni recul de façon mécanique. L'Union européenne fournit un cadre réglementaire général pour la santé au travail. Dans l'ensemble, ce cadre permet d'améliorer les systèmes de prévention existants même s'il devrait être amendé ou complété dans différents domaines. Ce cadre réglementaire ne débouche pas automatiquement sur une stratégie efficace de prévention. Par ailleurs, ce cadre contribue dans

d'autres domaines à la détérioration des conditions de travail. L'accent mis sur la privatisation des services publics, les politiques de l'emploi favorables à la précarisation du travail, la libre circulation des capitaux dans un espace dont l'homogénéité sociale est faible constituent quelques-uns de ces facteurs. En un sens, il y a un écart croissant entre les objectifs déclarés des politiques de santé au travail et les résultats d'autres politiques qui ont un effet déterminant sur les conditions de travail. Ce constat peut être vérifié tant au niveau de l'Union européenne que dans chacun des Etats membres. Une stratégie de prévention implique la détermination de priorités, l'allocation de ressources pour créer les moyens d'impulser, d'accompagner, de contrôler et d'évaluer les politiques qui ont été adoptées. Elle suppose de considérer les systèmes de prévention de façon critique pour vérifier s'ils sont en mesure de répondre aux défis des mutations du travail. Et la question la plus importante concerne le passage à la pratique. Sur la base des règles existantes et des connaissances acquises en matière de prévention, de très nombreuses atteintes à la santé pourraient être évitées. C'est la capacité des organisations syndicales de mobiliser les travailleurs autour des questions de santé au travail qui apparaît comme l'élément décisif pour une relance des politiques publiques dans ce domaine. En effet, les réformes "du haut", liées à la nécessité de transposer les directives communautaires, se sont essouffées dans une large mesure. Dans cette lutte, la coopération entre les organisations syndicales des anciens Etats de l'Union européenne et celles des nouveaux Etats ou des pays candidats sera d'une importance décisive. ■

Références

- Artazcoz, L., Cortès, I., Benach, J., Benavides, F. (2003), Desigualtats en salut laboral, in : Borrell, C., Benach, J. (dir.), *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelone, Mediterrania, pp. 251-282.
- Askenazy, P., (2000), *The consequences of new workplace practices in the United States*, Paris, CEE-CEPREMAP. (Texte intégral: http://www.cee-recherche.fr/fr/sem_intens/seance02/Askenazy%202.pdf.)
- Askenazy, P., Caroli, E. (2003), Pratiques "innovantes", accidents du travail et charge mentale: résultats de l'enquête française "Conditions de travail 1998", *Pistes*, vol. 5, n° 1, pp. 20-25.
- Benach, J., Gimeno, D., Benavides, F. (2002), *Types of employment and health in the European Union*, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- CFDT (2001), *Le travail en questions. Enquête sur les mutations du travail*, Paris, Syros.
- Boix, P., Orts, E., López, M.J., Rodrigo, F. (1997), Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 11, pp. 275-319.
- Cartron, D., Gollac, M. (2003), *Intensité et conditions de travail*, Quatre Pages (CEE), n° 58, juillet 2003.
- Costa, G., Cardano, M., Demaria, M. (1998), *Torino. Storie di salute in una grande città*, Turin, Città di Torino, Ufficio di statistica.
- Coordinamento (Coordinamentotecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro) (2003), *Rapporto conclusivo del progetto di monitoraggio e controllo dell'applicazione del DLgs 626/94*, Bologne.

- Daubas-Letourneux, V., Thébaud-Mony, A. (2002), *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Doumont, F. (2001), *Protection de la santé et de la sécurité du travailleurs intérimaires. Etat de la question dans le cadre de l'évaluation de l'application du Code sur le bien-être au travail*, Bruxelles.
- DRT (Direction des relations du travail) (2003), *Conditions de travail. Bilan 2002*, édition hors-commerce, s.l.
- Estébanez Tello, I. (2002), *Las empresas de trabajo temporal*, Madrid, Comisiones Obreras, Federación de servicios financieros y administrativos.
- Eurogip (2002), *Les maladies professionnelles dans 15 pays européens*, Paris, Eurogip.
- European Commission (1998), *Report on the operation of directive 67/548 on the approximation of laws, regulations and administrative provisions relating to the classification, packaging and labelling of dangerous substances; Directive 88/379 on the approximation of laws, regulations and administrative provisions relating to the classification, packaging and labelling of dangerous preparations; Regulation 793/93 on the evaluation and control of the risks of existing substances; Directive 76/769 on the approximation of laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the restrictions on the marketing and use of certain dangerous substances and preparations*, Bruxelles, Commission européenne.
- Goudswaard, A., Andries, F. (2002), *Employment status and working conditions*, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Hamon-Cholet, S. (2002), Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998, *Premières synthèses*, DARES, n° 20.1.
- HSE (Health and Safety Executive) (1999), *The costs to Britain of workplace accidents and work-related ill health in 1995-96*, s.l. : HSE books.
- Inserm (2000), *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, Editions La Découverte.
- INSHT (2001), *Plan nacional de seguimiento de empresas con alta siniestralidad*, Madrid.
- INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral) (2000), *Diagnóstico de Salud Laboral en Navarra*, Pamplona.
- IPL (Istituto per il Lavoro) (2001), *Salute e sicurezza in Emilia Romagna*, Milan, FrancoAngeli.
- James, P., Walters, D. (1999), *Regulating Health and Safety at Work: The Way Forward*, Londres, Institute of Employment Rights.
- Lehto, A.M., Sutela, H. (1999), *Efficient, More Efficient, Exhausted. Findings of Finnish Quality of Work Life Surveys 1977-1997*, Helsinki, Statistics Finland, Labour Market.
- Marklund, S. (ed.) (2001), *Worklife and Health in Sweden 2000*, Stockholm.
- MSZ (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) (2002), *Arbobalans 2002. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, La Haye.
- Navarro, V. (2002), *The political economy of social inequalities : consequences for health and quality of life*, Amityville, Baywood Publishing Company.
- Novo, M., Hammarström, A., Janlert, U. (2001), Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed ? A gendered comparison of young men and women during boom and recession, *Social Science & Medicine*, vol. 54, n° 8, pp. 1243-1254.
- Tozzi, G.A. (2003), La directive Machines, des acquis et des défis pour la Nouvelle Approche, *Newsletter du BTS*, n° 21, pp. 3-7.
- UGT (Unión General de Trabajadores) (2003), *Evolución de la siniestralidad en España 1996-2002*, Madrid.
- Vogel, L. (2001), De l'indemnisation à la prévention : ambiguïtés et impasses dans le régime juridique des maladies professionnelles en Europe, in : Actes du colloque organisé par la Faculté de Droit de Clermont-Ferrand "Améliorer la prise en charge des maladies professionnelles", numéro hors série de la *Revue juridique d'Auvergne*, pp. 73-100.
- Vogel, L. (2003), Les services de prévention, dossier spécial, *Newsletter du BTS*, n° 21, pp. 19-41.
- Walters, D. (ed.) (2002), *Regulating Health and Safety Management in European Union. A Study of the Dynamics of Change*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang.