



## SOMMAIRE

1 **EDITORIAL**

3 **OBSERVATOIRE DU BTS**

3 **La directive Machines, des acquis et des défis pour la Nouvelle Approche**

9 **LEGISLATION EUROPEENNE**

9 **La nouvelle analyse d'impact des initiatives de la Commission : un outil pour le développement durable ?**

12 **CHAMPS ELECTROMAGNETIQUES**

12 **La protection contre les rayonnements des radiofréquences et des micro-ondes**

17 **Exposition des travailleurs aux champs électromagnétiques : proposition de directive**

19 **LES SERVICES DE PRÉVENTION**

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

**Espagne : la grande faiblesse des services de prévention**

**Suède : aurait-on jeté le bébé avec l'eau du bain ?**

**Pays-Bas : les trois anneaux du marché de la prévention et de son contrôle**

**Un chaînon manquant : la socialisation de l'expérience des services de prévention**

42 **CANCERS PROFESSIONNELS**

42 **La reconnaissance des cancers professionnels en Europe**

44 **PME**

44 **Les syndicats et l'amélioration de la santé et de la sécurité dans les petites entreprises : les résultats d'une étude de la CES**

48 **NOUVELLES BREVES**

52 **PUBLICATIONS DU BTS**

### CONFERENCE CES-BTS

**Une stratégie commune de santé et de sécurité pour une Europe élargie**

### EDITORIAL

## La mise en œuvre de la stratégie communautaire à l'heure de l'élargissement

Un an et demi après la publication de la stratégie communautaire 2003-2006, qui suscite un espoir de relance de la politique communautaire en santé et sécurité, quelques éléments se mettent lentement en place.

Le Conseil a adopté une décision pour l'établissement, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, d'un comité consultatif tripartite "nouvelle formule". Les délégations nationales tripartites seront réduites de six à trois membres et le nombre de participants aux groupes de travail de cinq à trois membres par groupe d'intérêt, avec une exception notable, celle du groupe chargé de suivre les questions de santé et sécurité dans les industries extractives qui comprendra cinq membres par groupe d'intérêt. Le Conseil a voulu par là maintenir les connaissances acquises depuis 1957 au sein de l'Organe permanent pour la sécurité et la salubrité dans les mines de houille et les autres industries extractives qui seront utiles dans la perspective de l'élargissement. Le secteur minier est, en effet, encore très important dans certains pays adhérents.

Cette réduction du nombre de représentants par pays au sein du comité – qui passe de 15 à 25 Etats membres en 2004 – a naturellement un impact direct sur le groupe syndical qui ne disposera plus que d'un représentant par pays alors que les tâches confiées au comité s'accroissent. Son champ de compétence est plus large, il couvre maintenant l'ensemble des travailleurs dans tous les secteurs et le domaine est devenu très vaste quant au nombre de directives concernées.

Ce comité devrait davantage jouer un rôle de forum des initiatives prises, dans le cadre de la stratégie, par les acteurs privés et publics aux niveaux européen et national. Un tel forum serait un lieu d'échange, de coordination et de recherche de priorités communes impliquant les partenaires sociaux et les Etats membres. Il devrait aussi être le lieu de prise en compte et d'articulation des résultats du dialogue social européen et de l'acquis législatif commun comme fondement d'une transformation des situations de travail existantes.

Un autre élément qu'il est intéressant de mentionner dans ce contexte de la mise en œuvre de la stratégie est la priorité accordée, dans le programme de travail du Comité consultatif, à l'examen du rapport de

la Commission sur l'application des directives santé et sécurité. Ce rapport est attendu depuis plusieurs années, en particulier l'analyse de l'application de la directive-cadre qui est la pierre angulaire de toute politique commune en matière de prévention. Pour le groupe syndical, ce rapport permettra de vérifier avant tout la capacité des Etats membres d'assurer le respect des dispositions de la directive, notamment la mise en place des services de prévention qui doivent couvrir l'ensemble des travailleurs (champ étendu des actions de prévention qui implique une expertise pluridisciplinaire) et la prise de mesures assurant la représentation des travailleurs en matière de santé et de sécurité, en particulier dans les PME.

Des éléments du programme du Comité consultatif ont été repris dans le bilan à mi-parcours de l'Agenda pour la politique sociale que vient de publier la Commission : la feuille de route communautaire en matière de politique sociale. Sa lecture confirme que, sur le plan législatif, la Commission a l'intention de codifier des directives particulières existantes - nous espérons, qu'à cette occasion, les lacunes actuelles seront comblées - et d'assurer la simplification du suivi administratif par les Etats membres. Cette clarification des intentions de la Commission est utile à la veille de l'élargissement. En effet, il ressort des traités d'adhésion que la plupart des nouveaux pays auront transposé l'acquis communautaire au moment de leur entrée dans l'Union le 1<sup>er</sup> mai 2004. A cette date, dans tous les pays de l'Union, au nombre de 25, la directive-cadre sera d'application !

Pour la Commission, la simple transposition de la réglementation communautaire ne suffit pas. Pour sa mise en pratique, il est évident que des moyens devront être alloués, notamment en termes de connaissances des situations de travail et de formation des experts et des différents acteurs. Ce discours ne cache pas la réalité dans certains Etats membres qui tentent, au travers de leur présidence, d'initier un démantèlement des exigences de la directive-cadre et espèrent peut-être qu'une nouvelle composition du Conseil sera plus favorable à leurs demandes. Sachant que des pays candidats ont finalement abandonné la demande de période transitoire étant donné le "prix" élevé à payer dans la négociation en termes de financement ou d'accès aux marchés, le moment est donc venu pour l'ensemble des pays de l'Union de réaffirmer clairement que les principes de prévention repris dans la directive-cadre doivent être appliqués et que, pour ce faire, des moyens appropriés doivent être alloués !

**Marc Sapir,**  
Directeur du BTS

**LE BUREAU TECHNIQUE SYNDICAL EUROPÉEN POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ** a été fondé en 1989 par la Confédération européenne des syndicats. Il assure des missions de support et d'expertise pour la Confédération et le groupe Travailleurs du Comité consultatif pour la sécurité, l'hygiène et la protection de la santé sur le lieu de travail. Le BTS est membre associé du Comité européen de normalisation (CEN). Il anime des réseaux d'experts syndicaux dans les domaines de la normalisation (sécurité des machines) et des substances chimiques (classification des substances dangereuses et établissement des valeurs limites d'exposition). Il représente également la CES au sein de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité, à Bilbao.

**BTS** - Bd du Roi Albert II, 5 bte 5  
B-1210 Bruxelles  
Tél. : +32-(0)2-224 05 60  
Fax : +32-(0)2-224 05 61  
Adresse E-mail : [tutb@etuc.org](mailto:tutb@etuc.org)  
Internet : [www.etuc.org/tutb](http://www.etuc.org/tutb)

Le BTS bénéficie du soutien financier de la Commission européenne.

**Newsletter du BTS** n° 21, juin 2003

Les informations contenues dans ce numéro ont été clôturées pour la plupart au 30 juin 2003.

La **Newsletter du BTS** est éditée trois fois par an en français et en anglais.

**Editeur responsable :**

Marc Sapir, directeur du BTS  
Bd du Roi Albert II, 5 bte 5  
B-1210 Bruxelles

**Secrétaire de rédaction :** Janine Delahaut  
([jdelahau@etuc.org](mailto:jdelahau@etuc.org))

**Assistante à la production :** Géraldine Hofmann

**Ont participé à la rédaction de ce numéro :**

Jacques Brugère, Janine Delahaut, Sophie Dupres-soir, Claire Naud, Marc Sapir, Andrea Tozzi, André Vander Vorst, Laurent Vogel, David Walters

**Traduction :** Helga Hedewig, Virginie Ernould

**Documentation :** Jacqueline Rotty

**Diffusion :** Géraldine Hofmann

**Réalisation graphique :** Coast

**Imprimé** en Belgique par JAC Offset

## La directive Machines, des acquis et des défis pour la Nouvelle Approche

Giulio Andrea Tozzi\*

La Commission européenne a lancé, en 1997, la révision de la directive Machines. Devant la perplexité des représentants des Etats membres du Comité permanent de la directive, la Commission avait déclaré d'emblée ne pas vouloir adopter les conclusions "très libérales" du Groupe Molitor. La proposition de la Commission est arrivée au Conseil en janvier 2001 et a suivi son parcours parlementaire<sup>1</sup>. Plus de 70 amendements ont été proposés. La Commission a présenté sa proposition modifiée au Parlement et au Conseil en février 2003<sup>2</sup>.

L'Europe est-elle un système technocratique bloqué ou un corps vivant en train de grandir, prenant en compte avec courage et originalité toutes les contradictions qu'entraîne un processus social complexe ? Les entraves aux échanges ont-elles vraiment disparu ou ont-elles seulement pris une autre forme avec un niveau de sécurité requis pour les produits qui reste faible et encore différent dans chacun des Etats membres ? Les machines, par exemple, circulent-elles plus librement et sont-elles, aujourd'hui, plus sûres qu'avant l'adoption de la directive ? Est-il possible pour sa mise en œuvre de trouver, au-delà des intérêts locaux, la "bonne" interprétation, agréée par tous, de l'ensemble réglementaire "obligatoire" de la directive et des normes techniques spécifiques "volontaires" ? Y a-t-il un accord sur le rôle des organismes "tiers" certificateurs : faut-il renforcer leur indépendance ou leur liberté d'entreprise ? Pourquoi ce manque d'enthousiasme de certains Etats membres en faveur d'une surveillance du marché efficace, homogène et transnationale ? Est-ce le développement technique ou le protectionnisme des connaissances stratégiques qui règle l'état de l'art ? Encourage-t-on la protection et l'implication des utilisateurs dans la conception ou poursuit-on la précarisation des opérateurs et la réduction des droits de participation des travailleurs dans un marché sans règles ?

Le BTS a réuni, les 13 et 14 juin 2002, dans la Maison syndicale internationale à Bruxelles, les experts du "monde des machines" pour leur présenter une méthodologie de recherche sur toutes ces questions et débattre de sa mise en place.

Le projet s'est articulé autour des étapes suivantes :

- la constitution d'un partenariat entre différents acteurs : les syndicats européens (le BTS), des ministères (du Travail, français et des Affaires sociales, finlandais), un institut de recherche public (l'ISPESL italien) et un organisme tripartite (la KAN allemande);

- la définition d'un objectif commun, c'est-à-dire réunir les données de base pour décrire et comparer la situation réelle au travers d'un questionnaire spécifiquement mis au point et soumis à des experts institutionnels, sociaux et techniques dans divers Etats;
- la confrontation ouverte avec d'autres partenaires, non impliqués directement dans la recherche, sur les questions concrètes qui se posent lors du processus d'application de la directive, avec une attention particulière aux machines à bois;
- la formulation, en conclusion du processus, de suggestions à la Commission et aux Etats membres, pour la mise en place d'un "système machines" plus cohérent avec les principes du Traité.

Une première version du rapport d'enquête de Stefano Boy, du BTS, et de Sandra Limou, de l'Université Robert Schuman, à Strasbourg, a été distribuée aux participants du séminaire. Le débat s'est focalisé tout de suite sur l'évaluation de l'efficacité du système directive/normes de la Nouvelle Approche et sur sa pertinence pour répondre à l'objectif d'améliorer et d'harmoniser la sécurité des machines dès la conception. La discussion a donc porté sur le rôle des organismes certificateurs et sur les difficultés pratiques qu'ils rencontrent avec les fabricants. L'importance fondamentale de la participation sociale et de l'intime complémentarité des règles du marché avec celles de la protection sociale a été soulignée au cours des débats, de même que la difficulté de mettre en œuvre une surveillance du marché plus efficace. Finalement, s'est esquissé un bilan des acquis et des zones d'ombre du système dans la perspective du processus de révision législatif en cours.

Le séminaire de juin 2002 a représenté une étape importante dans la méthodologie développée par le BTS. La confrontation des résultats de l'enquête avec d'autres acteurs provenant des différents Etats membres de l'UE a permis de valider certaines conclusions et d'en enrichir la portée. Le rapport final *La mise en œuvre de la directive relative aux machines. Un équilibre fragile entre marché et sécurité* intégrant l'ensemble de la démarche sera disponible courant 2003<sup>3</sup>.

### Directive Machines et normes harmonisées

Les ponts élévateurs de véhicules, utilisés dans les garages, sont un des rares types d'appareil de levage où il faut nécessairement travailler sous la charge soulevée. On peut clairement imaginer la gravité du

\* SNOP - Société nationale des praticiens de la prévention, Italie

<sup>1</sup> Voir "La révision de la directive Machines", *Newsletter du BTS*, n° 17, juin 2001, pp. 6-13.

<sup>2</sup> COM (2003) 48 final, du 11 février 2003.

<sup>3</sup> Voir page 8.

risque pour l'opérateur. Les voitures ont une distribution non homogène du poids, étant donné que le poids du moteur est généralement à l'avant. Les ponts devraient donc pouvoir résister à la charge, quel que soit le sens de chargement de la voiture. La norme harmonisée EN 1493 va dans ce sens, mais pas le marché. Il existe des ponts plus légers (et moins chers), certifiés par des organismes notifiés, qui obligent l'utilisateur à charger la voiture sur le pont dans un seul sens. Si l'opérateur charge le véhicule dans l'autre sens, comme il est certain qu'il le fera un jour ou l'autre, le pont risque de s'effondrer. Dans ce cas de figure, la norme européenne est "bonne", mais des fabricants mettent en circulation des machines en-dessous du niveau de sécurité exigé par la norme et des organismes tiers les soutiennent.

Dans certains cas, la norme harmonisée est "mauvaise" et les machines fabriquées en suivant les principes de cette norme ne sont donc pas conformes aux exigences essentielles de la directive. Ce fut le cas, par exemple, de la EN 692 en 1997 sur les presses mécaniques qui avait été mise en cause par la France et de la EN 708 concernant des machines agricoles pour laquelle le Royaume-Uni avait fait appel à la clause de sauvegarde en 1998.

Dans d'autres cas, il n'y a pas de norme, et une machine est conçue et mise sur le marché sous la responsabilité du fabricant à travers les procédures de certification réglementaires, sur base de son interprétation des exigences essentielles de la directive. C'est le cas le plus fréquent et seules des actions de surveillance du marché permettent de vérifier et, éventuellement, de faire modifier ou retirer du commerce la machine si elle n'est pas conforme à la directive 98/37 CE<sup>4</sup>.

Si la machine fait partie de la liste spéciale de l'Annexe IV (qui couvre seulement 5 à 10 % des machines mises sur le marché), elle bénéficiera de la certification d'un organisme notifié, parfois suivant un examen de type.

Les cas de non conformité ne manquent pas. Par exemple, très souvent, les manuels d'instruction n'existent pas dans la langue de l'utilisateur (Tuiri Kerttula, ministère des Affaires sociales, Finlande), ne décrivent pas les critères pour opérer en sécurité ou ne donnent pas d'information sur les risques résiduels (Uli Bamberg, KAN). Cependant, on est malheureusement encore loin d'une stratégie commune de surveillance du marché au plan européen.

Les normes doivent répondre aux exigences essentielles de la directive, or, bien souvent, celle-ci n'est même pas spécifiée dans le texte de la norme. Comme l'a souligné Emilio Borzelli (ISPESL), il arrive aussi que les normes aillent au-delà des exigences de la directive en ajoutant des détails de conception avancés (qui, par contre, laissent libre cours aux diversités technologiques), ou en définissant des

essais très appropriés. Ces ajouts peuvent néanmoins se révéler excessifs et limiter le concepteur sans améliorer la sécurité ou les essais peuvent s'avérer trop vagues et empêcher une réelle évaluation.

Pour les machines à bois, le niveau des normes est considéré comme satisfaisant voire très satisfaisant (Uli Bamberg), surtout si on les compare aux autres normes (Emilio Borzelli). En effet, souvent, on a préféré produire une norme imparfaite dans un délai relativement court, plutôt que rester sans norme. Il faudrait alors prévoir sa révision si des anomalies surgissent pendant l'utilisation des machines. Malheureusement, (Emilio Borzelli) les normalisateurs ne reçoivent pas de signaux des utilisateurs pour déclencher ce processus. On reviendra sur ce point. Il est utile de relever ici la suggestion de la KAN selon laquelle, en l'absence de circuit d'information, il faudrait au moins prévoir des tests pendant le processus de conception (Uli Bamberg).

Les normes sont parfois aussi contradictoires entre elles, par exemple les EN 708, EN 704 et EN 632 dans lesquelles figurent des dimensions différentes pour des protections similaires - et cela, malgré la procédure de sauvegarde du Royaume-Uni à l'encontre de la première d'entre elles (Phil Papard, HSE). Elles peuvent aussi être tout à fait inutiles, soit parce qu'elles n'ajoutent rien aux dispositions de la directive, soit parce qu'elles sont dépassées dès leur promulgation suite aux longs délais d'adoption et aux avancées de la technique. Enfin, les normes pourraient être d'une grande utilité pour l'évaluation et l'harmonisation de la sécurité des logiciels d'automatisation des machines, pour lesquels les dispositions de l'Annexe I sont très limitées (Tuiri Kerttula).

Certaines définitions de la directive (équipement interchangeable, composants de sécurité) et dispositions de l'Annexe I peuvent être ambiguës, incompréhensibles dans leur traduction, incompatibles avec des traditions nationales, ou clairement insuffisantes (Pascal Etienne) comme c'est le cas des exigences sur les émissions (bruit, vibrations, polluants, etc.), ou encore mal coordonnées avec la directive Equipements de travail (Phil Papard). Ainsi, la directive Machines prévoit (art. 3.4.3, Annexe I), en cas de risque de renversement, d'équiper la machine uniquement de points d'ancrage pour les structures de protection contre le retournement (ROPS) plutôt que de prévoir les ROPS mêmes ou de garantir une stabilité effective de la machine, et, ce, dès la conception. Il revient donc à l'utilisateur d'évaluer la machine et éventuellement d'installer l'équipement de protection.

On constate aussi des insuffisances, voire des manquements, dans les dispositions de la directive et, par conséquent, dans les normes. Comme l'a souligné Pascal Etienne (ministère du Travail), ces insuffisances concernent surtout les aspects ergonomiques, qui sont à peine évoqués dans l'Annexe I.

<sup>4</sup> Version codifiée de la directive Machines.

En effet, les risques “mécaniques” et “électriques” sont nettement dominants dans les exigences essentielles et dans les normes, bien qu’il existe maintenant quelques normes ergonomiques (Harald Riecke, CEN). Il est vrai que les aspects ergonomiques sont parfois dispersés et que la discipline n’offre pas toujours une vision d’ensemble en termes de concepts et d’instruments aisément utilisables par des concepteurs venant du monde de la mécanique ou de l’électrotechnique et n’étant pas formés spécifiquement à l’ergonomie. Le guide publié par le BTS (Ringelberg, Koukoulaki, 2002) concernant l’évaluation des risques de troubles musculo-squelettiques lors de la conception des machines pourrait donc être d’une aide précieuse pour remédier à ces limites et faire en sorte qu’arrondir les angles des machines et les rendre moins aigus ne soit plus considéré comme le seul apport de l’ergonomie !

Néanmoins, comme l’a souligné Theoni Koukoulaki (BTS), on trouve encore très souvent une autre résistance, plus profonde, envers l’ergonomie. On est encore loin de considérer que les utilisateurs finaux doivent faire partie intégrante du processus même de la conception des équipements, pour y intégrer des caractéristiques dérivées de la pratique qui garantissent le bien-être physique et mental de l’opérateur.

Entre norme et législation, le rapport reste donc multiforme.

Le contenu de la norme sera fonction à la fois de la compétence des normalisateurs, et derrière eux des intérêts de chaque “groupe miroir” national, et du dialogue avec les consultants mandatés par la Commission qui au CEN en jugent certaines compatibilités avec la directive. Le résultat dépend aussi de l’implication de chaque Etat membre qui devrait contrôler la conformité de la norme avec la directive (mais aussi – on le sait – avec ses propres intérêts nationaux). Chaque pays contribue ainsi à l’interprétation de la directive selon sa volonté d’ouverture envers les autres marchés, ses intérêts commerciaux ou sa stratégie politique.

Les délais de parution du Guide-commentaires sur la directive Machines (1999) et du guide sur la Nouvelle Approche (2000) de la DG Entreprises, tous deux très utiles, montrent la complexité des enjeux qui freinent le processus. D’aucuns (T. Kerttula) considèrent d’ailleurs que de bons guides pour l’application de la directive pourraient s’avérer plus efficaces qu’une modification législative.

### La certification : le maillon faible

Pour les machines comprises dans l’Annexe IV, la certification se fait via un organisme tiers qui doit tester un exemplaire et évaluer sa conformité à la directive, sur base de son expertise (le recours par les fabricants aux deux autres options prévues par la directive est très rare). Un large accord s’est dégagé

entre les intervenants au séminaire sur les incongruités et les insuffisances de la liste des machines comprises dans cette Annexe IV, et donc sur la nécessité de la réviser. La pertinence de la procédure du module H, assurance qualité totale, contenue dans le texte de la révision de la directive et soulignée par Martin Eifel (DG Entreprises) n’a, par contre, pas fait l’unanimité (U. Bamberg). Exprimant lui aussi ses doutes vis-à-vis de ce système, Dietmar Reinert (BIA) a posé la question de l’opportunité d’étendre la notification des organismes tiers aux machines qui ne figurent pas dans l’Annexe IV.

L’évaluation menée par les organismes de certification est généralement correcte, mais on constate parfois que les examens se réduisent ou deviennent moins sévères pour des raisons de rentabilité, les tarifs appliqués doivent en effet permettre à l’organisme de rester concurrentiel (ou de gagner des parts de marché). Un autre problème vient du fait que, dans la plupart des pays, le certificat obtenu ne prévoit aucune limite temporelle de validité, avec pour conséquence que des solutions dépassées au fil du temps risquent de perdurer bien longtemps.

Les organismes notifiés devraient être avant tout des vérificateurs et non jouer le rôle de consultants face à leurs clients. Le rôle de l’organisme est, on le comprend, assez difficile étant donné les limites des fabricants qui, souvent, ne savent pas interpréter techniquement la directive (et ce, pas seulement pour les machines de l’Annexe IV) et donc demandent des expertises plutôt que des certifications.

La directive ne prévoit pas de procédure harmonisée obligatoire pour l’agrément des organismes notifiés. Seuls quelques pays fixent certaines limites et assurent des garanties (D. Reinert). Le retrait de la notification à des organismes est rarissime voire inexistant même en cas d’erreurs répétées ou d’absence évidente d’activités. Ce qui pourrait démontrer que l’on utilise la notification seulement comme une référence pour améliorer son action dans d’autres domaines.

Le manque d’uniformité des jugements techniques émis par ces organismes a également été évoqué. Il existe bien des coordinations nationales et une coordination européenne des organismes notifiés qui visent à réduire les différences les plus marquées, mais la plupart des intervenants au séminaire, dont D. Reinert (BIA), sont d’avis que la participation de la plupart de ces organismes étant volontaire, elle reste trop faible.

### La participation sociale : un chaînon manquant

La participation sociale à la mise en oeuvre du système montre de forts contrastes et souvent une trop faible implication des partenaires sociaux, surtout au niveau national. En effet, les fabricants et les employeurs, qui souvent se confondent sous la

même étiquette, se trouvent face à une évolution de leur propre identité qui semble devenir parfois difficile à gérer. Les "fabricants" se transforment de plus en plus en fournisseurs de services d'assistance, en producteurs de sous-ensembles et quasi-machines, en assembleurs de systèmes complexes, ou encore en simples utilisateurs de logiciels d'automatisation. Ils se trouvent souvent à la limite de l'application de la directive Machines et donc sans la protection minimale d'un système transparent de règles. L'intervention de Franck Gambelli (Orgalime) a bien montré la difficulté du choix entre contribuer à fragiliser les systèmes réglementaires pour permettre la "libération" des ressources, et développer une capacité de prévision suffisante pour ne pas se retrouver enlisé dans le tumulte d'un développement sans règles.

Du côté des travailleurs, Laurent Vogel (BTS) a souligné les améliorations apportées aux équipements de travail par la Nouvelle Approche. Il a rappelé la complémentarité des directives Produits et des directives Protection sociale, et a dénoncé le manque d'organisation d'un retour systématique d'expérience, par exemple, en prévoyant l'obligation pour les fabricants de collecter des données sur l'utilisation de leurs produits.

Certaines autorités nationales ont mis en place, avec les syndicats, des procédures pour faire remonter les connaissances des travailleurs vers la conception des machines, mais celles-ci restent encore des tentatives assez minoritaires : en France, la production de "fiches d'alerte" gérées par les CHST au niveau des entreprises; en Italie et en Suède, l'élaboration d'une méthodologie d'analyse du travail avec les opérateurs des machines à bois; en Allemagne, la création d'un organisme tripartite pour le suivi des normes (la KAN).

L'information pourrait aussi remonter directement du terrain vers le niveau européen ; les consultants du CEN aimeraient recevoir de telles données (Detilloux). Le cas des camions bétonnières (*truck mixers*) signalé par le BTS, suite à des informations envoyées par les syndicats italiens de la construction, est un exemple positif qui a déclenché la remise en question de la norme avant son adoption au CEN. L'implication syndicale dans les "groupes miroirs" nationaux reste malheureusement trop faible et, dans la plupart des pays, seulement formelle. La révision de la directive n'apporte aucune amélioration sur ce point. Au contraire, comme l'a souligné L. Vogel avec inquiétude, dans la proposition de révision de la directive 95/16/CE de la Commission, le considérant qui soulignait, bien qu'en termes très généraux, la nécessité de la contribution des employeurs et des employés au processus de normalisation a été entièrement effacé. En outre, aucun apport nouveau n'a été ajouté à l'article 5.3 de la directive, qui définit des procédures nationales et européennes pour le suivi du processus normatif par les partenaires sociaux<sup>5</sup>.

## Le système contrasté de la surveillance du marché

La directive Machines est en vigueur depuis seulement une dizaine d'années. Son application est assez complexe à réaliser complètement. Certains pays avec une solide tradition de prévention, comme la Suède, le Danemark ou la Finlande, sont entrés dans l'Union européenne après l'adoption de la directive 89/392/CEE et n'ont donc contribué qu'indirectement à son élaboration. Ils ont néanmoins dû s'adapter très vite aux nouveautés introduites dans leur système. Tel était le cas de la Suède où l'Inspection du travail a mené, en 1996, deux ans après l'entrée en vigueur de la directive, une vaste campagne de vérification de sa mise en œuvre. La moitié des 3.000 machines vérifiées, dont 175 machines de l'Annexe IV, présentaient des défauts d'application de la réglementation (Lennart Ahnström).

C'est seulement depuis quelques années que sont apparues un plus grand nombre de machines "neuves" sur les lieux de travail et que des accidents commencent à être rapportés. Les autorités qui mènent les inspections préventives et les enquêtes à la suite des lésions ont commencé à identifier plusieurs types de machines avec marquage CE qui sont dangereuses et non conformes. Les actions des autorités sur le terrain déclenchent souvent une réaction des bureaux des ministères centraux chargés de la coordination de la surveillance du marché (il faut remarquer que ce mot n'existe pas dans la directive actuelle et qu'il est introduit dans la proposition de nouvelle directive). Apparaissent aussi les premiers jugements envers les fabricants et les conflits entre ceux-ci et leurs acheteurs pour les lésions causées par leurs produits.

La différence avec le passé est, qu'aujourd'hui, on devrait se trouver dans un marché européen unique, sans barrières, où les alertes et les interdictions surgissant dans un pays devraient être immédiatement harmonisées et diffusées dans tous les Etats de l'Union. Or, ce que l'on constate souvent c'est la tendance à résoudre le problème entre l'autorité nationale et le fabricant en faisant modifier par celui-ci toutes les machines vendues dans un pays sans pour cela impliquer le reste de l'Europe, ou pire, en se limitant à une intervention sur la machine spécifique identifiée comme dangereuse !

La directive ne prévoit pas d'obligation de communication d'information sur les démarches nationales directement aux autres Etats. Une machine jugée dangereuse dans un pays pourrait donc très bien circuler en-dehors de celui-ci sans avoir été modifiée. Ce qui est contradictoire avec les règles d'un marché supposé "unique" où la sécurité doit être maximale et homogène et les contraintes réduites au minimum mais, surtout, être identiques partout en Europe !

Il est néanmoins évident que l'application de la procédure d'information et d'évaluation telle que prévue

<sup>5</sup> Le BTS a mis sur pied, avec le Programme suédois SALTSA, un autre projet de recherche qui tente de faire le point sur la participation syndicale aux travaux de normalisation et propose une méthodologie pour une approche participative des travailleurs à la conception des machines. Le rapport consolidé du projet sera publié courant 2003 et le prochain numéro de notre Newsletter sera entièrement consacré aux résultats du séminaire, organisé à Bruxelles en juin, durant lequel ce rapport a été présenté et débattu.

dans la directive, c'est-à-dire au travers de la clause de sauvegarde impliquant une évaluation par la Commission et des expertises éventuelles, induit des délais importants. C'est, en effet, seulement après cette procédure, très lourde, que l'information peut être divulguée dans tous les Etats. Une période de plusieurs années peut donc s'écouler avant que l'on intervienne sur une machine qui pourrait, entre-temps, provoquer d'autres dommages. Le fait que, jusqu'à présent, un seul cas soit arrivé au terme de la procédure (les presses mécaniques italiennes saisies par la France) permet de s'interroger sur l'efficacité du système.

Les autorités nationales ont pris des initiatives telles que la mise en place du réseau Machex par le SLIC (le comité européen des inspecteurs du travail) afin de résoudre les problèmes posés par la sécurité des machines au niveau du lieu de travail (L. Ahnström), ou la définition de pratiques communes de simplification administrative (Adco) dans la surveillance du marché qui s'avèrent d'autant plus indispensables avec l'arrivée dans l'Union des nouveaux pays adhérents (P. Papard).

La Commission, qui a posé de bonnes questions dans son document consultatif sur la Nouvelle Approche de décembre 2001, a montré un vif intérêt pour le débat organisé par le BTS (M. Eifel). Il est urgent que des ressources importantes soient allouées dans ce domaine tant par les Etats que par la DG Entreprises de la Commission. La récente communication (mai 2003) de la Commission visant à l'amélioration de l'application des directives Nouvelle Approche envisage une série de mesures qui vont dans le bon sens.

## Un bilan difficile

Un bilan exhaustif sur l'efficacité de la directive en termes de santé et de sécurité est difficile, les données étant trop dispersées et intrinsèquement insuffisantes.

Malgré leur constante amélioration, les statistiques nationales et européennes sur les accidents (Eurostat) restent lacunaires (par exemple, dans la plupart des fiches d'accident, l'indication précise de la machine qui en a été la cause n'est pas prévue) et ne permettent pas d'identifier les machines qui sont la cause des accidents.

Les données offrent, en outre, des indices en négatif, des alertes à la suite de problèmes qui se sont manifestés, plutôt que des garanties de sécurité afin d'éviter les accidents (les quasi-accidents ne sont pas comptabilisés). Le fait que les scies à ruban n'ont jamais causé d'accidents en Allemagne, malgré l'absence d'arrêt d'urgence, permet-il de considérer comme excessive l'obligation d'un arrêt d'urgence requise par la directive?

Les accidents prouvent que le risque "machines" existe encore, qu'il soit dû à une utilisation erronée des équipements ou à des erreurs de conception.

Des indications et des détails utiles sur les causes des accidents et sur l'incidence de la mauvaise conception des équipements ont été recueillis grâce à des actions menées par les autorités en France et en Italie, et à des enquêtes au Royaume-Uni, en Suède, en Finlande et au Danemark. Là où des campagnes de surveillance du marché ont été menées à terme et où la coopération entre les autorités commence à s'organiser, on entrevoit des possibilités d'amélioration importantes du système (Pascal Etienne a décrit une longue série d'expériences de ce type).

## Des acquis et des défis

Malgré la distance évidente entre l'énoncé et la réalité de l'harmonisation, le processus réglementaire et normatif de la Nouvelle Approche a engendré des acquis indéniables en matière de conception. Ils ont bien été soulignés pendant le séminaire (Jean-Paul Lacore). L'intégration de la sécurité, la méthode des trois étapes, la complémentarité de la conception du produit et de la protection de l'opérateur pendant l'utilisation sont autant de concepts qui se répandent dans la sensibilité des nouveaux concepteurs, bien que, parfois, moins rapidement qu'on ne le voudrait. Il faut intensifier les efforts pour accélérer ce processus au travers de projets de formation, dont certains ont déjà prouvé leur efficacité.

Il faudra aussi (K. O. Hansen, représentant du gouvernement danois) trouver des accords politiques efficaces pour conclure le processus de révision de la directive et développer les échanges sur sa mise en œuvre au moyen de campagnes communes, de visites d'inspecteurs d'un pays à l'autre et d'un dialogue continu avec les fabricants.

Pour améliorer la coopération et éviter la duplication des efforts, il faut, selon la KAN (U. Bamberg), mettre en place un système rapide d'échange d'informations, avec des alertes immédiates en cas d'urgence, des bases de données communes sur les produits dangereux, des groupes de coopération nationaux et européens pour chaque directive.

La double approche (conception-protection) est un acquis social européen que les organisations syndicales voudraient voir s'affirmer aussi au niveau international comme une approche originale à laquelle les représentants des travailleurs ont fortement contribué. La norme centrale du système, la EN 292, vient de conclure son long et difficile processus de révision et va paraître sous forme de norme à la fois européenne et internationale (EN ISO 12100). On pourra, à travers elle, juger du degré d'autonomie ou d'intégration du modèle européen envers la déréglementation globale. Le centre du débat n'est-il pas entre ceux qui plaident, malgré tout, pour une réglementation sociale comme base du libre marché et ceux qui veulent seulement des règles volontaires soutenues par de puissants pouvoirs économiques internationaux sans aucune "entrave" sociale régionale ? ■

## Publications du BTS

### La mise en œuvre de la directive relative aux machines - Un équilibre fragile entre marché et sécurité

Par Stefano Boy et Sandra Limou  
A paraître courant 2003

Cet ouvrage est l'aboutissement d'un projet de recherche européen sur l'application de la directive relative aux machines dans quatre Etats membres : la Finlande, la France, l'Allemagne et l'Italie. Quatorze ans après l'adoption de la directive, on ne dispose pas encore d'un aperçu général de son application pratique dans les différents Etats de l'Union européenne. Le projet, mené par le BTS fin 2000 avec quatre partenaires nationaux - l'ISPESL (Institut national de prévention de la santé au travail) en Italie, la KAN (Commission pour la santé et la sécurité au travail et la normalisation) en Allemagne, le ministère français du Travail et le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé - se fonde essentiellement sur des rapports nationaux élaborés à partir d'interviews couvrant les principaux aspects de la directive et de son application ayant un impact sur la santé et la sécurité au travail. L'accent a été mis sur un type de machines, les machines à bois, afin d'obtenir des informations cohérentes permettant une étude comparative. Le rapport

d'étude intègre également les enseignements tirés du séminaire organisé en juin 2002 où le rapport a été présenté à des représentants des pays non couverts par la recherche, des fabricants, des employeurs, des organismes notifiés et des syndicalistes.

Au-delà de l'analyse détaillée de certains éléments liés à l'interprétation et à l'application de la directive, le rapport rend visible à un public plus étendu des aspects de santé et de sécurité qui appellent de plus amples discussions. Il fournit aussi des indications sur la manière dont les acteurs impliqués dans le système d'application de la directive agissent au niveau des lieux de travail.

Le livre entend apporter une contribution au débat sur l'équilibre à trouver entre la santé et la sécurité des travailleurs et les contraintes du libre marché des équipements qu'ils utilisent, particulièrement la manière dont cet équilibre est perçu, fonctionne et évolue tout au long de la chaîne des intervenants (du concepteur à l'utilisateur). Autrement dit, la manière dont la directive concilie les rôles respectifs du secteur public (les autorités) et du secteur privé (les fabricants) à la lumière des attentes en matière de santé et de sécurité des travailleurs : les acteurs directement concernés par une application correcte de la législation.

### La directive communautaire relative à la conception des machines : pour un équilibre entre libre circulation des équipements et protection des travailleurs - L'exemple français

Par Sandra Limou  
Coédition BTS / Institut du Travail de Strasbourg  
2003, 128 pages, 15 €



Cet ouvrage s'inscrit dans le cadre de l'étude sur l'application de la directive Machines dans plusieurs Etats de l'Union européenne menée par le BTS à partir de 2000. A la suite de la rédaction de ce rapport français, le BTS a décidé d'élargir le travail de recherches à l'Allemagne, l'Italie et la Finlande. Cette étude française a été réa-

lisée dans le cadre d'une convention de recherches passée entre l'Institut du travail de Strasbourg, composante de l'Université Robert Schuman, et le BTS.

La transposition de la directive Machines n'a pas bouleversé la réglementation française. Ces dispositions communautaires se révèlent très proches des principes énoncés par la loi du 6 décembre 1976 qui prévoyait déjà l'intégration de la sécurité dans la conception des machines et des appareils. Néanmoins, on ne peut considérer pour autant que l'application de cette directive en France n'ait posé aucun problème. En effet, les objectifs

du texte, à savoir la libre circulation des marchandises et la garantie d'un haut niveau de protection des travailleurs, sont difficiles à concilier.

Cette étude réalisée notamment à partir d'interviews de différentes personnes directement concernées par la mise en œuvre du texte communautaire (fabricants de machines, utilisateurs de ces équipements, fonctionnaires du ministère du Travail, organismes notifiés par l'Etat pour l'évaluation de la conformité de certaines machines...) souligne et analyse les difficultés d'interprétation et d'application du texte. Cet ouvrage expose également les différentes responsabilités susceptibles d'être engagées dans le cadre des exigences essentielles de la directive. En effet, le fabricant et le chef d'entreprise sont soumis à un certain nombre d'obligations, et engagent leur responsabilité civile et/ou pénale en cas de non-respect de la réglementation. L'importance donnée aux normes techniques modifie les données classiques du droit de la responsabilité et, faute de jurisprudence, de nombreuses incertitudes demeurent. Enfin, une application satisfaisante du texte repose également sur un contrôle du marché par les autorités publiques. Cette étude fait le point sur le dispositif prévu par la directive en la matière, sur le système français de surveillance organisé sous l'autorité du ministère chargé du travail et, enfin, sur la coopération au niveau européen qui s'engage aujourd'hui.

Ainsi, ce rapport permet de mieux comprendre la portée de la directive relative à la conception des machines en France.

## La nouvelle analyse d'impact des initiatives de la Commission : un outil pour le développement durable ?

La Commission européenne a publié, en juin 2002, une Communication sur une nouvelle approche en matière d'évaluation de l'impact de ses initiatives. A partir de 2004, toute nouvelle proposition législative ou non législative devra faire l'objet d'une évaluation au regard de ses impacts économiques, sociaux et environnementaux. La CES s'est à plusieurs reprises prononcée en faveur de l'adoption d'un tel outil d'évaluation. Cet article en évalue les apports et les limites.

La nouvelle approche en matière d'analyse d'impact (AI) de ses propositions publiée par la Commission européenne le 5 juin 2002<sup>1</sup> est ambitieuse. Elle remplacera l'ensemble des instruments d'analyse d'impact en vigueur par un seul procédé, qui évaluera l'impact des mesures envisagées sur le développement durable. A partir de 2004, elle s'appliquera à toutes les propositions majeures de la Commission<sup>2</sup>.

La CES s'est à plusieurs reprises prononcée en faveur de l'adoption par la Commission d'outils d'évaluation de ses propositions<sup>3</sup> permettant d'assurer une meilleure intégration de la dimension environnementale dans le processus de Lisbonne et de favoriser une transition des modes de consommation et de production vers une qualité sociale et de l'emploi.

Même s'il est trop tôt pour apprécier la manière dont il est mis en œuvre par les services de la Commission, il est clair que le nouveau processus d'analyse d'impact constitue un progrès dans la pratique de la Commission. Son intervention en amont du processus de décision devrait favoriser la cohérence dans la recherche de solutions équilibrant les aspects économiques, sociaux et environnementaux. Mais il paraît peu à même d'aider à concevoir des politiques contribuant activement au développement durable. Beaucoup trop floue sur les méthodes analytiques et la consultation des parties concernées, la nouvelle procédure risque de tomber dans l'exercice technocratique.

### Une plus grande cohérence pour l'élaboration des politiques européennes

L'adoption du système d'AI visait en premier lieu à améliorer la qualité et la cohérence des politiques de l'Union. Sur de nombreux points, le nouveau système devrait en effet améliorer réellement les systèmes d'analyse d'impact existants à la Commission.

L'identification des impacts probables de la mesure envisagée interviendra à un stade précoce de la préparation de la décision, et non plus sur une

proposition finalisée. L'idée est que les résultats de l'analyse d'impact puissent réellement orienter le processus de décision. Différents scénarios de *policy-mix* peuvent être examinés pour atteindre l'objectif fixé, de manière à faire émerger, par un processus itératif, la solution qui "maximise les avantages pour l'ensemble des acteurs de la société, ou qui minimise les incidences négatives", en considérant simultanément les conséquences environnementales, sociales et économiques.

Alors que les évaluations sont actuellement effectuées sur une base verticale uniquement par la direction générale concernée (analyse d'impact sur les entreprises, sur l'environnement ou sur l'emploi, par exemple), la nouvelle approche cherche à équilibrer les aspects sectoriels et horizontaux et à encourager la coordination des directions. L'analyse prendra en compte le champ le plus large possible des effets potentiels de la mesure envisagée, y compris en dehors du champ direct de son impact, en considérant simultanément les aspects économique, social et environnemental.

L'identification des effets distributifs de la mesure envisagée fera partie de l'analyse d'impact. Les "perdants" et les "gagnants" devront être identifiés, qu'il s'agisse d'acteurs, de groupes sociaux, de secteurs économiques ou de zones géographiques. Les impacts internes seront distingués des impacts externes (hors UE).

La dimension temporelle sera prise en compte, en mettant en balance les effets à court terme et les effets à long terme par le biais notamment de méthodes d'actualisation. Le degré d'irréversibilité des décisions et le principe de précaution seront également pris en compte.

Enfin, on attend de l'analyse d'impact qu'elle permette d'identifier pour l'option politique proposée les compromis les plus avantageux entre des objectifs économiques, sociaux et environnementaux concurrents. Pour cela, le recours à la quantification des impacts en termes matériels est recommandé.

<sup>1</sup> Communication sur l'évaluation d'impact, COM 2002/276 du 5 juin 2002.

<sup>2</sup> Dans le cadre de la stratégie politique annuelle et/ou du programme de travail, qu'il s'agisse de mesures réglementaires ou d'autres propositions ayant des incidences économiques, sociales et environnementales.

<sup>3</sup> "Faire travailler l'économie pour le développement durable", déclaration conjointe CES, BEE, plate-forme sociale, 6 mars 2002; Résolution de la CES "Europe et le développement durable" des 19 et 20 novembre 2002; EEB, ETUC, *Social platform joint declaration to the 2003 spring European Council* du 6 mars 2003.

## Une contribution limitée à la définition de politiques contribuant au développement durable

La deuxième raison pour l'adoption du système d'analyse d'impact était le respect des engagements du Conseil européen de Göteborg sur la mise en place d'un système d'analyse d'impact sur le développement durable. La question est celle de la capacité du système d'AI à définir des politiques contribuant au développement durable au-delà de la juxtaposition d'analyses d'impact économiques, sociales et environnementales. Trois éléments au moins permettent d'en douter.

Le premier est l'absence d'intégration effective entre les "piliers". L'analyse d'impact procède pilier par pilier (économique, social, environnement), sans que soient envisagés les effets de synergie positifs ou négatifs existant entre des performances de natures différentes. Le concept de "durabilité" se réfère pourtant à des conditions spécifiques croisant les enjeux économiques, sociaux et environnementaux (tels que l'équité à l'intérieur et entre les générations, la protection et la préservation des stocks de ressources naturelles et humaines, la réduction des flux matériels nécessaires à la production des biens). Des liens formels entre les différents champs devraient être considérés, par exemple les interactions entre l'environnement et l'économie, à travers l'intégration des coûts sociaux dans les prix ou les impacts sur la santé, ou les conséquences sur la performance économique d'une entreprise de ses performances sociales et environnementales.

Le deuxième problème, lié au précédent, est celui des indicateurs. La Communication propose une liste d'indicateurs pertinents par catégorie (économique, social, environnement) mais aucun indicateur ne rend compte spécifiquement des enjeux du développement durable. Ce constat ne fait que refléter le fait que l'UE ne dispose pas actuellement d'indicateurs permettant d'apprécier les progrès dans la mise en œuvre de la stratégie européenne de développement durable.

Le troisième problème tient à la possibilité donnée aux réalisateurs de l'analyse d'impact d'identifier des mesures d'atténuation (*mitigating measures*) destinées à minimiser les incidences négatives des mesures envisagées. D'une part, la Communication ne dit rien sur ces mesures : doivent-elles aussi être évaluées par rapport à leur impact sur le développement durable ? L'évaluation d'impact peut-elle apprécier à elle seule la gravité d'un dommage éventuel, indépendamment des acteurs concernés ? D'autre part, une perte n'est pas toujours compensable par un gain, notamment lorsque des phénomènes d'irréversibilité existent. On sait, par exemple, que si la perte d'emploi produit un dommage personnel certain, la requalification est parfois inaccessible.

Compte tenu des éléments qui précèdent, le risque existe que le processus d'évaluation d'impact se concentre davantage sur la définition de mesures d'atténuation que sur l'exploration de nouveaux espaces de choix permettant d'améliorer simultanément la qualité sociale, l'état de l'environnement et le développement économique.

Idéalement, les analyses d'impact devraient poser les problèmes dans une perspective de développement durable : le commerce dans un secteur donné est-il actuellement durable ? Si non, pourquoi ? Que peuvent faire les pouvoirs publics pour le rendre plus durable ? Dans cette perspective, le champ d'application s'élargit : les évaluations doivent même pouvoir porter sur des situations existantes, comme base pour le développement de politiques futures ou pour évaluer le coût d'une absence d'action.

## Pour un processus plus transparent

La Communication recommande, pour "faciliter la comparaison entre les différents impacts et identifier les compromis et les situations avantageuses pour tous", de "quantifier l'impact en termes matériels et le cas échéant, en termes monétaires". Même si de nombreuses techniques de calcul économique existent pour évaluer des phénomènes d'ordre environnemental, il faut être beaucoup plus clair sur les enseignements qu'il est possible d'en tirer et sur leurs limites.

Nous pensons que l'évaluation économique est avant tout un langage, dont l'usage est dominant actuellement, à travers lequel des questions telles que l'intérêt collectif de la protection de l'environnement peuvent s'exprimer. Les résultats du calcul économique sont tributaires de nombreux éléments qui sont de l'ordre de la convention et non de la théorie économique : différences nationales dans l'évaluation monétaire de certains risques (perte de la vie par exemple), niveau de connaissance acquis lors de l'évaluation, hypothèses concernant la prolongation des tendances ou l'éventualité de ruptures, choix de la méthode de calcul, choix du scénario de référence, etc.

En tant qu'outil de médiation, l'évaluation économique peut aider à faire des choix en mettant les interlocuteurs d'accord sur un certain nombre de critères, en proposant des tests de pertinence des solutions possibles sur lesquels les acteurs peuvent se mettre d'accord au préalable. Le partage et l'acceptation des conventions retenues pour le calcul par tous les interlocuteurs sont donc indispensables à l'utilisation de l'évaluation économique comme outil de débat et non instrument d'autorité.

Par ailleurs, dans plusieurs cas de figure, le calcul économique ne peut fournir à lui seul des objectifs sociaux et environnementaux. En situation d'incertitude (cas non probabilisable) et de risque grave (comme le

changement climatique), il faut d'abord identifier des niveaux-cibles (de pollution, de seuils environnementaux), par des procédures plus collectives (vote, concertation, forum démocratique, ...). Ensuite, dans ce cadre, l'évaluation économique aide à déterminer les voies les plus efficaces pour les atteindre.

Enfin, le choix du champ de l'analyse d'impact est un enjeu majeur, et doit donc être argumenté et transparent. Le développement durable exige d'appréhender à la fois les dimensions globale et locale. Une question souvent ignorée dans les analyses d'impact des politiques européennes est : dans quelle mesure la réalisation des objectifs de l'Union européenne contribue-t-elle ou non à la durabilité globale, et en particulier à une répartition géographique équitable à l'échelle mondiale des richesses, des droits ou des ressources naturelles ? Intégrer cette dimension dans l'analyse d'impact suppose d'identifier systématiquement les flux positifs et négatifs entre l'UE et le reste du monde générés par l'initiative envisagée, en prenant en considération l'ensemble du cycle de vie des produits et les effets économiques directs comme les effets non marchands.

### La participation des parties concernées

En plus d'être un outil d'aide à la décision, l'analyse d'impact est censée être un outil de communication, apte à susciter "par la consultation des parties intéressées, un débat utile".

Pourtant, les conditions et les modalités de la consultation telles que définies dans la Communication ne sont pas à la hauteur de cet objectif. En faisant référence uniquement aux normes minimales de consultation selon les orientations définies dans la Communication relative à la consultation<sup>4</sup>, la Communication ne précise :

- ni le stade du processus d'analyse auquel cette consultation doit intervenir : en amont du processus d'évaluation, dans la phase de définition des scénarios alternatifs, ou en aval, pour valider les résultats obtenus;
- ni le champ de la consultation : collecte de don-

- nées et d'informations ou validation des résultats;
- ni la qualité des acteurs devant être consultés : le document parle alternativement de "parties concernées" et "d'experts compétents".

On ne peut donc que regretter l'absence de véritable stratégie de consultation associée à la mise en œuvre de l'AI. Nous pensons que l'analyse d'impact devrait être conçue davantage comme un outil de dialogue organisé avec les experts et les parties prenantes, destiné à construire des compromis entre des objectifs économiques, sociaux et environnementaux.

La participation des parties concernées en général, et des travailleurs et de leurs représentants en particulier, pourrait se faire au sein d'un comité de pilotage de l'analyse d'impact. Il agirait pour que le processus d'analyse d'impact reflète les intérêts des parties concernées dans une perspective de développement durable, en allant au-delà d'un simple "contrôle externe de qualité" des données. Il s'agirait plutôt d'encadrer les choix aux différentes étapes du processus d'évaluation : choix des scénarios alternatifs, des champs d'analyse, des méthodes et critères d'évaluation, etc.

### Contexte et perspectives

L'obligation de procéder à une telle analyse d'impact s'appliquera pleinement aux propositions que la Commission adoptera à partir de 2004. Les travailleurs et leurs représentants seront sûrement sollicités au niveau européen dans le cadre de ces analyses, que ce soit à travers des forums dont ils sont membres au plan européen ou à travers leurs représentations sectorielles. La participation efficace des syndicats à ce processus devrait permettre, non seulement de faire valoir les droits et les intérêts des travailleurs dans une perspective de développement durable, mais aussi de continuer à développer les capacités syndicales d'appréciation et de gestion des enjeux du développement durable, tant au sein des entreprises qu'au plan sectoriel. ■

**Sophie Dupressoir**, chargée de recherches au BTS  
sdupressoir@etuc.org

<sup>4</sup> "General principles and minimum standards for consultation processes" ([http://europa.eu.int/comm/governance/suivi\\_lb\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/governance/suivi_lb_en.htm)).

# La protection contre les rayonnements des radiofréquences et des micro-ondes

André Vander Vorst\*

## Introduction

Les radiofréquences (RF) et les micro-ondes (MO) sont des rayonnements non ionisants contrairement aux ondes de fréquences nettement supérieures et situées au-delà du domaine du visible. L'interaction des RF/micro-ondes avec un tissu cellulaire peut être considérée comme le résultat de trois phénomènes :

1. La pénétration des ondes électromagnétiques et leur propagation dans les cellules.
2. L'interaction primaire des ondes avec des tissus cellulaires.
3. Les effets secondaires potentiels induits par l'interaction primaire.

Le mot *interaction* est important. Il souligne le fait que le résultat final ne dépend pas uniquement de l'action du champ, mais est influencé par la réaction du système vivant. Les systèmes vivants ont une grande aptitude à compenser les effets induits par des agents externes, y compris en provenance de sources électromagnétiques. Ce fait, souvent négligé, est une des raisons principales pour lesquelles les conclusions dérivées de modèles doivent être considérées avec prudence. La *compensation physiologique* signifie que la tension imposée par les facteurs externes est totalement compensée, de sorte que l'organisme peut fonctionner normalement. La *compensation pathologique* signifie que la tension imposée entraîne l'apparition de dysfonctionnements (de l'organisme) et parfois même des modifications de structure. Il n'est pas toujours aisé de déterminer la limite entre ces deux types de compensations, ce qui a des conséquences immédiates :

*Les guides qui visent à limiter l'exposition assurent une protection contre les effets néfastes connus sur la santé.*

*Quant aux effets biologiques, ils peuvent avoir ou non des effets néfastes sur la santé.*

L'industrialisation croissante et la tendance à toujours augmenter la puissance des équipements posent la question des risques sur la santé des travailleurs, en premier lieu, des populations, ensuite. Par ailleurs, les progrès technologiques rapides en électronique, électro-optique et informatique ont préparé le terrain à un mouvement sans précédent en faveur de l'amélioration des appareils médicaux existants et du développement de nouveaux dispositifs. Notamment, les progrès en matière de technologie des RF/MO et des techniques de calcul ont ouvert la voie à de nouvelles méthodes thérapeutiques et diagnostiques. Actuellement, les RF/micro-

ondes sont utilisées ou étudiées en vue d'applications thérapeutiques dans des domaines tels que la cardiologie, l'urologie, la chirurgie, l'ophtalmologie, la cancérologie etc. Quant aux applications diagnostiques, elles concernent les domaines du dépistage du cancer, de l'imagerie médicale, etc. [1].

## Les effets biologiques

### Introduction

Le mécanisme principal du rayonnement consiste en un *champ de source* qui émet une énergie électromagnétique. Une part de l'énergie incidente est réfléchiée par le corps. L'autre part est absorbée et transformée par le système biologique. Celle-ci est associée au *champ interne*. Le rapport entre les parts réfléchies et celles qui sont absorbées est fonction d'une variété de paramètres : fréquence, taille du corps, habillement, état de la peau, etc. Il est nécessaire d'utiliser les lois physiques de la théorie des champs électromagnétiques telles que la réflexion, la diffraction, la dispersion, l'interférence, l'optique et les effets quantiques pour expliquer le phénomène observé. Ceci est valable pour tout le spectre du rayonnement électromagnétique. Toutefois, dans le présent article, nous nous limiterons aux radiofréquences/micro-ondes.

Il existe d'autres mécanismes tels que la *bioélectricité* qui est extrêmement importante pour les organismes vivants. Il faut en tenir compte car un certain nombre de composants sont électrosensibles : les cellules, les membranes cellulaires, les neurones, les fibres de nerfs recouvertes ou non de myéline (une substance grasse), etc. De plus, un organisme dispose d'un large éventail de *récepteurs* qui génèrent des potentiels électriques : des impulsions nerveuses qui se propagent dans le système vivant.

De nombreux sujets ont fait l'objet d'analyses tels que l'absorption de puissance par des organismes vivants, l'interaction avec le système nerveux, l'influence des champs modulés à des fréquences extrêmement basses sur les canaux de membranes cellulaires et les effets moléculaires. Des études épidémiologiques ont aussi été effectuées. Des expériences d'absorption *in vivo* ont mis en évidence que les RF/MO affectent directement les systèmes vivants. Les études *in vitro* à différentes fréquences et intensités ont également prouvé des effets sur de nombreuses terminaisons cellulaires y compris la capacité de fixation du calcium, la prolifération, les événements modifiés par le couple ligand-récepteur et l'altération des canaux de membranes. Toutefois, des incertitudes subsistent quant à la contribution relative des effets thermiques

\* Microwaves UCL, Université Catholique de Louvain, Belgique

*directs* et *indirects* et à l'éventualité d'*interactions directes non thermiques*. En 1993, une étude a passé en revue la recherche européenne en matière de bio-micro-ondes [2]. Il existe aussi une argumentation détaillée sur l'application des micro-ondes en médecine thérapeutique [3].

### L'état de la recherche

Les effets biologiques sont fonction du champ électromagnétique interne, c'est-à-dire à l'intérieur des tissus. Ceci nous conduit à la définition du débit d'absorption spécifique (DAS en français ou SAR en anglais) exprimé en watts par kilo (W/kg), qui quantifie la puissance absorbée par unité de masse absorbante. Le volume de la masse considérée indique si le DAS est défini sur une base locale ou moyenne. Les effets thermiques sont fonction de la distribution spatiale du DAS. La valeur du DAS influence les effets d'absorption :

- en tenant compte de la thermorégulation, 1 W/kg produit une augmentation de température de 1°C du corps humain;
- des lésions de la cornée ont été observées chez les singes suite à une exposition à un DAS de 2,6 W/kg à 2,45 GHz, alors qu'avec un traitement médical préliminaire les mêmes lésions étaient observées avec un DAS situé entre 0,26 et 0,5 W/kg;
- des lésions de la rétine ont été observées chez les singes suite à une exposition à un DAS de 4 W/kg dans la plage de 1,25 à 2,45 GHz avec champs pulsés;
- un DAS supérieur à 15 W/kg produit des malformations entraînant une augmentation de la température de plus de 5°C.

Il s'agit là d'effets *thermiques*. Ils sont produits par un transfert d'énergie allant de la source de rayonnement à la matière, variant lentement en fonction de la fréquence et largement déterminés par la perte diélectrique, celle-ci étant quasiment proportionnelle à l'intensité du rayonnement.

Une exposition à une émission pulsée produit un effet détectable à des niveaux de puissance moins élevés que dans le cas d'ondes continues (CW) : quand on compare les ondes CW et les rayonnements pulsés, il s'avère qu'à la même densité de puissance incidente moyenne les rayonnements pulsés sont davantage susceptibles de produire des effets biologiques qu'un rayonnement continu. L'action exercée sur le système nerveux a soulevé beaucoup de controverses. Au cours des dernières années, le nombre des résultats expérimentaux a augmenté considérablement [4], mettant toutefois en évidence une telle diversité de configurations expérimentales et de schémas d'exposition qu'il est difficile d'établir des conclusions quantitatives.

Il y a dix ans, la question du *syndrome des micro-ondes* à de faibles niveaux d'exposition a été soulevée en Europe de l'Est. Ce syndrome se manifeste par divers troubles tels que maux de tête, sudation,

instabilité émotionnelle, irritabilité, fatigue, somnolence, problèmes sexuels, perte de mémoire, difficultés de concentration et de prise de décision, insomnies, tendances dépressives hypocondriaques, etc. En raison de l'absence d'un groupe témoin et de données dosimétriques fiables, l'évaluation est difficile. Un article récent soutient le syndrome des radiofréquences en tant que pathologie médicale [5].

Les flux d'ions traversant les *membranes cellulaires* ont suscité beaucoup d'intérêt. Les ions utilisent des canaux spécifiques, qui s'ouvrent à un voltage donné, pour traverser les membranes. Fermés en temps normal, ces canaux s'ouvrent en réponse à un potentiel d'action. L'épaisseur de la membrane est de 10 nm alors que son potentiel est de -90 mV au repos et peut atteindre +40 mV. Par conséquent, la membrane est soumise à un champ électrique extrêmement élevé, de l'ordre de 1 à 10 millions de V/m. Des simulations par ordinateur sur une cellule ont montré que : (1) les signaux GSM et DECT ont une influence significative, (2) les signaux pulsés sont plus efficaces que les signaux CW, et (3) les composants basses fréquences du signal induisent une probabilité d'ouverture de 60 % des canaux calciques [6]. A partir de ce modèle de calcul pour une cellule, il est cependant impossible de tirer des conclusions à l'échelle du corps humain.

Au *niveau moléculaire*, des expériences *in vitro* ont mis en évidence un accroissement des anomalies chromosomiques dans le sang humain exposé à 0,5 mW/cm<sup>2</sup> et plus [7].

Certains éléments montrent que les micro-ondes peuvent affecter le fonctionnement de l'oreille, de l'œil et du cœur ainsi que de certains dispositifs médicaux. Des effets d'interférences électromagnétiques ont été détectés à une distance de 10 cm d'un stimulateur cardiaque [8].

Des *fenêtres* de fréquences et d'amplitudes ont été observées dans les systèmes génétique, immunitaire, hématologique et nerveux avec des réponses de fenêtres reproductibles allant des fréquences extrêmement basses à des ondes de l'ordre du millimètre. Il est surprenant de constater, par exemple, qu'un effet donné peut être observé à certains faibles niveaux d'exposition, mais aussi à un niveau élevé, alors qu'il ne l'est pas dans la plage intermédiaire. Dans la plage du millimètre et à des densités de puissance élevées, des effets fenêtres ont été constatés sur la synthèse de protéines des cellules de mammifère dans les plages 38-48 et 65-75 GHz. L'effet auditif par expansion thermo-élastique est l'effet fenêtre le mieux connu.

### Les effets produits sur la barrière hématoencéphalique

La barrière hématoencéphalique est un complexe anatomo-physiologique associé au système vasculaire cérébral. Il s'agit d'un système naturel de

défense qui maintient l'environnement physicochimique du cerveau à l'intérieur de limites étroites, essentielles à la vie. Il fonctionne comme un filtre différentiel qui permet le passage sélectif de substances biologiques du sang au cerveau. Par exemple, les amino-acides, les anesthésiques et le glucose peuvent accéder aux cellules cérébrales, tandis que les hydrates de carbone, les protéines ainsi que la plupart des micro-organismes et des antibiotiques sont arrêtés par la barrière hématoencéphalique. Une ouverture inopinée de celle-ci risque d'exposer le système nerveux central à un assaut de micro-organismes étrangers, ce qui peut entraîner un œdème cérébral, une augmentation de la pression intracrânienne et, dans le pire des cas, une lésion cérébrale irréversible.

Cette perméabilité sélective présente l'inconvénient que les agents et médicaments efficaces dans le traitement de maladies affectant d'autres parties du corps n'ont plus accès au cerveau pour combattre l'infection. La possibilité d'ouvrir de manière sélective la barrière hématoencéphalique suppose la possibilité d'utiliser l'hyperthermie régionale par micro-ondes afin de faciliter la chimiothérapie en cas de tumeur du cerveau et l'administration de médicaments contre le cancer tel que le méthotrexate. Ce médicament est le plus fréquemment utilisé en chimiothérapie à dose élevée, cependant sa capacité de pénétration de la barrière hématoencéphalique est parmi les plus faibles de tous les agents utilisés cliniquement.

Une attention accrue s'est portée sur une série de recherches sur les variations de perméabilité de la barrière hématoencéphalique à un niveau très faible d'exposition aux micro-ondes. Jusqu'en 2002, une trentaine d'études ont été menées sur les effets du rayonnement des micro-ondes. Les études qui montrent une perméabilité accrue chez les animaux d'expérimentation sont à peu près aussi nombreuses que celles qui n'en montrent pas, aussi bien à DAS élevé que faible. Les premières investigations ont mis en évidence des modifications à DAS élevé. Cependant, des travaux plus récents, étudiant la perte d'albumine du sérum, suggèrent que l'exposition au rayonnement micro-ondes peut altérer la perméabilité de la barrière hématoencéphalique à des DAS sensiblement inférieurs au niveau maximal admissible pour un téléphone cellulaire par exemple (soit 1,6 W/kg), voire extrêmement faibles (0,016 W/kg). Ceci justifie de se poser la question de savoir si à exposition répétée du cerveau humain aux micro-ondes provenant de téléphones cellulaires portables, "l'albumine et d'autres molécules toxiques pourraient-elles migrer et s'accumuler autour et dans les cellules cérébrales ?" [9].

### Les effets non thermiques, isothermes et microthermiques

L'éventualité d'effets non thermiques est un sujet controversé. La *controverse* n'est pas seulement scientifique, elle est pour une bonne part politique et commerciale. L'idée que des effets non

thermiques puissent être générés par des RF/MO implique des effets à un niveau assez faible, voire très faible. Faut-il accepter ou refuser les effets non thermiques ? Cette question n'est ni secondaire, ni récente. Dès 1971, Michelson et Dodge, comparant les points de vue soviétique et occidental sur les effets biologiques des micro-ondes indiquaient que : "La différence entre les points de vue soviétique et occidental apparaît particulièrement sensible dès lors qu'on comprend que le niveau d'exposition maximale admissible (MPE) est pris en compte pratiquement en fonction de l'acceptation ou du rejet des effets non thermiques des micro-ondes comme significatifs du point de vue biologique" [10].

Il faut noter que la température n'est pas un paramètre électromagnétique. Le DAS est proportionnel aux pertes d'absorption et induit une élévation de température : s'il y a absorption, il y a élévation de température. D'un point de vue phénoménologique, la théorie électromagnétique ne peut pas imposer une température constante. En conséquence, elle ne peut pas analyser la possibilité des effets de la non-absorption : en électromagnétisme, seuls des effets thermiques peuvent être évalués; or, de toute évidence, d'autres observations doivent être prises en compte, dont la température est un des paramètres. Ceci nous conduit, bien entendu, à la thermodynamique et à ses quatre paramètres : volume, pression, température et entropie. La thermodynamique est capable d'analyser des effets à température constante. En d'autres termes, l'*électromagnétisme* et la *thermodynamique* doivent être utilisés conjointement pour mettre en évidence des effets *isothermes*, l'énergie et l'entropie faisant l'objet d'une évaluation combinée. Bien évidemment, ceci complique sérieusement l'étude.

De tels phénomènes sont bien connus en électronique. La *luminescence* en est un exemple type avec conversion de chaleur en radiation lumineuse, la chaleur provenant de l'énergie thermique du réseau cristallin avec un rendement énergétique qui peut être supérieur à un. De ce fait, il y a refroidissement du réseau, souvent appelé refroidissement optique. Ce phénomène peut s'expliquer par analogie avec un moteur thermique qui transforme le travail mécanique en chaleur, c'est-à-dire une énergie d'ordre supérieur en énergie d'ordre inférieur, le rendement limite pouvant être supérieur à un. De façon similaire, des mesures sur l'interface entre l'eau et l'air ainsi qu'entre le tissu humain et l'air ont mis en évidence ce qu'on a appelé le phénomène de Saratov [11] : à des niveaux d'exposition aux ondes millimétriques aussi faibles que  $1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ , une réponse de l'interface a été mesurée à 0,4 et 1,0 GHz pour une exposition dans les trois plages de fréquences, 50, 65 et 100 GHz, ce qui ne peut s'expliquer par l'électromagnétisme seul.

Par ailleurs, la possibilité d'effets isothermes ne doit pas détourner l'attention portée aux effets "non thermiques" qu'on devrait plutôt appeler effets

*microthermiques* [12]. La question est de savoir *s'il est possible qu'un rayonnement électromagnétique extrêmement faible ait des effets biologiques importants*. Ceci mène à considérer la possibilité pour les micro-ondes de jouer un rôle d'amorce. Les effets microthermiques pourraient n'apparaître que dans certaines plages de fréquences, se satureraient à intensité plutôt faible et pourraient être masqués par des effets thermiques. De telles théories ont été démontrées [13]. Un exemple bien connu est le système visuel humain à faibles intensités : un gain énergétique supérieur à  $10^6$  permet au photon d'amorcer l'impulsion nerveuse, *l'énergie étant fournie par le système biologique*. Les oscillations radiales des membranes cellulaires, considérées comme un phénomène de base, atteignent des fréquences de résonance de l'ordre de 50 GHz. On dispose de résultats expérimentaux en faveur de cette théorie, essentiellement dans la zone des ondes millimétriques de 40 à 150 GHz [13] [14] [15]. Cependant, ces résultats ne sont pas concluants, sinon ils auraient mis fin à la controverse.

Il est intéressant de noter que des effets biologiques ont été observés sur des composants ou systèmes vivants à des niveaux d'exposition descendant jusqu'à  $0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ , c'est-à-dire  $0,6 \text{ V/m}$ . Ceci appelle deux remarques : d'une part, il n'a pas été observé que ces effets étaient nocifs; d'autre part, des valeurs de champ aussi faibles sont très difficiles à mesurer correctement sans un équipement très coûteux.

## L'épidémiologie

Il est extrêmement difficile d'établir un lien entre le cancer et l'exposition à un quelconque environnement étant donné qu'il n'y a pas de cause unique de cancer et pour de multiples autres raisons. Même s'il n'existe aucun lien entre téléphone cellulaire et cancer, sur les centaines de millions d'utilisateurs de téléphones portables dans le monde, des milliers développeraient chaque année un cancer du cerveau. Il existe un consensus selon lequel les RF/MO ne déclenchent pas de *carcinogenèse* par lésion directe du génome via un mécanisme similaire aux effets du rayonnement ionisant. Toutefois, les RF/MO contribueraient à favoriser des modifications néoplastiques ou auraient une action indirecte. Des études épidémiologiques ont mis en évidence des résultats contradictoires sans importance statistique. Les études *in vitro* sur les *effets génétiques* ont fourni un certain nombre de résultats positifs qui montrent un accroissement statistiquement significatif d'altérations de l'ADN chez les souris et les rats.

Deux études épidémiologiques sur quatre, conduites sur des populations humaines exposées à des rayonnements transmis par TV/FM, ont mis en évidence un doublement des cas de leucémie aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Le niveau d'exposition était de quelques  $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ , c'est-à-dire un champ électrique d'environ  $3 \text{ V/m}$ .

## La protection

Ce bref tour d'horizon montre que la situation n'est pas simple, notamment si on se rappelle que les directives visant à limiter les expositions aux champs électromagnétiques prévoient une protection contre les effets nocifs connus sur la santé alors que les effets biologiques peuvent également entraîner (ou non) des effets nocifs pour la santé. Procédons de manière systématique.

1. Dans l'environnement social général, la plupart des gens (1) souhaitent un GSM, (2) ne veulent pas de station relais à proximité, (3) sont préoccupés par l'exposition aux fréquences GSM, tandis que (4) personne ne se soucie des postes de transmission TV ou FM bien que toute la gamme de fréquences micro-ondes produise les mêmes effets biologiques.

2. Dans les recommandations actuelles, deux sortes de limitations sont prises en considération :

- des restrictions fondamentales qui devraient toujours être respectées;
- des niveaux de référence qui pourraient être dépassés sous réserve que les limitations de base ne le soient pas.

La raison en est simple. D'un côté, les restrictions fondamentales sont exprimées en quantités internes au corps et ne sont pas mesurées comme le DAS. De l'autre, les niveaux de référence sont exprimés en quantités mesurées *en l'absence d'êtres humains*, comme un champ électrique. Il existe des théories et des estimations qui relient ces deux ensembles de quantités.

3. Un seul effet biologique des micro-ondes est bien connu : *l'échauffement*. Les présentes recommandations étant uniquement fondées sur des preuves scientifiques, elles se limitent aux processus d'échauffement. A titre d'exemple, le Comité directeur scientifique de la Commission européenne a constaté en juin 1998 : "En ce qui concerne l'exposition non thermique aux champs électromagnétiques, la littérature disponible ne fournit pas suffisamment de preuves permettant de conclure à l'apparition des effets à long terme en tant que conséquence d'une exposition aux champs électromagnétiques", pour arriver à la conclusion suivante: "Par conséquent, l'état actuel des connaissances ne permet pas d'émettre, sur une base scientifique, une quelconque recommandation visant à des limites d'exposition eu égard aux effets non thermiques à long terme"<sup>1</sup>.

4. Jusqu'ici, les organismes compétents en Europe ont choisi d'éviter toute recommandation qui ne serait pas fondée sur des arguments scientifiques. C'est un choix. A notre avis, des arguments autres que scientifiques doivent également être pris en considération, par exemple les observations des

<sup>1</sup> Citation traduite.

médecins sur l'état de la santé publique, comme dans le récent Appel de Fribourg [16].

5. Les recommandations se fondent sur une seule source. A l'origine, en 1993, elles provenaient de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Aujourd'hui, elles reposent essentiellement sur des documents élaborés par la Commission internationale pour la protection contre les rayonnements non ionisants (ICNIRP), dont un document majeur publié en 1998, qui contient des lignes directrices visant à limiter l'exposition aux champs électromagnétiques jusqu'à 300 GHz [17]. Le Conseil européen s'en est inspiré en établissant des recommandations pour protéger le public contre l'exposition aux champs électromagnétiques de 0 Hz à 300 GHz.

6. Admettre l'éventualité d'effets isothermes ou microthermiques pose une question majeure qui suppose d'appliquer aux valeurs de puissance contenues dans les recommandations un facteur supplémentaire d'environ 100 et entraîne des conséquences financières et industrielles.

7. Les textes de base sont ambigus. Dans le document de l'OMS de 1993 [18], on peut lire à la page 21 : "Dans un environnement thermique normal, un DAS de 30 minutes à 1-4 W/kg générera chez un adulte en bonne santé une augmentation de température moyenne du corps inférieure à 1°C", et à la page 23 : "Un facteur de sécurité de 10 est introduit afin de tenir compte des effets défavorables, thermiques et environnementaux ainsi que d'éventuels effets à long terme et autres variables, pour arriver ainsi à une limite de base de 0,4 W/kg". Il est à remarquer que le document retient qu'un effet est produit entre 1 et 4 W/kg, mais qu'il calcule la protection à partir de 4 et non de 1 W/kg. Si l'on part de 1 W/kg, on obtient un facteur de sécurité de 2,5; ce qui est peu. A cette même page 23, on peut lire : "Il faudrait introduire un facteur de sécurité supplémentaire pour l'ensemble de la population qui comprend des personnes présentant une sensibilité différente à l'exposition RF. Une limite fondamentale de 0,08 W/kg, correspondant à un facteur de sécurité supplémentaire de 5, est généralement recommandée pour l'ensemble de la population"<sup>2</sup>. Ce facteur supplémentaire donne un facteur total de 50 pour 4 W/kg mais de 12,5 seulement pour 1 W/kg. La plupart des documents se réfèrent à un facteur de sécurité de 50 basé sur 4 W/kg. La même contradiction se retrouve dans le document de l'ICNIRP de 1998 aux pages 505, 507 et 509 [17].

8. S'agissant des travailleurs, pour une exposition de 30 minutes pour des adultes en bonne santé, les facteurs de sécurité, associés à l'effet connu d'accroissement de la température du corps de moins de 1°C, sont de 10 et 2,5 par rapport respectivement à 4 et 1 W/kg. Pour l'ensemble de la population, ces mêmes facteurs de sécurité sont respectivement de

50 et 12,5. Le facteur de sécurité doit tenir compte des paramètres suivants :

- l'accroissement de la température devrait être bien inférieur à 1°C;
- il peut s'agir d'une exposition de 24 heures sur 24;
- tous les adultes ne sont pas en bonne santé;
- le public est composé en partie de personnes non adultes (enfants);
- tous les enfants ne sont pas en bonne santé; et
- il existe des "effets défavorables, thermiques, environnementaux ainsi que d'éventuels effets à long terme".

Les valeurs de ces facteurs de sécurité sont-elles suffisamment élevées ? Cette question concerne les épidémiologistes qui traitent de la santé publique.

9. Certaines études sur la barrière hématoencéphalique montrent un accroissement de la perméabilité à l'albumine du sérum à un DAS de 0,016 W/kg, c'est-à-dire une valeur 5 fois moins élevée que les 0,08 W/kg qui constituent la limite retenue par l'OMS et l'ICNIRP pour l'ensemble des populations.

10. Comparons certaines valeurs de référence à une fréquence spécifique. Prenons la valeur de 900 MHz, la valeur la plus fréquemment retenue pour les téléphones cellulaires, exprimée en volts par mètre, pour l'ensemble de la population. Il convient de rappeler que la valeur correspondante pour les travailleurs est d'une puissance 5 fois supérieure et correspond à un champ électrique 2,24 fois plus élevé puisque le champ électrique est proportionnel à la racine carrée de la puissance. Nous nous trouvons dans la situation suivante :

- l'OMS, l'ICNIRP et l'Union européenne recommandent de ne pas dépasser 41.2 V/m;
- plusieurs gouvernements européens ont adopté des valeurs plus basses comme la Belgique (20,6 V/m), l'Italie (20 V/m et 6 V/m pour une exposition de 4 heures et plus), le Luxembourg (3 V/m) et la Suisse (4 ou 6 V/m);
- la ville de Paris a convenu avec les opérateurs en février 2003 de ne pas dépasser une valeur de 1 à 2 V/m selon la répartition des émissions respectivement à 900 et à 1.800 MHz;
- des effets sur la perméabilité de la barrière hématoencéphalique ont été observés à 0,016 W/kg, c'est-à-dire 18 V/m;
- la prise en compte d'effets *isothermes ou microthermiques* éventuels implique un facteur de puissance supplémentaire d'environ 100, ce qui correspond à 4 V/m;
- deux études épidémiologiques sur une exposition à des rayonnements TV/FM ont mis en évidence un doublement des cas de leucémie pour une exposition allant de 2 à 4 V/m;
- le Haut Conseil belge pour la santé a recommandé un facteur de sécurité supplémentaire de 100 à 200 correspondant à 4 à 3 V/m; et
- quant à nous, nous recommandons de ne pas dépasser 3 V/m.

<sup>2</sup> Les citations issues de ce document ont été traduites.

## Conclusions

La situation est complexe car les nombreux arguments qui peuvent être invoqués ne conduisent pas aux mêmes conclusions : il existe une grande diversité de valeurs recommandées. Les textes des recommandations comportent des ambiguïtés qui devraient être éliminées. Une autre ambiguïté à éviter est d'affirmer qu'en l'absence de résultats scientifiques probants, les recommandations ne concernent pas les *effets à long terme*, alors qu'il est recommandé aux employeurs de prêter une attention particulière à *tout* effet que des risques spécifiques peuvent avoir sur la santé et la sécurité des travailleurs. Par ailleurs, nous nous trouvons confrontés à une difficulté fondamentale, dès lors qu'il faut compter sur un médecin ou un professionnel de la médecine du travail pour établir qu'un problème de santé résulte d'une exposition à des champs électromagnétiques. ■

## Références

[1] A. Rosen, M. Stuchly, A. Vander Vorst, "Applications of RF/Microwaves in medicine", *IEEE Trans. Microwave Theory Tech.*, vol. 50, n° 3, pp. 963-974, mars 2002.  
 [2] A. Vander Vorst, "Microwave bioelectromagnetics in Europe", *Proc. MTT Symp.*, Atlanta, 1993, pp. 1137-1140.  
 [3] A. Rosen, H.D. Rosen, *New Frontiers in Medical Device Technology*, New York, John Wiley and Sons, 1995.  
 [4] A. Vander Vorst, F. Duhamel, "1990-1995 advances in investigating the interaction of microwave fields with the nervous system", in A. Rosen et A. Vander Vorst, (Eds), Special issue on Medical Application and Biological Effects of RF/Microwaves, *IEEE Trans. Microwave Theory Tech.*, vol. 44, n° 10, pp. 1898-1909, octobre 1996.

[5] A.G. Johnson Liakouris, "Radiofrequency (RF) sickness in the Lilienfeld study : an effect of modulated microwaves ?", *Arch. Environm. Health*, vol. 53, n° 3, pp. 236-238, mai/juin 1998.  
 [6] F. Apollonio, G. D'Inzeo, L. Tarricone, "Theoretical analysis of voltage-gated membrane channels under GSM and DECT exposure", *Proc. MTT Symp.*, Denver, 1997, pp. 103-106.  
 [7] V. Garaj-Vrhovac, A. Fucic, D. Horvat, "The correlation between the frequency of micronuclei and specific chromosome aberrations in human lymphocytes exposed to microwave radiation in vitro", *Mutation Res.*, n° 281, pp. 181-186, 1992.  
 [8] V. Barbaro, P. Bartolini, A. Donato, C. Militello, G. Altamura, F. Ammirati, M. Santini, "Do European GSM Mobile cellular Phones Pose a Potential Risk to Pacemaker Patients ?", *Pacing Clin. Electrophys.*, vol. 18, pp. 1218-1224, 1995.  
 [9] J.C. Lin, "The Blood-Brain Barrier, Cancer, Cell Phones, and Microwave Radiation", *IEEE Microwave Mag.*, vol. 2, n° 4, pp. 26-30, décembre 2001.  
 [10] S.M. Michelson, C.H. Dodge, "Soviet views on the biological effects of microwaves - An analysis", *Health Physics*, vol. 21, pp. 108-111, juillet 1971.  
 [11] Y.P. Chukova, *Advances in Nonequilibrium Thermodynamics of the Systems under Electromagnetic Radiation*, Moscow, Academy of Sciences, 2001.  
 [12] A. Vander Vorst, "Biological effects", *Proc. Workshop II, Eur. Microwave Conf.*, Jerusalem, pp. 1-3, septembre 1997.  
 [13] H. Fröhlich, "The biological effects of microwaves and related questions", in *Advances in Electronics and Electron Physics*, pp. 85-152, New York, Academic Press, 1980.  
 [14] H. Fröhlich, "Further evidence for coherent excitations in biological systems", *Physics Lett.*, vol. 110A, n° 9, pp. 80-81, 19 août 1985.  
 [15] S. Baranski, P. Czerski, *Biological Effects of Microwaves*, Stroudsburg, PA, Dowden, Hutchinson & Ross, 1976.  
 [16] Interdisciplinäre Gesellschaft für Umweltmedizin e.V., *Freibuenger Appeal*, Bad Säckingen, octobre 2002, 5 p.  
 [17] ICNIRP, "Guidelines for limiting exposure to time-varying electric, magnetic, and electromagnetic fields (up to 300 GHz)", *Health Physics*, vol. 74, avril 1998, pp. 494-522.  
 [18] WHO, *Electromagnetic Fields (300 Hz to 300 GHz)*, Genève, WHO, 1993.

# Exposition des travailleurs aux champs électromagnétiques : proposition de directive

Dix ans après la publication par la Commission de sa proposition concernant la protection des travailleurs exposés aux agents physiques, le Conseil poursuit sa démarche consistant à examiner chaque agent séparément. Début 2003, un groupe de travail du Conseil a entrepris l'examen d'une proposition de directive de la présidence danoise qui s'adresse spécifiquement à l'exposition des travailleurs aux champs et ondes électromagnétiques dans une gamme comprise entre 0 Hz et 300 GHz.

En 1993, au moment du dépôt de la première proposition, le Conseil des Affaires sociales avait déjà reconnu les risques associés à l'exposition des travailleurs aux rayonnements non ionisants. Ainsi, dans la directive relative au travail sur écran

(90/270/CEE), il est requis que "les radiations doivent être réduites à des niveaux négligeables du point de vue de la protection de la santé" et dans la directive relative à la protection des travailleuses enceintes (92/85/CEE), il est prévu que l'employeur prendra en compte dans l'évaluation des risques les radiations non ionisantes qui peuvent entraîner des lésions fœtales/ou des risques de détachement de placenta.

## Les normes internationales

Depuis 1974, l'organisation internationale de radioprotection (ICRP- *International Commission on Radiological Protection*, société scientifique privée fondée en 1928) aborde au sein d'un groupe de travail spécifique les problèmes de santé associés aux

rayonnements non ionisants. Sous l'impulsion de l'UNEP<sup>1</sup>, l'Organisation Mondiale de la Santé publiera, en 1993, en collaboration avec l'ICNIRP<sup>2</sup> un document comprenant des recommandations de valeurs limites de protection des travailleurs et des populations (champs allant de 300 Hz à 300 GHz). La proposition actuelle de la Commission se fonde sur ces travaux.

Depuis lors, l'OIT a publié deux guides (N° 69 et 71) centrés sur la protection des travailleurs, et l'ICNIRP a adopté, en 1998, une nouvelle version de ses recommandations. Elle vise à fournir des outils pour limiter l'exposition des travailleurs à l'ensemble des champs électriques, magnétiques et électromagnétiques, variables dans le temps (fréquence jusqu'à 300 GHz).

Dans ces documents, ne figurent ni des valeurs définissant des niveaux de performance pour des produits ou des équipements, ni des méthodes de mesures d'exposition. En Europe, le CENELEC a reçu de la Commission le mandat de préparer des normes répondant à ces lacunes dans le cadre notamment de la directive 1999/5/CE concernant les équipements hertziens et les équipements terminaux de télécommunications et d'assurer la reconnaissance mutuelle de leur conformité. Le CENELEC prévoit également dans son programme de travail, sur base de la directive Basse tension (73/23/CEE), une norme pour l'environnement du travail et une norme de sécurité pour les fours à induction. La directive Basse tension ne faisant aucune mention de la sécurité et de la santé des travailleurs, on peut s'interroger sur l'adéquation de la base juridique de ces mandats.

## Le débat public s'amplifie

Le débat public sur les effets sanitaires des champs électromagnétiques dans la gamme de fréquences mentionnée a pris une ampleur sans précédent avec la croissance et la diversité des sources de champs électromagnétiques tels que TV, radios, ordinateurs, téléphones mobiles, fours à micro-ondes, radars et équipements industriels (fours à induction), équipements de visualisation en médecine, etc. Le débat public s'est focalisé sur les téléphones, les lignes à haute tension et les équipements de contrôle de vitesse en s'appuyant sur les rapports scientifiques qui suggèrent que l'exposition aux champs électromagnétiques (à faibles doses) peut avoir des effets négatifs sur la santé : cancer, perte de fertilité, perte de mémoire (effets non-thermiques). Le Conseil a, ainsi, adopté en 1999 une recommandation relative à l'exposition du public aux champs électromagnétiques qui reprend les valeurs proposées par la Commission internationale pour la protection contre les rayonnements non ionisants.

Suivant l'avis du comité scientifique, la Commission et le Conseil n'ont pas invoqué le principe de précaution et ont repris les valeurs internationales qui ne prennent pas en compte explicitement les effets

non-thermiques. Le Conseil a, toutefois, demandé à la Commission d'établir dans un délai de cinq ans, soit en 2004, un rapport en vue d'une éventuelle révision de la recommandation au regard des données fournies par la recherche, y compris les éléments pertinents en matière de précaution. C'est dans ce cadre que la Commission a annoncé la publication, en collaboration avec l'OMS, d'une évaluation sanitaire pour les très basses fréquences, en 2003, et des effets des fréquences radio, en 2005.

Il faut également noter qu'en 2001 un groupe de travail du IARC<sup>3</sup> concluait que les champs magnétiques à très basse fréquence peuvent être cancérigènes "groupe 2B" pour les humains. Des données limitées montrent la possibilité d'une relation de cause à effet pour les leucémies des enfants. D'autre part, le groupe concluait que les champs statiques magnétiques ou électriques et les champs électriques à très basse fréquence ne peuvent pas être classés dans le "groupe 3".

## La protection des travailleurs

Les débats actuels au Conseil ont lieu dans ce contexte d'attente des conclusions de l'évaluation par la Commission et par l'OMS. Les différents acteurs s'impatientent : le large public utilisateur des équipements, mais, surtout, les fabricants et opérateurs de réseaux tant téléphoniques qu'électriques. Ces derniers ont souvent tendance à estimer que la protection des travailleurs est principalement intégrée dans les normes de conception des produits, oubliant les responsabilités des employeurs sur les lieux de travail (organisation du travail, choix et maintenance des équipements, information des travailleurs, ...) et les effets cumulés, les travailleurs pouvant être exposés à plusieurs sources de radiation.

Ainsi, certains Etats membres tentent de remettre en cause les principes de la directive-cadre et des directives particulières : couverture de l'ensemble des travailleurs exposés au-delà d'une valeur seuil, obligation d'évaluation des risques et application du principe ALARA (*as low as reasonably achievable*), droit à la surveillance médicale et, surtout, l'explicitation des risques sanitaires couverts et non couverts.

Les normes de référence adoptées par l'OMS devront s'intégrer dans le champ des obligations des employeurs qui établissent la relation de travail. Les normes techniques de mesure devront leur permettre de remplir leurs obligations dans des conditions aisément réalisables et de respecter les principes de la directive. Il faudra aussi veiller à établir une procédure de vérification des normes mandatées par la Commission aux organismes de normalisation. C'est à ces conditions que la nouvelle directive constituera une étape importante vers le contrôle des sources et de l'exposition aux rayonnements électromagnétiques. ■

Marc Sapir, BTS

<sup>1</sup> United Nations Environment Programme.

<sup>2</sup> Commission internationale pour la protection contre les rayonnements non ionisants.

<sup>3</sup> International Agency for Research on Cancer [vol (80)2002].

# 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](mailto: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 vagues<sup>1</sup>. 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 recommandation<sup>2</sup> 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.

<sup>1</sup> 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".

<sup>2</sup> 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 prévention<sup>3</sup>. 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 2003<sup>4</sup>, 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)<sup>5</sup>. En dehors des examens médicaux, peu d'activités préventives sont organisées<sup>6</sup>.

Les données concernant l'Espagne indiquent plusieurs tendances : de nombreuses entreprises, surtout parmi celles de dimension réduite, ne disposent d'aucun service de prévention<sup>7</sup>; 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<sup>e</sup> 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 travailleurs<sup>8</sup> à 72 %<sup>9</sup>. 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 2005<sup>10</sup>. 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-Uni<sup>11</sup>. 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Communication au BTS de M. Michael Lenert de la Chambre du Travail de Vienne, 1<sup>er</sup> avril 2003.

<sup>7</sup> 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<sup>e</sup> enquête nationale sur les conditions de travail réalisée à la fin de l'année 1999 : [http://internet.mtas.es/lnsht/statistics/4enct\\_orga.htm](http://internet.mtas.es/lnsht/statistics/4enct_orga.htm).

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

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

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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 antérieurement<sup>12</sup>. 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 travail<sup>13</sup> 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 travail<sup>14</sup>. 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

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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).

<sup>14</sup> 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 récente<sup>1</sup> 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 2001<sup>2</sup>. 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-cadre<sup>3</sup>. 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".

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

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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.

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

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 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 2001<sup>15</sup>. 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](http://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 Luxembourg<sup>16</sup>, 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"<sup>17</sup> 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 sécurité<sup>18</sup>. 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 compétences<sup>19</sup>. 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 risques<sup>20</sup>. 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 loi<sup>21</sup>.

### 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 prévention<sup>22</sup>. 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 principe<sup>23</sup>. 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 techniques<sup>24</sup>. 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 2003<sup>25</sup>, 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

<sup>21</sup> 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.

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

<sup>23</sup> 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<sup>er</sup> juillet 1994.

<sup>24</sup> 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).

<sup>25</sup> 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 entreprises<sup>26</sup>. 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 technicien<sup>27</sup>.

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 réglementaire<sup>28</sup>. 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'entreprise<sup>29</sup>.

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

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> 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*<sup>30</sup>. 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 individuels<sup>31</sup>.

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 justifie<sup>32</sup>.

- 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 adéquates<sup>33</sup>. 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 travailleurs<sup>34</sup> (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.

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

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

<sup>32</sup> 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.

<sup>33</sup> Aucune exigence de formation en Belgique, un niveau très sommaire en Italie, etc.

<sup>34</sup> 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'employeur<sup>35</sup>. Cette lacune vient d'être comblée en Belgique par l'adoption d'une loi qui confère à l'ensemble des préventeurs<sup>36</sup>, 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

<sup>35</sup> 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.

<sup>36</sup> 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 entreprises<sup>37</sup>. 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 sociale<sup>38</sup>. 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 patronat<sup>39</sup>. 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.

<sup>37</sup> 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).

<sup>38</sup> 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).

<sup>39</sup> 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 marchés<sup>40</sup>. 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 2002<sup>41</sup>). 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

<sup>40</sup> 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.

<sup>41</sup> 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.

## Espagne : la grande faiblesse des services de prévention

La faible couverture des travailleurs par des services de prévention en Espagne apparaît dans différentes enquêtes.

Le diagnostic de santé au travail pour la Navarre<sup>1</sup> indique que, dans cette Communauté Autonome, 21 % des travailleurs sont couverts par des services internes d'entreprise et 6,7 % par des services externes. Ces données ont été calculées à la date du 31 décembre 1999. Par ailleurs, pour les 8 services de prévention externes qui ont été accrédités en Navarre (et qui couvrent 273 entreprises occupant un total d'un peu plus de 10.000 travailleurs), seuls trois disposaient de ressources humaines suffisantes pour les activités qu'ils devaient réaliser.

Une enquête plus récente, réalisée en 2001, couvre l'ensemble du territoire espagnol et étudie la situation des entreprises où le plus grand nombre d'accidents du travail ont été déclarés<sup>2</sup>. Les modalités de l'enquête font que l'échantillon étudié (à peu près 4.000 entreprises) concerne surtout des entreprises comptant entre 10 et 250 travailleurs, c'est-à-dire des entreprises qui, suivant la législation espagnole, devraient obligatoirement disposer de services de prévention. 30,8 % de ces entreprises n'ont pas mis en place de service de prévention et pour 3,2 %, c'est l'employeur qui en exerce les fonctions. Les entreprises qui ne disposent d'aucun service de prévention se concentrent dans les secteurs des services et de la construction et elles sont particulièrement abondantes parmi les entreprises de moins de 10 travailleurs. La modalité la plus fréquente est constituée par l'adhésion à un service externe de prévention (55,4 % des entreprises étudiées) et, dans la plupart des cas, cette affiliation s'accompagne d'une sorte de déresponsabilisation de l'entreprise. En effet, seules 2,4 % des entreprises ont à la fois un travailleur désigné en interne qui s'occupe de santé et de sécurité et un service de prévention externe. Lorsqu'on examine les tâches qui ont été réalisées, cette enquête confirme les tendances apparues dans les enquêtes nationales sur les conditions de travail. La tâche la plus fréquemment citée est la surveillance de la santé (60,7 % des entreprises étudiées)<sup>3</sup>. L'évaluation des risques dépasse à peine la barre des 50 %. Par contre, la planification des activités préventives n'est entreprise que dans un bon tiers des entreprises (34,6 %) et la formation des travailleurs dans 30,5 %. Même parmi les entreprises de plus de 250 travailleurs, la planification de l'activité préventive reste sous le seuil de 50 % des entreprises. L'on constate une forte corrélation entre la

réalisation de tâches de prévention et la présence de représentants des travailleurs pour la santé et la sécurité. Parmi les entreprises qui n'ont entrepris aucune tâche préventive, 76,2 % ne disposent pas de délégués de prévention. Ces entreprises sont particulièrement nombreuses dans le secteur des services et, en particulier, dans l'hôtellerie ainsi que dans le secteur de la construction. Parmi les entreprises qui ont entrepris la totalité des tâches préventives couvertes par l'enquête, 76 % disposaient de délégués de prévention. Il s'agissait généralement d'entreprises de plus de 50 travailleurs.

Par ailleurs, même dans les entreprises où des activités de prévention ont été organisées, celles-ci sont souvent d'une qualité discutable et semblent avoir pour objectif principal de respecter formellement la réglementation conçue comme une simple exigence bureaucratique. D'après l'Institut Asturien de santé au travail, 45 % des évaluations des risques qui ont été réalisées sont incomplètes. En Navarre, dans les entreprises qui ont fait l'objet d'une inspection, seules 17,5 % ont réalisé une évaluation satisfaisante; dans près de 40 % des cas, elle était inexistante ou inadéquate, dans 13,5 % des cas, elle n'était pas mise à jour, dans 18 % des cas, elle ne couvrait qu'une partie des postes de travail. Une déclaration du Parlement de Navarre consacrée à l'augmentation des accidents du travail souligne les insuffisances des services de prévention et indique que, dans de nombreux cas, les plans de prévention qu'ils rédigent sont uniquement destinés à répondre à une exigence légale mais que ces plans ne font l'objet d'aucun suivi ni d'aucune actualisation<sup>4</sup>. Le rapport remis par le gouvernement de Cantabrie va dans le même sens et signale qu'une des causes du problème est que les évaluations des risques sont effectuées par des services de prévention externes sans véritable information ni coordination avec les entreprises qu'ils couvrent.

En conclusion, nous citerons une évaluation syndicale récente de la qualité des services de prévention externes<sup>5</sup> :

«La faible culture préventive, l'absence de priorité stratégique des *Mutuas* comme services de prévention et la dépendance à l'égard du patronat des autres organismes spécialisés, ajoutés à la passivité des employeurs, ont entraîné un consensus général sur la situation de la prévention des risques professionnels en Espagne qui est caractérisée par les éléments suivants :

<sup>1</sup> Instituto Navarro de Salud Laboral, *Diagnóstico de Salud Laboral en Navarra*, Pamplona, 2000.

<sup>2</sup> INSHT, *Plan nacional de seguimiento de empresas con alta siniestralidad*, Madrid, 2001.

<sup>3</sup> De nombreuses enquêtes indiquent que la surveillance de la santé est souvent menée sans lien véritable avec les conditions de travail. Voir notamment : N. Moreno, P. Boix, *Vigilancia de la salud de los trabajadores/as*, Madrid, 2000.

<sup>4</sup> Declaración política sobre siniestralidad laboral en Navarra, *Boletín Oficial del Parlamento de Navarra*, n° 36, 31 mars 2001.

<sup>5</sup> J. García Jiménez, rapport présenté à une conférence organisée par la CGT grecque et le BTS, Le Pirée, avril 2003 (traduction légèrement abrégée).

- L'externalisation de l'action préventive a produit une conception de la prévention comme un produit et comme une activité complètement étrangère à l'entreprise sans engagement ni implication de l'employeur.
- Qualité basse et bureaucratisation de l'action préventive. Faible volonté de "vouloir savoir" pour "agir correctement" et réaliser les changements nécessaires dans les conditions de travail... Cela se traduit en particulier par des évaluations des risques limitées à la sécurité qui excluent les risques psychosociaux, toxiques ou ergonomiques; une surveillance de la santé étrangère à l'évaluation et à la planification de la prévention et réduite à des examens médicaux non spécifiques qui ne couvrent pas les activités occasionnelles mais périodiques liées à l'activité principale; une formation prescriptive et routinière qui n'est pas ajustée au poste de travail; des recommandations préventives générales pour éviter les conflits avec l'employeur.
- Faible participation et implication des travailleurs. L'information fournie par les travailleurs ne fait pas partie des "inputs" des activités et de la gestion de la prévention. Elle n'est pas utilisée non plus pour évaluer les résultats de cette gestion. On ne reconnaît pas aux travailleurs une capacité de proposition et ils ne sont pas formés.

Il y a une double responsabilité. Pour les employeurs, c'est un problème de démocratie et le maintien de leur pouvoir dans l'entreprise. Pour les techniciens, c'est une conception technocratique de la prévention". ■

### On ne voudrait surtout pas vous déranger

A l'occasion d'une rencontre syndicale sur la santé au travail à Barcelone, un technicien de sécurité, membre d'une organisation syndicale, m'a montré la lettre adressée par un important service de prévention à une entreprise sous-traitante de l'automobile. La lettre commençait par rappeler l'obligation légale d'évaluer les risques et les sanctions pénales qui s'appliquent en cas d'omission. Elle indiquait ensuite que le service de prévention externe se proposait de réaliser cette évaluation dans les conditions qui dérangeraient le moins possible le bon fonctionnement de l'entreprise et que ses techniciens pourraient se rendre sur les lieux de travail un dimanche lorsque l'entreprise n'est pas en activité. Le tout pour un prix modique... Lors des débats, un inspecteur du travail a commenté que la plupart des évaluations des risques donnaient peu de renseignements concrets sur les entreprises mais qu'il était facile de reconnaître le service externe de prévention qui les avait préparées par l'abondance des formules stéréotypées et des particularités de la mise en page liées aux programmes informatiques utilisés.

## Suède : aurait-on jeté le bébé avec l'eau du bain ?

Pendant des années, les services de prévention multidisciplinaires suédois ont été considérés comme un modèle pour les autres pays. Disposant d'un financement public substantiel et organisés dans le cadre d'une convention collective nationale entre les organisations syndicales et les organisations patronales, ces services avaient développé des compétences d'expertise et des capacités d'intervention pratique peu communes. Le financement public permettait, par ailleurs, de mieux intégrer le fonctionnement de ces services dans la politique nationale de prévention. En effet, il impliquait le respect de critères déterminés par les autorités publiques sur la base de consultations tripartites.

Dès les années 80, un certain nombre de doutes étaient apparus. Les chercheurs suédois avaient mis en lumière que le développement des services de prévention pouvait avoir des effets pervers. Les employeurs sous-estimaient leur responsabilité centrale en considérant qu'il appartenait aux services d'intervenir et de résoudre les problèmes. Progressivement, la prévention devenait une activité latérale (les Suédois parlaient du *side-car effect*) au lieu d'être intégrée en amont comme une exigence de base de tout choix concernant l'organisation du travail. D'autre part, la place accordée aux experts pouvait déposséder les travailleurs et leurs organisations, et dévaloriser leur expérience et leurs priorités politiques. L'ensemble de ces questions s'inscrivaient dans le contexte plus vaste des transformations du travail et l'émergence d'un certain nombre de risques moins bien maîtrisés par les experts que les risques traditionnels liés aux équipements de travail ou aux substances chimiques.

A partir de la fin des années 80, un changement de cap a pu être observé<sup>1</sup>. Les autorités publiques ont voulu souligner les responsabilités des employeurs et ont exigé que des systèmes de gestion soient mis en place de manière à mieux couvrir les problèmes de santé au travail. Cette transformation s'est produite dans un contexte politique et social défavorable aux travailleurs. Il s'est produit simultanément une sorte de réforme et de contre-réforme : les employeurs ont saisi l'occasion pour reprendre l'initiative et remettre en question des conquêtes réelles du mouvement ouvrier sous prétexte d'améliorer les performances du système de prévention. En 1992, la confédération patronale suédoise a dénoncé de manière unilatérale les accords passés avec les organisations syndicales : cela concernait également l'adhésion obligatoire des entreprises de nombreux secteurs à un service de prévention. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 1993, l'Etat a cessé

de financer l'activité des services de prévention. En quelques années, ces derniers se sont trouvés confrontés à un double problème. Ils devaient continuer à fonctionner sans cadre réglementaire précis et leur financement était désormais complètement tributaire du marché, c'est-à-dire de la demande directe des employeurs. Ces derniers étaient libres de changer de service à leur guise ou de se passer complètement d'un service de prévention.

En quelques années, les services de prévention ont connu une réduction significative de leur personnel qui est passé d'environ 10.000 personnes à 7.000<sup>2</sup>. La couverture assurée a également diminué. Mais c'est surtout le sens même de l'activité des services qui a été profondément remis en cause. La rentabilité des services est devenue une préoccupation majeure. De nombreux services ont modifié leurs méthodes de tarification. Au lieu d'une tarification forfaitaire par travailleur, les services proposent désormais un "paquet de base" de prestations complété par d'autres prestations modulables. Cela répond à la demande des entreprises qui tendent à contracter des services à court terme et sont réticentes à s'engager dans une relation prolongée avec un service de prévention. Comme l'indiquent B. Remaeus et P. Westerholm, "les services de santé au travail sont devenus des agents libres sur un marché dérégulé de la santé".

Parallèlement, les autres structures portantes du système de prévention ont été affaiblies<sup>3</sup>. Entre 1989 et 1999, les effectifs de l'autorité chargée de la santé au travail (qui inclut les services de l'inspection du travail) ont diminué de 20 %. Le nombre d'inspection sur les lieux de travail a été réduit de 30 %. Ce dernier chiffre doit cependant être replacé dans le contexte d'un changement dans les modalités de l'inspection. Celle-ci accorde une importance majeure à l'inspection systémique sur la manière dont les entreprises gèrent les questions de santé au travail. Ces dernières inspections sont passées de 1.000 en 1993 à 6.000 en 2.000. Les variations concernant la représentation des travailleurs sont moins bien connues. Le nombre de représentants pour la sécurité qui ont été enregistrés a diminué de 100.000 en 1997 à 80.000 en 1999.

Inquiet du développement de l'absentéisme<sup>4</sup>, le gouvernement suédois envisage de relancer les services de prévention. Reste à savoir si cette relance se fera plus dans le sens d'une réactivation de ceux-ci en vue de promouvoir la prévention collective ou vers des interventions individuelles destinées à maintenir à tout prix les travailleurs au travail pour équilibrer les

<sup>1</sup> Pour un exposé d'ensemble, voir K. Frick, Sweden : Occupational Health and Safety Management Strategies from 1970-2001, 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. 211-234.

<sup>2</sup> Les données de ce paragraphe proviennent de B. Remaeus, P. Westerholm, Official Supervision and the Occupational Health Service, in S. Marklund (ed.), *Worklife and Health in Sweden 2000*, Stockholm, 2001, pp. 51-70.

<sup>3</sup> Voir K. Frick (2002), *Ibidem*.

<sup>4</sup> Le nombre de personnes ne pouvant pas travailler pour des motifs de santé était estimé à 14 % de la population active en 2001.

comptes de la sécurité sociale. La communication gouvernementale sur un programme concernant les conditions de santé au travail, présentée le 20 septembre 2001 au Parlement, adopte comme point de départ le souci de réduire les coûts des absences pour maladie<sup>5</sup>. Un ensemble de onze mesures est proposé. Suivant les termes de la communication, "l'accent est mis sur les individus". Le rôle des services de prévention est abordé de façon très prudente : il est question de développer de nouvelles méthodes pour les services de prévention. Mais l'accent semble mis sur la recherche plus que sur les insuffisances du cadre réglementaire.

Les mesures gouvernementales ont fini par être adoptées en janvier 2003. Elles semblent surtout

s'attaquer aux effets de mauvaises conditions de travail. Un nouveau cadre réglementaire des absences pour maladie va être mis en place de façon à ce que la règle générale devienne des "absences à temps partiel" (c'est-à-dire que la personne malade continuera à travailler dans toute la mesure permise par ses capacités réduites). Des incitants financiers, tant positifs que négatifs, vont être développés pour faire reposer une part majeure des coûts de l'absentéisme sur les employeurs. Une question se pose, "que va-t-il se passer avec les travailleurs légèrement malades ou handicapés à la recherche d'un emploi ? Avec une pression plus forte sur les employeurs sous la forme d'une plus grande responsabilité pour les indemnités de maladie, y a-t-il un risque que de tels travailleurs ne soient pas recrutés ?"<sup>6</sup> ■

<sup>5</sup> Regeringskanliet, *Budget Bill 2002*, Fact sheet on the Swedish Government's Budget Bill for 2002, presented to the Parliament on 20 September, 2001.

<sup>6</sup> A. Berg, Government proposes sick pay reform, *EIRO on line*, janvier 2003.

## Pays-Bas : les trois anneaux du marché de la prévention et de son contrôle

Les services de prévention aux Pays-Bas (appelés *Arbodiensten*) sont principalement des services externes. Ils ont connu une croissance très rapide et couvrent aujourd'hui la presque totalité des travailleurs (98 % en 2001, d'après les données du ministère du Travail). Le nombre de spécialistes travaillant dans ces services a également augmenté rapidement comme le montre le tableau ci-dessous.

<sup>1</sup> Les données sont extraites de : Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Arbobalans 2002. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, La Haye, 2002.

	1994	1997	2000
Nb total de travailleurs (équivalents temps plein)	5.421	7.291	9.424
Médecins (du travail et généralistes)	1.486	1.846	2.244
Autres spécialités de base*	369	695	832
Conseillers pour les conditions de travail**	-	251	359
Personnel paramédical et de soins d'urgence	1.286	1.291	1.650
Rapporteurs concernant l'absentéisme	-	515	527
Personnel administratif	1.169	1.785	2.796

Source : ministère néerlandais du Travail, 2002<sup>1</sup>

\* Les autres spécialités de base prévues par la législation sont la sécurité, l'hygiène industrielle et l'organisation du travail.

\*\* Les conseillers pour les conditions de travail regroupent différents experts tels que des ergonomes, des spécialistes du travail, des travailleurs sociaux d'entreprise.

Dans l'ensemble, environ la moitié du personnel (47 %) appartient à des professions médicales ou paramédicales. 15 % sont des spécialistes divers qui jouent le rôle de conseillers dans le domaine des conditions de travail. Le personnel administratif et général représente environ 38 % des effectifs. Le nombre de spécialistes de santé au travail occupés par des services de prévention par 100.000 travailleurs est de 93 (données de 2000). La dépense moyenne par travailleur consacrée aux services de prévention est également en hausse. Elle est passée de 92 euros en 1995 à 127 euros en 2001.

La situation pourrait sembler excellente. Pourtant, un malaise grandit tant parmi les professionnels de la prévention que parmi les travailleurs. Le doute est le suivant : ces services sont-ils vraiment des services de prévention qui s'efforcent d'améliorer les conditions de travail pour défendre la santé et le bien-être des travailleurs ? Le contexte néerlandais est marqué depuis une quinzaine d'années par un débat sur la très grande quantité de travailleurs absents des entreprises en raison d'une incapacité de travail ou ayant quitté le marché du travail parce

qu'ils sont invalides<sup>2</sup>. L'essentiel des politiques gouvernementales dans le domaine de la santé au travail a été consacré à une réduction du coût que cette situation implique pour la sécurité sociale. Différents moyens ont été mis en œuvre : prise en charge d'une part de ces coûts par les entreprises, mutualisation de cette part à travers des systèmes d'assurance, création d'incitants financiers pour réduire l'absentéisme, mobilisation des acteurs de la prévention autour de cet objectif prioritaire. Dans l'ensemble, ces politiques n'ont pas répondu aux attentes. Les niveaux d'absentéisme et d'invalidité restent très élevés. Par contre, l'on a assisté à une série d'effets pervers sur l'activité de prévention. La confiance que les travailleurs devraient avoir dans les services de prévention a été sapée par les contrôles médicaux que ces services effectuent auprès des travailleurs en incapacité de travail. Les interventions individuelles en vue de susciter une remise au travail rapide des personnes malades ou accidentées ont pris le pas sur l'amélioration des conditions collectives de travail. Ces dérives ont été aggravées par l'absence de critères publics précis sur l'activité des services de prévention et le contrôle de ceux-ci. Les activités sont largement déterminées par les employeurs eux-mêmes sur la base du contrat passé avec un service de prévention. Le contrôle de la qualité des services a été privatisé puisqu'il repose sur des mécanismes de certification qui ne font pas intervenir les organisations syndicales ni l'inspection du travail. Le recours à des modèles classiques de certification de la qualité a des effets contradictoires. Sur certains éléments comme la vérification que le service dispose des compétences requises ou que des procédures de travail aient été clairement définies, la certification peut avoir un impact positif. Par contre, en adoptant comme critère déterminant la satisfaction de la demande du client, les procédures de certification sont inadéquates. En effet, la notion de "client" n'est pas vraiment applicable aux services de prévention. Il y a un ensemble de demandes contradictoires et souvent conflictuelles : la demande de l'employeur centrée sur ses objectifs immédiats, la demande des travailleurs et de leurs organisations, une demande sociale plus diffuse en ce qui concerne les objectifs prioritaires des politiques de santé au travail. Les procédures de certification par des organismes tiers tendent à privilégier la demande des employeurs. Cela contribue à affaiblir l'indépendance professionnelle des préventeurs. C'est ce qu'ont analysé des chercheurs néerlandais : "L'équilibre délicat entre les demandes des clients (dans la plupart des

cas, des employeurs) et la responsabilité professionnelle est remis en cause par le rôle inconditionnellement dominant des clients dans certains systèmes d'assurance qualité. A notre avis, le rapport service de prévention-client devrait être interrompu lorsqu'une différence substantielle persistante dans la perspective entre en conflit sérieux avec l'intégrité professionnelle<sup>3</sup>". La formulation de la dernière phrase est révélatrice de la difficulté dans le système néerlandais de réaliser un contrôle public (par les autorités publiques) et social (par les syndicats) qui permettrait de surmonter le conflit autrement que par une simple rupture du contrat.

La sous-déclaration des maladies professionnelles permet d'illustrer cette dérive qui place l'intérêt du "client" (l'entreprise) au-dessus des intérêts d'une politique de santé au travail. En 2000, un peu moins de la moitié des médecins des services de prévention avaient déclaré au moins une maladie professionnelle et, en 2001, tant le nombre de médecins ayant déclaré une maladie que le nombre total de maladies déclarées ont même légèrement diminué. Une enquête a été menée en 2000 auprès des médecins des services de prévention pour savoir pourquoi ils ne procédaient pas à la reconnaissance des maladies professionnelles<sup>4</sup>. Un peu moins de la moitié des médecins qui ont répondu considéraient que cela leur prendrait trop de temps (359 médecins sur 829 soit 43,3 %) <sup>5</sup>. C'était la réponse la plus fréquente avant l'absence de données concernant la causalité (41 %). Pour un peu moins d'un quart des médecins (22,9 %), il s'agissait d'éviter que les travailleurs ne portent plainte contre l'employeur. Autour d'un cinquième des réponses portaient sur la méconnaissance des critères de déclaration (22,9 %) ou le fait que le service de prévention où ces médecins travaillaient n'avait pas pour habitude de déclarer des maladies professionnelles<sup>6</sup> (19,9 %). Dans le système néerlandais, la non déclaration des maladies professionnelles ne lèse pas directement la victime en ce qui concerne les indemnités assurées par la sécurité sociale qui ne distinguent pas l'incapacité de travail pour maladie générale de celle qui est causée par une maladie professionnelle. Par contre, du point de vue d'une politique de prévention, la sous-déclaration des maladies implique une perte de visibilité importante des problèmes de santé au travail qui ne peut que fausser l'évaluation de la situation et la définition des priorités. Il est significatif que pour évaluer l'ampleur des maladies dermatologiques causées par le travail, il a fallu créer un système de surveillance basé sur des

<sup>2</sup> Voir Geurts, Kompier et Gründemann, "Dutch disease ? Sickness absence and work disability in the Netherlands", *International Social Security Review*, vol. 53, n° 4, 2000, pp. 79-103.

<sup>3</sup> F. van Dijk, C. Hulshof, J. Verbeek, "Good occupational health practice : concepts and criteria : Finnish Institute of Occupational Health", *Good Occupational Health Practice and Evaluation of Occupational Health Services*, Helsinki, 1999, pp. 22-23.

<sup>4</sup> Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCB), *Signaleringsrapport Beroepsziekten 2001*, Amsterdam, 2001.

<sup>5</sup> Plusieurs réponses étaient possibles, ce qui explique que le total des pourcentages est supérieur à 100 %.

<sup>6</sup> Depuis 1997, les *arbodiensten* peuvent déclarer les maladies professionnelles; depuis novembre 1999, ils sont tenus de le faire.

notifications faites par les médecins dermatologues qui rapportent un nombre plus élevé de cas que les médecins des services de prévention<sup>7</sup>.

Le retrait opéré par les autorités publiques est sans doute aggravé aux Pays-Bas par les caractéristiques mêmes des marchés mis en place. L'évolution du marché des services de prévention est clairement oligopolistique. Un petit nombre de services externes jouissent d'une position dominante : 5 services couvrent près de 90 % des entreprises. Quant au marché du contrôle (à travers les procédures de certification), il tend à se concentrer encore davantage : deux sociétés de certification (Lloyd's et DNV) occupent une position dominante. Cela contribue à expliquer le contraste entre le développement d'un marché florissant dont la qualité est attestée par des procédures minutieuses et le mécontentement croissant des usagers réels du système. Ajoutons à cela qu'un nombre croissant d'entreprises tendent à se faire certifier par des organismes tiers. Ces certificats peuvent porter sur le personnel ou sur l'existence d'un système de gestion de la santé au travail. Les certificats concernant le personnel couvrent des domaines très différents : compétences liées à des activités de prévention comme les premiers secours, compétences concernant des postes à risque comme la conduite de chariots élévateurs ou compétences pour travailler à des postes comportant des expositions dangereuses tant pour le travailleur que pour l'environnement (par exemple : certificat pour travailler avec des pesticides). Les certificats concernant les systèmes de gestion s'inscrivent généralement dans la foulée des normes ISO. Un certificat particulier concerne les entreprises sous-traitantes. Il s'agit du VCA (Certificat de Sécurité pour Sous-

traitants). En tout, 37 % des entreprises néerlandaises disposeraient déjà d'un ou plusieurs certificats. Le lien avec la sous-traitance apparaît clairement dans les pourcentages particulièrement élevés du secteur du bâtiment : 64 % des entreprises y ont au moins un certificat. De telles démarches ont souvent pour résultat de déresponsabiliser les entreprises donneuses dans les situations de sous-traitance. Elles se limitent à vérifier l'existence d'un certificat sans vérifier ce que cela implique en ce qui concerne la qualité réelle de la prévention et, surtout, sans évaluer dans quelle mesure les conditions mêmes du contrat de sous-traitance qu'elles imposent ou proposent sont compatibles avec la santé au travail.

Les Pays-Bas sont, jusqu'à présent, le seul pays d'Europe à avoir créé un bureau des plaintes destiné à permettre aux travailleurs de présenter leurs doléances contre les services de prévention. Et il semble bien que ces plaintes ne manquent pas !

Le bilan tiré par des recherches néerlandaises est préoccupant : "Dans la pratique, les *Arbodiensten* néerlandais contribuent à peine à la prévention, ce sont des centres médicaux spécialisés dans les interventions individuelles et le contrôle. Plus de 90 % des contrats conclus avec des services de prévention consistent, soit exclusivement, soit principalement, en des conseils pour réduire l'absentéisme. Les problèmes médicaux des travailleurs individuels débouchent difficilement sur une approche préventive destinée à améliorer les conditions de travail dans l'entreprise. La valeur ajoutée des services de prévention par rapport à des médecins généralistes est considérée comme très limitée<sup>8</sup>". ■

<sup>7</sup> NCB, *Signaleringsrapport Beroepsziekten 2002*, Amsterdam, 2002, pp. 31-37.

<sup>8</sup> J. Popma, M. Schaapman, T. Wilthagen, The Netherlands : Implementation within Wider Regulation Reform, 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, p. 204.

## Un chaînon manquant : la socialisation de l'expérience des services de prévention

Des dizaines de milliers de préventeurs interviennent quotidiennement sur les lieux de travail dans l'Union européenne. Jour après jour, ils sont saisis des plaintes des travailleurs, ils analysent les risques, ils mettent au point des solutions préventives. Dans de nombreux cas, ils constatent aussi que les solutions préventives ne sont pas à leur portée car elles dépendent de décisions prises en amont : dans l'entreprise ou dans la société. Ils doivent alors se résoudre à diminuer les dommages sans pouvoir traiter la cause. Les préventeurs apprennent rapidement qu'en santé au travail, les meilleures qualifications professionnelles ne suffisent pas. Il faut aussi de la combativité et la capacité de former des alliances.

La pression patronale tend à atomiser les expériences de ces préventeurs. Pour pouvoir en disposer dans les limites fixées par les objectifs de l'entreprise, il est préférable que leur activité ne soit pas socialisée, qu'elle soit intégrée à un système de gestion où les objectifs de santé au travail ne seront reconnus que dans la mesure où ils sont compatibles avec la recherche du profit économique et le maintien de l'autorité de la hiérarchie. Il y a une pression constante pour que les services de prévention, payés par l'entreprise, se transforment en des services d'entreprise subordonnés à la gestion des ressources humaines et dépourvus d'une pleine indépendance professionnelle.

Le niveau le plus élémentaire de la socialisation est l'existence même de services de prévention. C'est loin d'être acquis dans de nombreux pays communautaires où l'employeur fait intervenir des spécialistes, consultants et experts sur une base individuelle pour des missions qui peuvent être permanentes ou purement ponctuelles. Mais au-delà de la structuration des activités de prévention dans le cadre de services, il importe d'organiser un échange systématique à une échelle plus vaste : secteurs, territoires, niveau national et niveau communautaire.

La socialisation des activités de prévention est un élément essentiel de toute politique cohérente de santé au travail. Elle permet d'atteindre plusieurs objectifs :

1. En échangeant des expériences sur les problèmes et les solutions, les préventeurs peuvent disposer d'une expertise pratique qu'il est difficile de trouver dans le cadre d'une seule entreprise ou d'un seul service de prévention. L'expérience de réseaux de

préventeurs sur la substitution de produits dangereux par des produits moins dangereux fournit un bon exemple. De tels réseaux, organisés sur des bases sectorielles et nationales et ensuite élargis à d'autres pays, ont permis de mettre au point des bases de données facilitant la substitution de solvants organiques dans les industries graphiques et dans la construction. Il s'agit de deux secteurs où l'émiettement des activités productives entre de multiples petites entreprises n'aurait jamais permis d'atteindre des résultats efficaces sans cette mise en commun.

2. Face aux pressions patronales, l'élaboration collective de "règles du métier" est indispensable. Ces règles articulent des critères scientifiques et techniques de validation (les meilleures pratiques professionnelles fournies par une analyse de la pratique des métiers) avec des critères politiques et déontologiques qui permettent d'exercer les métiers en fonction de leur mission centrale : la sauvegarde de la vie et de la santé des travailleurs. Il y a actuellement de nombreux débats sur la qualité des services de prévention. Dans bien des cas, la qualité est centrée sur les procédures et règles de fonctionnement interne ainsi que sur une vision étriquée et à court terme des résultats (par exemple, la réduction de l'absentéisme, une diminution des accidents déclarés, etc.). Dans d'autres cas, les critères sont encore plus discutables lorsqu'ils sont élaborés autour de la notion de "satisfaction du client". L'élaboration des règles collectives du métier ne devrait pas être un exercice isolé par spécialisation. S'il est nécessaire de définir des règles spécifiques pour chaque profession (médecine du travail, infirmerie du travail, ergonomie, hygiène industrielle, etc.), celles-ci devraient être intégrées dans un ensemble de règles du métier communes aux différents préventeurs et tenant compte de la perception et des priorités du sujet central de la santé au travail : les collectifs de travail.

3. La socialisation des activités des préventeurs "du terrain" constitue une ressource immense pour la recherche en santé au travail. La mise en réseau des informations produites par l'activité des services de prévention permet de disposer d'une masse critique suffisante que l'activité singulière d'un service n'obtiendra que très difficilement. Dans les congrès de médecine du travail, l'on constate parfois un engouement naïf pour des programmes statistiques qui permettraient de dégager des enseignements généraux à partir d'une activité limitée à un collectif particulier de travailleurs. Par contre, la mise en

commun des connaissances dont disposent de nombreux services de prévention différents permet une véritable élaboration scientifique. L'on peut citer l'expérience de l'enquête SUMER qui réunit des données concernant les expositions professionnelles en France ainsi que l'enquête ESTEV qui porte sur le vieillissement au travail<sup>1</sup>. Dans les deux cas, ces enquêtes n'auraient pas pu être réalisées sans la collaboration d'un grand nombre de médecins du travail. Jusqu'à présent, dans la majorité des pays de l'Union européenne, il existe une trop grande séparation entre les institutions de recherche en santé au travail (qu'il s'agisse d'institutions centralisées ou de centres de recherche universitaires) et les préventeurs. La demande dans le domaine de la recherche ne correspond pas toujours aux besoins et aux priorités. Elle peut être formulée par les grands demandeurs institutionnels que sont l'Etat et les organismes d'assurance des risques professionnels en fonction d'autres priorités que la santé au travail. Lorsque le patronat participe à la gestion des institutions de recherche, ses propres demandes peuvent également peser négativement sur l'organisation des recherches. Nous pensons notamment au sous-développement de la recherche publique sur les substances chimiques dangereuses par rapport à la réalité du marché ou à l'engouement pour la génétique qui permettrait une sorte de sélection eugénique de la main-d'œuvre.

4. La socialisation des expériences des préventeurs est également un élément important pour la définition des politiques publiques de prévention et pour l'évaluation de leurs résultats. Un certain nombre de problèmes ne peuvent pas être traités uniquement à travers des activités préventives. Ils exigent des décisions politiques. Qu'il s'agisse de l'interdiction de l'amiante, du travail infantile ou des limitations et contrôles à apporter au travail intérimaire et à la sous-traitance, il est évident que la prévention dépend d'un cadre politique et juridique qui fixe les règles du jeu pour les entreprises. L'impossibilité de faire remonter leur expérience pour interpeller les autorités publiques est souvent une importante source de frustration pour les professionnels de la santé au travail. Des centaines de milliers d'évaluations des risques - d'une qualité très variable - sont élaborées chaque année dans des entreprises. Quel est leur impact sur la définition des priorités dans le domaine de la prévention ? Dans quelle mesure pèsent-elles réellement sur les décisions politiques ? La surveillance de la santé est pratiquée à une assez large échelle dans les pays de l'Union européenne

et, pourtant, les données globales concernant la santé au travail manquent terriblement. La plupart des Etats se limitent à quelques indicateurs traditionnels comme les accidents du travail déclarés et les maladies professionnelles reconnues dont la signification est discutable.

Au cours des années 70 et 80, la socialisation des activités préventives avait donné d'excellents résultats tant dans les pays nordiques qu'en Italie. Ces expériences s'inscrivaient dans des contextes politiques et sociaux différents.

En Italie, elles apparurent à l'initiative des organisations syndicales et débouchèrent sur l'organisation de services publics de prévention organisés sur des bases locales. Le CRD<sup>2</sup>, un organisme unitaire des trois confédérations syndicales, a joué un rôle central dans la socialisation des expériences pratiques tant des collectifs de travailleurs que des préventeurs. Le recul du mouvement ouvrier dans les années 80, symbolisé par la défaite des ouvriers de FIAT en 1984, entraîna aussi une régression dans les pratiques de socialisation. Il subsiste néanmoins un potentiel réel qui a été négligé par les réformes intervenues lors de la transposition des directives communautaires. Celles-ci ont établi une coexistence entre les services publics de prévention et le marché privé des préventeurs d'entreprise sans réellement aborder le problème de la cohérence d'ensemble du système.

Dans les pays nordiques, les expériences de socialisation se sont déroulées dans un contexte moins conflictuel et dans des sociétés plus homogènes socialement. Elles ont été appuyées par la création de fonds du milieu de travail gérés de façon tripartite. Tant en Italie que dans les pays nordiques, ces expériences ont été affaiblies sans perdre entièrement leur dynamisme. Ainsi les différents guides publiés par la Conférence des Régions en Italie constituent un exemple de socialisation des bonnes pratiques de prévention destinée à soutenir la mise en oeuvre des directives communautaires.

Dans d'autres pays, d'autres modalités ont été mises en place. Elles reposent souvent sur l'initiative des préventeurs eux-mêmes qui ressentent le besoin de s'organiser en associations professionnelles et de se doter d'une voix collective. Suivant les cas, l'accent est mis sur l'élaboration de positions communes politiques ou revendicatives ou sur la recherche scientifique et l'échange d'expériences professionnelles.

<sup>1</sup> F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff, *Age, travail, santé : études sur les salariés de 37 à 52 ans : enquête ESTEV 1990*, Paris : INSERM, 1996.

<sup>2</sup> Le CRD ou *Centro Ricerche Documentazione Rischi e Danni da Lavoro* a été créé en 1974 à l'initiative des trois confédérations syndicales italiennes. Il a publié une revue (*Medicina dei Lavoratori*) ainsi que de nombreux livres et brochures. Le CRD a été dissous en 1985 suite à la rupture de l'accord unitaire entre les trois confédérations syndicales. Ses archives constituent une des sources les plus utiles pour étudier les luttes pour la santé au travail dans l'Italie de la fin des années 60 au début des années 80. Sur l'histoire du CRD, voir A. Grieco, P.A. Bertazzi (ed.), *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Milan, FrancoAngeli, 1997.

Mais certaines initiatives arrivent à surmonter cette dichotomie et permettent une réflexion collective qui se situe sur les deux versants. On peut citer l'expérience française de collectifs de médecins du travail<sup>3</sup> ou l'approfondissement des réflexions parmi les ergonomes dans de nombreux pays<sup>4</sup>. Quelquefois, elles surgissent à l'initiative des syndicats comme dans les forums organisés en Espagne par l'ISTAS sur la surveillance de la santé et la qualité de la prévention<sup>5</sup>. Différentes expériences méritent d'être signalées au niveau européen. Des réseaux centrés sur des thématiques spécifiques ont été créés tels que les réseaux sur la substitution de solvants organiques dans les secteurs des arts graphiques et de la construction. A un niveau plus général, il existe aussi le réseau européen "European Work Hazards Network"<sup>6</sup> qui réunit des préventeurs et des militants syndicaux et s'appuie fortement sur l'expérience britannique des *Hazards Campaigns*<sup>7</sup> qui regroupent plusieurs dizaines de collectifs locaux ou thématiques.

La socialisation des activités préventives amène à reconnaître que les services de prévention, quelles que soient les modalités pratiques de leur organisation, sont des services publics dans la mesure où ils interviennent dans les entreprises pour y faire prévaloir une logique externe, celle de la santé au travail. C'est en ce sens qu'ils sont des acteurs d'une politique de santé publique qui va au-delà des ambiguïtés et de l'approche simpliste d'une promotion individuelle de la santé centrée sur les styles de vie. Si l'Observatoire des risques dont la Commission a annoncé la création dans sa communication sur la stratégie de santé au travail s'inscrivait dans la perspective d'une socialisation de l'expérience des services de prévention et des représentants des travailleurs pour la santé et la sécurité, il apporterait certainement une contribution utile à l'élaboration d'une politique communautaire sensible aux évolutions de la réalité et reconnaissant que la santé au travail est un problème central de santé publique. ■

<sup>3</sup> Voir, notamment : Association santé et médecine du travail, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, La Découverte et Syros, 1998. Voir également :

<http://www.a-smt.org/accueil.html>.

<sup>4</sup> Voir, notamment, les activités de la Société des Ergonomes de Langue Française, SELF :

<http://www.ergonomie-self.org/>.

<sup>5</sup> <http://www.ccoo.es/istas/>.

<sup>6</sup> <http://www.work-hazards.dk/>.

<sup>7</sup> <http://www.hazardscampaign.org.uk/> et <http://www.hazards.org/index.htm>.

# La reconnaissance des cancers professionnels en Europe

Jacques Brugère, Claire Naud\*

Le pourcentage de cancers attribuables à des facteurs professionnels est estimé à 4 % de l'ensemble des cancers. Ce taux, accepté par les experts de nombreux pays industrialisés, correspond à 8 % chez l'homme et 1 % chez la femme. Il est très probable que ces taux sont sous-estimés dans le cas des cancers broncho-pulmonaires, dont 15 à 20 % pourraient être liés à des agents cancérigènes inhalés sur les lieux de travail, quel que soit le tabagisme.

## La sous-déclaration des cancers professionnels en Europe

Le taux de cancers reconnus comme maladie professionnelle dans les pays européens varie de 5 à 12 % de l'effectif estimé à 4 % du total des cancers. Les données disponibles, très insuffisantes, masquent l'ampleur réelle du problème de santé publique représenté par les cancers professionnels. La médiocre lisibilité sociale de ces cancers contribue à retarder les efforts de prévention. Pour nombre de décideurs médicaux ou administratifs, le problème des cancers professionnels demeure marginal. Pourtant, on estime que, pour 450 millions d'Européens, sur 2 millions de cancers par an, environ 100.000 seraient des cancers professionnels.

En Europe, de nombreux médecins ne sont pas sensibilisés aux problèmes posés par les cancers professionnels et, plus généralement, aux liens entre la santé et les conditions de travail. Les médecins, en particulier les médecins du travail, les oncologues, les spécialistes d'organes concernés, et les personnels des caisses d'assurance maladie ont un rôle majeur à jouer dans la reconnaissance de l'origine professionnelle de certains cancers. Une formation complémentaire est nécessaire. Les points-clés sont la reconstitution systématique du cursus professionnel, la recherche de périodes d'exposition à des cancérigènes sur les lieux de travail, la connaissance des modalités de la déclaration des cancers professionnels, ainsi que l'intérêt individuel, familial et collectif de la reconnaissance.

### Estimation et reconnaissance des cancers professionnels. Quelques données européennes (1999-2000)

	Population (millions)	Nouveaux cancers/an	Estimation des cancers professionnels	Cancers reconnus en maladie professionnelle	% des cas liés à l'amiante
<b>France</b>	57,3	250.000	10.000	900	83
<b>Royaume-Uni</b>	57,5	241.875	9.670	806	82
<b>Allemagne</b>	79,1	367.641	14.700	1.889	75
<b>Belgique</b>	10,2	46.339	1.850	149	70
<b>Danemark</b>	5,1	29.657	1.180	79	76
<b>Finlande</b>	5,2	22.201	890	110	-

## Reconnaissance et réparation dans 13 pays européens

Un forum européen organisé par Eurogip<sup>1</sup> en septembre 2000 a réuni l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal, la Suède et la Suisse. A partir d'un cas de cancer du poumon observé chez un travailleur de l'amiante atteint d'une asbestose, une simulation a comparé les procédures.

- Homme de 50 ans, ancien fumeur. Salaire brut : 2.500 €/mois. Arrêt de travail de 8 mois pour pneumonectomie + chimiothérapie. Reprise du travail impossible. Décès 5 mois plus tard, laissant une veuve avec 2 enfants de 1 et 4 ans. D'un premier mariage, 4 enfants vivants, âgés de 23, 20, 18 et 17 ans.

Les indemnités accordées doivent être analysées en tenant compte de la situation économique de chaque pays.

Les résultats sont les suivants :

- la maladie est reconnue comme professionnelle dans 10 pays sur 13, avec réserves en Grèce, Italie et Suède;
- le facteur tabac est pris en compte dans 3 pays sur 13 (Autriche, Italie, Suède);
- le niveau de prise en charge est de 100 %, sauf en Suède;
- l'indemnité de l'invalidité temporaire pour les 8 mois d'arrêt varie de 5.000 à 23.000 €. Elle est en moyenne de 16.000 €;
- le taux d'incapacité permanente est de 100 % dans 7 pays et varie de 60 à 85 % dans 6 autres;

\*Conseillers médicaux, Ligue Nationale contre le Cancer, Paris

<sup>1</sup> Groupement de l'Institution Prévention de la Sécurité sociale française pour l'Europe. Eurogip vient de publier trois nouveaux rapports sur les maladies professionnelles dont un fait l'état des lieux des cancers professionnels en Europe. Voir : [www.eurogip.fr](http://www.eurogip.fr).

- la prestation mensuelle versée pour l'incapacité permanente varie de 700 à 3.375 €. Elle est en moyenne de 1.800 €. A ce titre, le Danemark attribue un capital (39.375 €) et la Suisse, une indemnité;
- la prise en charge des frais funéraires varie de 0 à 3.865 € (moyenne de 1 470 €);
- la rente mensuelle versée à la veuve varie de 260 à 1.250 €. Elle est en moyenne de 690 €. Le Danemark attribue un capital à la veuve (13.467 €);
- la rente mensuelle par enfant varie de 75 à 500 €. Elle est en moyenne de 250 €;
- le pourcentage du salaire de la victime retenu pour le calcul des prestations aux ayants droit varie de 100 à 50 %. Il est en moyenne de 80 %.

## Les disparités sont importantes en Europe

Les conditions de reconnaissance sont fondées sur des tableaux ou des listes de maladies professionnelles très différents selon les pays. Le principe de présomption d'imputabilité n'est pas admis dans tous les pays et les conditions de son application sont très variables. Les procédures de déclaration répondent à deux logiques différentes. Si la déclaration est faite par le médecin, la prévention est privilégiée. Si elle est laissée à l'initiative du malade, les droits de la victime sont privilégiés. Le montant des prestations versé aux victimes varie d'un pays à l'autre, en fonction du salaire de référence et de la fraction de salaire prise en compte. Le fondement du calcul de l'incapacité permanente est fondé soit sur l'incapacité fonctionnelle, soit sur l'incapacité professionnelle, soit sur la diminution de la capacité de gains.

## Les actions de la Ligue française contre le cancer

En 2000, des brochures sur les cancers professionnels ont été réalisées et diffusées aux médecins du travail, cancérologues, radiothérapeutes et spécialistes confrontés aux cancers professionnels les plus fréquents, pneumologues, oto-rhino-laryngologues, dermatologues, urologues et hématologues. S'inspirant de ce texte, la Fédération belge contre le cancer a réalisé une brochure plus complète destinée aux professionnels. Le but de ces brochures est d'informer les médecins de l'intérêt et des modalités de la déclaration, de les inciter à rechercher dans le passé professionnel de leurs malades atteints de cancer un éventuel contact avec des cancérigènes sur les lieux de travail, à les conseiller sur une éventuelle déclaration ou une consultation en service de pathologie professionnelle. Une traduction de la brochure française en anglais a été adressée aux membres de l'ECL (*European Cancer Leagues*). En collaboration avec la Fédération belge, la Ligue française achève une courte brochure destinée aux médecins généralistes, ainsi qu'une brochure destinée aux enseignants du technique et du professionnel.

Les Sociétés de Pneumologie de Langue Française et de Médecine du Travail ont entrepris conjointement une action de formation des pneumologues français, les incitant à rechercher systématiquement une cause professionnelle chez tous les patients atteints d'un cancer du poumon. Les questionnaires sont édités et routés par la Ligue.

Un site web d'information sur les cancers professionnels est en cours de réalisation. Réalisé avec Sylvie Platel, responsable du Centre d'information et de documentation de la Ligue, il est destiné aux malades et à leurs proches, ainsi qu'au public. Il a l'ambition de couvrir et d'actualiser tous les aspects, administratifs, sociaux, réglementaires, législatifs, des cancers professionnels et d'offrir un forum de discussion.

Le groupe de travail européen sur les cancers professionnels, créé par la Ligue française implique diverses Ligues européennes contre le cancer, dans le cadre de l'ECL. Il fonctionne depuis trois ans, avec le concours du Pr Jean-Claude Pairon. Son but est de persuader les professionnels de l'insuffisante réparation des cancers professionnels en Europe, de rédiger des textes en commun, d'augmenter le nombre de déclarations et d'améliorer la reconnaissance des cancers professionnels et la qualité de leur réparation. ■

Ligue française contre le cancer : <http://www.ligue-cancer.asso.fr/>  
 European Cancer Leagues : <http://ecl.uicc.org/>  
 Union Internationale contre le Cancer : <http://www.uicc.org/>

## France : cancers attribuables à des facteurs professionnels

L'Institut National de Veille Sanitaire vient de publier un rapport d'Ellen Imbernon portant sur une estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France.

Le rapport souligne que les maladies d'origine professionnelle pèsent d'un grand poids sur la santé de la population, et elles sont une des sources majeures des inégalités sociales de santé. Ainsi, le rôle des expositions à des facteurs physico-chimiques en milieu de travail est tel qu'on estime qu'environ la moitié des différences sociales de mortalité par cancer du poumon constatées dans les pays industrialisés est expliquée par l'exposition à des facteurs d'origine professionnelle; or, ces différences sociales sont très fortes, les ouvriers mourant 3 fois plus de cancer du poumon que les cadres. La place des expositions professionnelles à des facteurs physico-chimiques est d'ailleurs du même ordre de grandeur pour les cancers de la vessie, dont les facteurs professionnels expliqueraient la moitié des différences sociales observées pour cette pathologie.

Le rapport met en évidence la sous-déclaration des cancers professionnels. Les taux estimés de sous-déclaration sont eux-mêmes très variables en fonction du type de cancer et du type d'exposition. Le mésothéliome de la plèvre et les cancers du nez sont actuellement les moins mal reconnus (le taux de reconnaissance se situe autour de 50 % des cancers attribuables à des facteurs professionnels). Pour les cancers du poumon, le taux de reconnaissance se situerait autour de 20 % (les reconnaissances concernent pour l'essentiel les cancers du poumon attribuables à l'amiante). Pour les leucémies, le pourcentage de reconnaissances serait de 10 % et pour les cancers de la vessie, il se situerait autour de 1 % avec 7 cas reconnus pour un total de cancers attribuables à des facteurs professionnels qui se situe dans une fourchette allant de 625 à 1.110 cas.

Le texte intégral du rapport peut être consulté sur le site : [http://www.invs.sante.fr/publications/2003/cancers\\_pro/rapport\\_cancer\\_pro.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2003/cancers_pro/rapport_cancer_pro.pdf)

## Les syndicats et l'amélioration de la santé et de la sécurité dans les petites entreprises : les résultats d'une étude de la CES

David Walters\*



Les résultats complets du projet ont été publiés dans l'ouvrage : *Working safely in small enterprises in Europe. Towards a sustainable system for worker participation and representation* (CES 2002).

Avec le soutien de:



Le nombre de blessures d'origine professionnelle, d'accidents et de problèmes de santé recensés dans les petites entreprises atteint un niveau élevé inacceptable. Cette situation ne résulte pas seulement de la dangerosité accrue des activités mais surtout de l'insuffisance des dispositions prises par les petites entreprises en matière de santé et de sécurité.

La directive-cadre 89/391/CEE impose aux employeurs :

- de prendre, dans toutes les entreprises, des dispositions de santé et de sécurité axées sur la *gestion des risques*;
- de mettre en œuvre une *gestion des risques* participative, qui associe les créateurs de risques et les personnes qui y sont confrontées en reconnaissant :
  - la responsabilité fondamentale de l'employeur;
  - la nécessité d'un soutien compétent pour évaluer et maîtriser les risques;
  - le droit des travailleurs à être représentés et associés à ce processus.

Cependant, étant donné les "structures de vulnérabilité" que constituent les petites entreprises, les employeurs et les travailleurs y requièrent un soutien supplémentaire pour répondre à ces exigences. Les efforts entrepris pour élargir ce soutien se sont concrétisés par des stratégies nationales de promotion de la santé et de la sécurité dans les petites entreprises impliquant le recours à des structures intermédiaires et processus "en tandem" ainsi qu'à des approches plus traditionnelles de réglementation. De telles stratégies s'avèrent fructueuses quand elles intègrent l'importance d'une communication en face-à-face dans le domaine de la santé et de la sécurité. La représentation des travailleurs est essentielle dans cette collaboration en tandem – à la fois pour renforcer les actions autonomes prises par les travailleurs pour protéger leur santé et leur sécurité, et pour promouvoir des actions conjointes entre travailleurs et employeurs/managers en matière de santé et de sécurité.

Sur base de ces considérations, la CES a mené un projet, soutenu par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, afin d'examiner dans quelle mesure les modèles de représentation des travailleurs à la santé et à la sécurité contribuent à promouvoir des dispositions préventives dans les petites entreprises. Le projet visait aussi à une meilleure compréhension des stratégies syndicales visant à :

- promouvoir une meilleure consultation dans le

domaine de la santé et de la sécurité;

- renforcer la sensibilisation à la prévention parmi les travailleurs et les employeurs/managers; et
- obtenir des améliorations tangibles de la santé et de la sécurité.

Des exemples de participation représentative à la santé et à la sécurité dans les petites et moyennes entreprises ont été collectés dans quatre pays : l'Italie, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni. Des données ont également été recueillies sur les pratiques du secteur du bois dans plusieurs pays européens. Dans cet article, nous présentons les principaux résultats du projet ainsi qu'une appréciation de leur importance pour la santé et la sécurité des travailleurs des petites entreprises dans l'ensemble de l'Union européenne.

### Ce qui marche et pourquoi

S'il existe de nombreux modes de mise en application des dispositions législatives européennes requérant des approches participatives pour la gestion des risques dans les petites entreprises, plusieurs facteurs semblent promouvoir leur réussite et leur viabilité.

**La participation syndicale :** Pour être fructueuse et viable quelle qu'en soit l'ampleur, la participation représentative à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises requiert un soutien qu'apportent essentiellement les syndicats. Ceux-ci jouent également un rôle politique majeur puisqu'ils sont les instigateurs d'approches participatives tant à l'échelon national que sectoriel ou régional.

D'après l'étude, il est clair que le lieu de travail constitue le niveau fondamental des approches syndicales qui ont été développées. Les représentants régionaux/territoriaux, les comités régionaux/sectoriels et les permanents syndicaux régionaux ou sectoriels ne peuvent se substituer à l'organisation des travailleurs dans les petites entreprises. Dans tous les cas, l'un des objectifs principaux consiste à *favoriser et soutenir le développement de l'organisation des travailleurs en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail*. Ceci transparait clairement, par exemple, dans l'approche des représentants régionaux suédois et dans celle de représentants d'autres pays, par exemple l'Italie et l'Espagne. En aucun cas, la représentation extérieure ne remplace la représentation des travailleurs sur le lieu de travail. Par conséquent, même si de telles initiatives naissent de

\* Professeur TUC, Environnement du Travail, Ecole de Sciences sociales, Université de Cardiff.

David Walters était responsable du rapport général du projet de la CES et, à l'époque, professeur à la South Bank University.

la reconnaissance des difficultés que rencontre l'organisation des travailleurs en matière de santé et de sécurité dans les petites entreprises, elles ne peuvent la remplacer. En être conscient permet de mieux comprendre les stratégies syndicales de développement de modèles durables (par l'organisation sur le lieu de travail soutenue par des structures syndicales/conjointes extérieures) ainsi que l'hostilité politique parfois exprimée par les confédérations patronales.

**Un cadre législatif :** Même si elle est essentielle, la participation syndicale au fonctionnement et à l'amélioration de la participation des travailleurs à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises ne suffit pas. Il ne fait guère de doute que l'existence d'un cadre législatif contribue énormément à leur création et à leur maintien. En atteste avec force l'analyse des expériences menées dans des pays comme la Suède, où les dispositions législatives existent depuis bien longtemps, ou l'Italie, où elles sont plus récentes. La nécessité de dispositions législatives a d'ailleurs également été soulignée dans les commentaires des pays comme l'Espagne et le Royaume-Uni, où les modèles sont pour l'heure essentiellement volontaires.

L'établissement d'un cadre législatif est primordial pour plusieurs raisons. Il instaure des normes minimales légales que les partenaires des petites entreprises sont tenus de respecter. Il constitue un cadre utile auquel peuvent se référer les syndicats et les employeurs dans les conventions collectives. Il permet d'accroître la sensibilisation aux questions de santé et de sécurité et fournit un repère univoque pour les travailleurs et les dirigeants de toutes les petites entreprises. La confirmation juridique de leur droit à la représentation permet aux travailleurs des petites entreprises de prendre de l'assurance et les encourage à intervenir dans des situations où, autrement, la crainte de représailles aurait pu les en dissuader. En outre, la légitimité qu'un cadre juridique peut apporter aux représentants régionaux/territoriaux et à leurs structures d'appui contribue grandement à les faire accepter par tous.

**L'engagement des confédérations syndicales et patronales et des autorités publiques :** Les syndicats ont déployé des efforts considérables, tant sur le plan politique que pratique, pour garantir la réussite de la représentation des travailleurs à la santé et la sécurité dans les petites entreprises. Mais l'engagement des organisations patronales (et les branches de ces organisations qui représentent les intérêts des petites entreprises) revêt lui aussi une importance cruciale. Nous sommes confrontés à une situation quelque peu paradoxale puisque dans tous les pays examinés ce sont les confédérations patronales qui, politiquement parlant, s'opposent généralement le plus vigoureusement aux programmes de renforcement de la participation des travailleurs à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises. Alors que, malgré cette

opposition, les modèles les plus efficaces se révèlent être ceux mis en œuvre dans le cadre de conventions conclues entre syndicats et organisations d'employeurs de petites entreprises (et parfois avec d'autres parties). Ces conventions contribuent à garantir l'engagement des membres tout en assurant des ressources communes pour soutenir la formation et l'information. Les études nationales nous ont également permis d'évaluer dans quelle mesure les représentants eux-mêmes ont accès aux organismes publics, aux services de prévention et aux autres unités d'appui liées à ces organismes.

**Des représentants qualifiés :** A côté d'une légitimation formelle qu'elle soit législative ou conventionnelle - par l'engagement des employeurs des petites entreprises et de leurs confédérations dans les conventions portant sur la représentation régionale/territoriale - les représentants sont à même de nouer des relations fructueuses avec les dirigeants de petites entreprises pour diverses autres raisons. Généralement, les représentants régionaux/territoriaux sont bien informés et sources de précieux renseignements et conseils en matière de santé et de sécurité, ce qui renforce leur légitimité aux yeux des dirigeants de petites entreprises. La formation et l'expérience font partie de leurs principaux atouts. La plupart des systèmes que nous avons examinés ont mis en avant la création d'une structure de santé et de sécurité sur le lieu de travail tout en insistant sur l'importance de la capacité des représentants à effectuer des inspections et à formuler des commentaires contraignants aux chefs d'entreprise concernant les améliorations requises. Les représentants s'engagent donc à créer une structure d'organisation des travailleurs dans les petites entreprises et à établir des liens viables à long terme entre eux-mêmes et les travailleurs des petites entreprises dans lesquelles ils se rendent. Ils sont aussi en mesure d'agir rapidement et d'exercer leur droit d'intervention lorsque la situation l'impose. En outre, leur expérience leur vaut généralement d'entretenir une étroite collaboration avec d'autres intervenants, par exemple les inspecteurs du travail, à qui ils peuvent faire appel si nécessaire. Tous ces facteurs ont contribué à asseoir leur crédibilité.

La protection des intérêts des travailleurs des petites entreprises par des représentants et permanents syndicaux est à la fois structurellement et socialement différente de celle assurée par des formes plus traditionnelles de représentation sur le lieu de travail. Même si quelques principes fondamentaux sous-tendent toutes les formes de représentation des travailleurs, leur application pratique varie en fonction du contexte social et économique. Les systèmes de représentation des travailleurs des petites entreprises en matière de santé et de sécurité doivent donc veiller à tenir compte du contexte dans lequel ils évoluent.

Nos recherches démontrent clairement l'importance des compétences de communication et de la capacité

à agir à différents niveaux, pas seulement vis-à-vis des employeurs et des travailleurs des petites entreprises, mais aussi des inspecteurs du travail, du personnel des services de prévention externes, des médias locaux et d'autres intervenants sociaux et économiques. Une formation qui tient compte de ces besoins particuliers est absolument vitale. De même que les sources d'informations fournies par les syndicats et/ou les organismes bilatéraux créés dans plusieurs régions et secteurs ainsi que le soutien et la coordination des activités des représentants syndicaux régionaux/territoriaux sont indispensables à la réussite de leur mission.

**La reconnaissance de la nécessité d'approches différentes :** Notre étude révèle qu'il n'existe pas d'approche unique à privilégier pour défendre les intérêts des travailleurs en matière de santé et de sécurité dans les petites entreprises. Même si le modèle suédois de représentation régionale est celui le plus fréquemment décliné dans les pays de l'Union européenne, les particularités économiques, réglementaires, sociales et culturelles font que chaque application nationale possède des caractéristiques qui lui sont propres. Les autres types d'initiatives adoptées dans le domaine de la santé et de la sécurité – qu'il s'agisse des services consultatifs pour les travailleurs au Royaume-Uni, des comités sectoriels/régionaux en Grèce, des initiatives syndicales au Danemark, des observatoires syndicaux régionaux en France, ou des comités paritaires et structures bilatérales dans certaines régions et secteurs en Espagne - démontrent que les approches adéquates varient selon le contexte local. Il est de toute évidence plus probable que des approches multiples, tenant compte chacune des circonstances particulières de la région/du secteur en question, s'avéreront globalement plus fructueuses que l'adhésion exclusive à un modèle donné.

**Les ressources :** Tout système adopté pour correspondre au mieux au contexte local implique une certaine disponibilité de ressources. Cette dimension, fondamentale, ne peut en aucun cas être ignorée. Pour qu'elle soit efficace, la participation des représentants des travailleurs à la création et au maintien de mesures en matière de santé et de sécurité requiert inévitablement une formation et une information adéquates ainsi qu'une coordination raisonnablement satisfaisante de leurs activités, ce qui nécessite des ressources. Les retombées bénéfiques des activités des représentants régionaux/territoriaux et d'autres initiatives syndicales en matière de santé et de sécurité dans les petites entreprises nous permettent de prédire que la réduction vraisemblablement considérable des coûts des accidents aura raison du coût de la mise en œuvre et de l'exploitation de ces systèmes.

Le véritable problème ne se situe peut-être pas au niveau du coût des systèmes en termes absolus mais plutôt à celui des bailleurs de fonds. A moins de les

lier aux économies qu'ils génèrent, les investissements seront probablement peu populaires auprès des organismes qui les consentent.

**Les contraintes et obstacles :** Les "structures de vulnérabilité" auxquelles les travailleurs sont confrontés dans les petites entreprises et l'absence généralisée de ressources limitent le développement des compétences d'encadrement, l'information, la formation et la sécurité des sites et de l'équipement. Elles entravent souvent l'accès des travailleurs à la représentation indépendante de leurs intérêts qu'apportent les comités d'entreprise et les syndicats; les travailleurs, tout comme l'employeur, ont une maîtrise parfois très limitée de la gestion de la santé et de la sécurité au travail. Ces vulnérabilités peuvent en outre être accentuées par l'insécurité d'emploi qui règne dans de nombreuses petites entreprises, et le spectre du chômage qu'elle fait planer, par des bénéfices restreints, et par l'important volume de travail illégal (et, par conséquent, non réglementé) et les travailleurs qu'il concerne. Leurs effets négatifs se ressentent à différents niveaux, notamment le faible respect du système réglementaire, l'élaboration de stratégies de recherche d'intérêt personnel faisant rimer gestion de la santé et de la sécurité avec rentabilité, et des relations sociales antidémocratiques et autocratiques. Tout ceci empêche les travailleurs de se sentir capables ou désireux de participer d'une manière fructueuse à la constitution et au maintien de mesures en matière de santé et de sécurité au travail.

C'est dans ce contexte pour le moins ardu que les représentants syndicaux régionaux/territoriaux et leurs homologues s'investissent dans les petites entreprises pour développer des stratégies participatives afin d'améliorer la santé et la sécurité. Il serait plutôt surprenant que dans ces circonstances, rien n'entrave l'efficacité de leur mission. L'ignorance des employeurs vis-à-vis des normes de santé et de sécurité dans ces situations (et leur conviction paradoxale d'être bien informés) est connue de tous. Leur maîtrise limitée des questions de santé et de sécurité se conjugue souvent à une formation sommaire et à une piètre compréhension de la gestion en général. Les représentants syndicaux éprouvent donc les plus grandes difficultés à exploiter pleinement le potentiel de leur rôle. Par conséquent, les représentants régionaux (ou leurs homologues) doivent souvent se contenter de mener des inspections et enquêtes sur des infractions spécifiques aux normes législatives, de répondre aux plaintes (souvent anonymes) des travailleurs à propos de manquements précis et d'informer les employeurs de la nécessité d'y remédier. Ils jouent en quelque sorte le rôle de substitut de l'inspecteur du travail.

Si ces mesures sont facilement perçues comme nécessaires dans les cas d'infractions délibérées ou de négligences entraînant un risque pour les travailleurs, elles le sont beaucoup moins lorsqu'il s'agit

de jouer essentiellement un rôle de catalyseur de l'organisation des travailleurs sur le lieu de travail.

Les employeurs ne sont, par ailleurs, pas les seuls à poser des entraves à l'exécution de la mission des représentants régionaux/territoriaux (même s'il est vraisemblable que la majeure partie leur incombe). Les travailleurs eux-mêmes peuvent hésiter à s'impliquer dans le domaine de la santé et de la sécurité. Les représentants régionaux/territoriaux font état des difficultés qu'ils rencontrent pour encourager et créer des structures de santé et de sécurité sur le lieu de travail lorsque celui-ci en est entièrement dépourvu. D'après l'étude, il en va ainsi dans la plupart des pays. Les problèmes sont dus au manque de sensibilisation aux questions de santé et de sécurité des travailleurs des petites entreprises et à leur insécurité d'emploi. Ces problèmes s'avèrent particulièrement épineux dans les très petites entreprises.

## Aller de l'avant

L'étude de la CES confirme l'importance du rôle joué par les syndicats dans la promotion et le maintien d'initiatives visant à établir des structures de représentation des travailleurs et à améliorer la santé et la sécurité dans les petites entreprises. Elle atteste de l'intérêt de l'engagement syndical dans ce processus sur le plan macro-politique comme sur celui de l'encouragement et du soutien des structures organisationnelles établies à l'échelon régional et sectoriel et dans l'entreprise. Elle démontre qu'idéalement plusieurs appuis importants devraient être mis en place pour que ces activités portent leurs fruits, en particulier des dispositions législatives et des conventions collectives qui reconnaissent les problèmes spécifiques de la mise en application de programmes de santé et de sécurité dans les petites entreprises et qui soutiennent et maintiennent les efforts en ce sens par des droits de représentation correspondant aux besoins des travailleurs de ces entreprises. Il est regrettable, qu'à ce jour, ceci ne soit devenu réalité que dans une minorité de pays de l'Union européenne.

Cependant, nous l'avons signalé, les droits légaux et les conventions collectives ne suffisent pas. D'autres intervenants (y compris parmi les syndicats) des systèmes nationaux de santé et de sécurité et au niveau de l'Union européenne doivent être convaincus de l'importance de la contribution des stratégies participatives à l'amélioration de la santé et de la sécurité dans les petites entreprises. Il s'agit notamment des employeurs et de leurs organisations, des autorités publiques, des organisations d'assurance et des organismes professionnels. Même si nous espérons que l'étude de la CES contribuera à renforcer cette sensibilisation, nous sommes conscients que beaucoup de chemin reste à parcourir.

La diffusion d'information aux niveaux international, national et sectoriel a ici un rôle à jouer. Il est

important de préciser clairement que diverses approches permettent d'obtenir de meilleurs systèmes de participation à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises, mais que toutes requièrent un engagement des participants à les soutenir et à les maintenir. La disponibilité d'un plus grand nombre de données sur les pratiques les plus fructueuses dans les différents contextes économiques nationaux et sectoriels contribuerait grandement à sensibiliser à l'importance du rôle joué par la représentation et la participation en matière de santé et de sécurité au travail. Il serait par exemple intéressant de mieux connaître les techniques d'encouragement à la création de structures de santé et de sécurité dans les petites entreprises les plus souvent mises en œuvre par les représentants régionaux/territoriaux et leurs homologues, ainsi que celles qui s'avèrent les plus efficaces et pour quelles raisons. Il serait utile d'en savoir plus sur les types d'obstacles auxquels se heurtent les systèmes de participation et les moyens de les surmonter. Il est tout aussi important de connaître les critères d'une formation de qualité répondant aux besoins spécifiques des représentants impliqués dans ces systèmes.

La plupart des systèmes examinés sont relativement récents, certains sont d'ailleurs toujours en phase pilote. Il est bien entendu irréaliste d'espérer une réponse immédiate à toutes ces questions. Cependant, si l'on veut encourager une adoption généralisée de ces programmes (et nous pensons que leur intérêt a été suffisamment démontré pour qu'il en soit ainsi), c'est ce type d'information qui contribuerait à garantir une mise en œuvre adéquate.

L'expérience des grandes entreprises nous a démontré que les syndicats et les représentants des travailleurs contribuent sensiblement à l'amélioration du niveau de santé et de sécurité. Les participants et les observateurs des systèmes représentatifs que nous avons analysés estiment que ceux-ci contribuent de la même manière à améliorer la santé et la sécurité. Des théories solides étayaient cette conviction. Cependant, celle-ci doit encore en grande partie être démontrée et, si les arguments en faveur de la représentation des travailleurs ne manquent pas, ce sont plutôt les avantages économiques qui pourraient convaincre les employeurs et les bailleurs de fonds.

L'étude de la CES présente différentes initiatives prises par les organisations syndicales qui ont développé de nouvelles approches pour remplir leur rôle fondamental d'encouragement, d'application et de soutien de la représentation des travailleurs en matière de santé et de sécurité dans les petites entreprises. Il est évident qu'il s'agit d'une nouvelle dimension du rôle de l'organisation syndicale confrontée à de nombreux défis dans ce monde du travail en pleine mutation. Il est cependant manifeste que les syndicats redoublent d'efforts pour relever ces défis. ■

Les partenaires de la CES pour ce projet : la CISL, l'UIL et Sindnova en Italie, le TUC et la South Bank University au Royaume-Uni, les CC.OO et l'ISTAS en Espagne, LO en Suède, la Fédération européenne des travailleurs du bâtiment et du bois, la CFDT en France et le BTS qui a apporté une expertise technique et l'aide à la coordination du projet.

Des informations supplémentaires sur ce projet sont disponibles sur internet:  
<http://www.etuc.org/tutb/fr/pme.html>

## Révision de la liste européenne des maladies professionnelles

Depuis 1966, il existe une liste européenne des maladies professionnelles. Celle-ci a été révisée en 1990. Par rapport aux maladies professionnelles reconnues dans les Etats membres, la liste de 1990 était manifestement trop sommaire. De nombreuses maladies n'y figuraient pas. C'est pourquoi la liste devrait être révisée courant 2003.

Les organisations syndicales ont fait connaître leurs positions. Elles estiment que la révision proposée est positive mais insuffisante. Elles sont surtout préoccupées par le choix de la Commission de s'en tenir à un instrument non contraignant, une recommandation. La pratique a montré la très faible efficacité d'une telle approche.

Aujourd'hui encore, plus de quarante ans après la première recommandation qui cherchait à rapprocher les pratiques nationales (1962), la situation dans les Etats membres est marquée par de fortes inégalités. D'après une enquête d'Eurogip publiée en décembre 2002, l'écart entre le pays qui reconnaît le plus de maladies professionnelles et celui qui en reconnaît le moins est de l'ordre de 50 à 1. En effet, en 2000, la France a reconnu 177 cas nouveaux de maladies professionnelles pour 100.000 travailleurs assurés tandis que l'Irlande en a reconnu 3,3. Ce qui est plus inquiétant encore, c'est de constater les reculs de nombreux pays où, pour mettre en oeuvre une politique d'austérité, les victimes de nombreuses maladies causées par le travail ne sont pas indemnisées. Les reculs les plus impressionnants se sont produits en Autriche, en Belgique, en Finlande, en Italie et en Suède.

Dans sa stratégie communautaire pour la santé et la sécurité 2003-2006, la Commission annonce qu'elle a l'intention de stimuler le *benchmarking* (comparaison des

résultats) entre les Etats en ce qui concerne le nombre de maladies professionnelles. L'on voit mal quel rapport cet indicateur peut avoir avec la réalité de la santé au travail étant donné les énormes inégalités qui existent dans les systèmes de reconnaissance et d'indemnisation. Le choix d'une recommandation n'est pas susceptible de stimuler le rapprochement des pratiques nationales. ■

Pour plus d'information, voir : <http://www.etuc.org/tutb/fr/bts-info2.html#arret31>

## Trois arrêts de la Cour de justice sur la directive-cadre

La Cour de justice des Communautés européennes s'est prononcée le 22 mai 2003 sur les recours en manquement concernant la transposition de la directive-cadre par les Pays-Bas et le Luxembourg. Les deux affaires portent sur les services de prévention (art. 7 de la directive).

Dans le cas du Luxembourg, la Cour condamne le fait que cet Etat n'a pas défini les capacités et aptitudes nécessaires du personnel chargé de mener les activités de prévention. En ce qui concerne les Pays-Bas, la Cour de justice soutient la position de la Commission suivant laquelle une priorité doit être accordée à la mise en place d'une structure interne pour mener les activités de prévention et le recours à des compétences externes ne doit avoir qu'un caractère subsidiaire.

Le 12 juin 2003, la Cour a rendu son arrêt concernant la représentation des travailleurs en santé et sécurité au Portugal. Elle rejette le recours en manquement de la Commission.

Le Portugal a été le premier pays communautaire à transposer la directive-cadre par le décret-loi 491 du 14 novembre 1991. Cependant, la plupart des dispositions de ce décret-loi sont restées largement

inappliquées notamment en ce qui concerne la représentation des travailleurs dans le domaine de la santé et sécurité.

Le problème principal est le suivant : le décret-loi de 1991 permet la formation d'une représentation mais les textes concernant les modalités pratiques pour l'élection de ces délégués (notamment l'organisation concrète d'élections dans les entreprises) n'ont pas été adoptés. De tels textes réglementaires étaient pourtant explicitement prévus par le décret-loi de 1991.

Dans son arrêt, la Cour de justice soutient la position du gouvernement portugais. Elle ne considère pas qu'il y a un manquement aux obligations de la directive en dépit de la non application pratique de celle-ci. Le fait qu'un nombre très faible d'entreprises disposent d'une représentation pour la santé et la sécurité n'était contesté par personne.

Cet arrêt semble inspiré par une conception très formaliste de l'obligation des Etats d'appliquer le droit communautaire. ■

Références : Affaire C-441/01, Commission c/ Pays-Bas, arrêt du 22 mai 2003; Affaire 335/02, Commission c/Luxembourg, arrêt du 22 mai 2003; Affaire C 425/01, Commission c/ Portugal, arrêt du 12 juin 2003.

## Autriche : condamnation des discriminations à l'encontre des travailleurs turcs

La Cour de justice des Communautés européennes a condamné la discrimination dont sont victimes les travailleurs turcs en Autriche en ce qui concerne l'élection des chambres du travail.

Les chambres du travail sont des organes de représentation dont les membres sont élus par l'ensemble des travailleurs salariés sur des listes présentées par différentes tendances politiques. Elles jouent un rôle important dans le domaine de la santé et de la sécurité. Les tra-

vailleurs qui n'ont pas la nationalité autrichienne peuvent prendre part à l'élection mais ne peuvent pas être élus. La législation autrichienne a étendu l'éligibilité aux travailleurs ayant la nationalité d'un pays de l'Union européenne.

Dans cette affaire, la Chambre du travail de Voralberg a défendu la législation discriminatoire en prétendant assimiler la représentation des travailleurs à un emploi dans la fonction publique. Son argumentation a été rejetée par la Cour.

Une question préjudicielle a été soumise à la Cour de justice à la suite d'une plainte présentée par une liste dont cinq candidats avaient été rayés en raison de leur nationalité turque. La Cour indique que la législation autrichienne qui refuse le droit d'éligibilité aux travailleurs turcs est incompatible avec l'accord d'association de 1980 entre l'Union européenne et la Turquie. ■

Référence : Affaire C-171/01, Arrêt du 8 mai 2003.

## Espagne : annulation des normes techniques concernant la gestion de la santé au travail

En 1996, l'Association Espagnole de Normalisation (AENOR) avait adopté une série de trois normes UNE 81900 concernant la gestion de la santé au travail. Ces normes avaient été adoptées de manière provisoire. A l'époque, les organisations syndicales espagnoles avaient critiqué l'adoption de normes techniques par un organisme privé dans un domaine essentiellement de nature sociale (voir *Newsletter du BTS* n° 6, 1997, pp. 18-20).

Le 7 mars 2003, le comité AEN/CTN 81 de l'AENOR a examiné la situation de ces normes à la lumière de l'expérience de ces dernières années. Il a décidé l'annulation définitive des normes concernant la gestion de la santé au travail de manière à éviter toute confusion.

Les questions liées à la gestion de la santé au travail dans les entreprises ne relèvent pas de normes techniques privées élaborées unilatéralement. Elles relèvent de la législation en vigueur, d'accords entre les organisations syndicales et le patronat et de l'action autonome des organisations syndicales. L'annulation signifie que si des entreprises mettent en place un système de gestion de la santé au travail, elles ne pourront pas l'établir uniquement sur la base de normes techniques et que les certifications obtenues sur la base des normes en question n'auront aucune valeur pour l'inspection du travail et pour les organisations syndicales.

L'annulation a été décidée par une majorité très nette : 17 voix en faveur de l'annulation, 3 en faveur d'une révision des normes et 2 abstentions. Les normes annulées sont les trois normes adoptées en 1996 ainsi qu'une norme complémentaire adoptée en 1997 :

- UNE 81900:1996 EX
- UNE 81901: 1996 EX
- UNE 81902:1996 EX
- UNE 81905:1997 EX

Les organisations syndicales, l'Institut National pour la Sécurité et l'Hygiène au Travail, les représentants des administrations publiques ainsi que la confédération patronale espagnole CEOE ont voté en faveur de l'annulation. ■

### Une meilleure protection des travailleurs exposés à l'amiante

Le Conseil et le Parlement européens sont arrivés à un accord sur la nouvelle directive concernant la protection des travailleurs exposés à l'amiante. La proposition initiale avait été présentée par la Commission en juillet 2001. Il s'agissait, après l'interdiction de l'amiante, de recentrer les mesures de protection sur les travailleurs qui continueront à être les plus menacés, principalement dans des activités liées à l'entretien, la transformation ou la démolition de bâtiments ou d'équipements contenant de l'amiante.

Dans l'ensemble, ce texte constitue une nette amélioration par rapport aux dispositions antérieures. La valeur limite pour les expositions à l'amiante a été fixée à 0,1 fibre par cm<sup>3</sup> mesurée sur une moyenne pondérée de 8 heures. Auparavant, il y avait une valeur limite de 0,6 fibre par cm<sup>3</sup> pour le chrysotile et 0,3 fibre pour les autres variétés d'amiante. L'exclusion des travailleurs de certains secteurs a été supprimée.

La directive contient cependant des lacunes importantes. Elle exclut de son champ d'application les travailleurs indépendants. Cela permet à un employeur qui veut contourner la directive de faire réaliser des travaux par un indépendant sans devoir adopter les mesures de prévention prévues. Or, les professions liées au bâtiment comptent de nombreux travailleurs indépendants.

D'autres revendications du mouvement syndical n'ont pas reçu de réponse. Il s'agit notamment des modalités de contrôle des entreprises autorisées à travailler dans les chantiers de démolition et de désamiantage, de la tenue de registre des bâtiments contenant de l'amiante. En ce qui concerne les travaux de démolition et de désamiantage, la directive se situe en retrait par rapport à la Convention n° 162 de l'Organisation Internationale du Travail de 1986 dont l'article 17 prévoit que ces travaux ne doivent être entrepris que par des employeurs ou entrepreneurs reconnus par l'autorité compétente comme étant qualifiés pour exécuter de tels travaux et ayant été habilités à cet effet. Le problème du contrôle des compétences des entreprises effectuant des travaux de désamiantage avait pourtant été soulevé dans les Conclusions du Conseil du 7 avril 1998 qui ont constitué le point de départ pour l'élaboration de la directive du 27 mars 2003. ■

Les principaux documents relatifs à l'élaboration de cette nouvelle directive peuvent être consultés sur le site du BTS : <http://www.etuc.org/tutb/itr/amiante.html>

### La Chine : deuxième producteur mondial d'amiante

Depuis 2000, la Chine a dépassé le Canada dans la production d'amiante et est devenue le deuxième producteur mondial après la Russie. Avec 360.000 tonnes produites en 2001, la Chine assure près de 18 % de la production mondiale contre un peu plus de 5 % au début des années 90. Au niveau mondial, si la production mondiale d'amiante avait connu un déclin marqué entre 1990 et 1999 (passant de 4 millions de tonnes à un peu moins de 1,8 millions), elle semble s'être stabilisée depuis autour de 2 millions de tonnes. Il s'agit d'une production doublement concentrée : par pays (six pays assurent plus de 95 % de la production mondiale) et entre les mains d'un très petit nombre d'entreprises qui constituent un lobby puissant. D'après l'Organisation Internationale du Travail, l'exposition à l'amiante sur les lieux de travail serait responsable de la mort de 100.000 personnes par an. ■

Sources : U.S. Geological Survey Minerals Yearbook, 2001 et communiqué de presse du BIT, 24 mai 2002.

### Conférence syndicale en Grèce

Une importante conférence syndicale sur la santé et la sécurité a été organisée à l'initiative de la Confédération Générale des Travailleurs de Grèce au Pirée du 3 au 5 avril 2003. La CES, le BTS et l'ELINYAE (Institut Hellénique de Santé au Travail) ont collaboré à son organisation.

L'objectif de la conférence était de débattre des stratégies syndicales en santé au travail et, plus particulièrement, de discuter des différentes expériences nationales concernant la contribution des systèmes de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles aux politiques de prévention. Il s'agissait de réfléchir à une meilleure visibilité des problèmes de santé au travail et au rôle

que peuvent jouer des incitants économiques tels que les variations des cotisations liées au nombre d'accidents ou de maladies.

La conférence s'est déroulée dans un contexte chargé d'émotion. Le matin de son ouverture, un accident grave a provoqué la mort de six ouvriers à Corinthe. Le même jour, différents secteurs étaient en grève pour dénoncer l'agression des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne contre l'Irak. Le président de la CGT grecque a établi le lien entre ces deux événements. Il s'est adressé à la conférence en rappelant les valeurs fondatrices du syndicalisme. Il a montré que l'agression contre l'Irak exprimait le même mépris de la vie humaine que la gestion quotidienne de nombreuses entreprises. Les participants étrangers ont pu se rendre compte de la forte mobilisation de la population grecque contre la guerre.

Plus de 200 militants syndicaux ont pris part à la conférence. En plus des rapports sur la situation grecque, de nombreux rapports ont été consacrés aux pays de l'Union européenne (Irlande, Suède, Belgique, France, Espagne) ainsi qu'aux pays candidats (Estonie, Lettonie, Pologne, Tchéquie, Slovaquie, Slovénie, Roumanie, Bulgarie, Malte et Chypre). Ce vaste échange d'expériences a permis de dégager un certain nombre d'objectifs communs. Une synthèse des travaux a été présentée par Marc Sapir, directeur du BTS. ■

### Europe communautaire et normes internationales du travail

Dans de nombreuses déclarations, l'Union européenne mentionne la nécessité de promouvoir des normes internationales du travail. Qu'en est-il dans la pratique ? A-t-on amélioré les relations avec l'Organisation Internationale du Travail ?

Le 27 mai 1998, la Commission adoptait une recommandation

demandant aux Etats de l'Union européenne de ratifier le Convention n° 177 de l'OIT concernant le travail à domicile. A cette date, la Finlande avait déjà pris la décision de ratifier (la ratification formelle a été reçue le 17 juin 1998). Ultérieurement, seuls deux Etats ont ratifié la convention. Il s'agit de l'Irlande (22 avril 1999) et des Pays-Bas (31 octobre 2002).

De façon générale, les Etats de l'Union européenne continuent à miner les normes internationales du travail en ne ratifiant que très rarement les conventions adoptées. On peut passer en revue les conventions les plus importantes dans le domaine de la santé au travail adoptées depuis 1985. La convention n° 161 de 1985 sur les services de santé au travail n'a été ratifiée que par trois Etats communautaires (Allemagne, Finlande et Suède<sup>1</sup>). La convention n° 162 de 1986 sur l'amiante a été ratifiée par sept Etats communautaires (Allemagne, Belgique, Espagne, Finlande, Portugal, Pays-Bas, Suède). La convention n° 167 de 1988 sur la sécurité et la santé dans la construction par cinq pays (Allemagne, Danemark, Finlande, Italie, Suède). La convention n° 170 de 1990 sur les produits chimiques, qui n'était ratifiée que par la Suède (en 1992, avant son entrée dans l'Union européenne), a fini par être ratifiée aussi par l'Italie en juillet 2002. La convention n° 171 de 1990 sur le travail de nuit a été ratifiée par deux pays communautaires (Belgique et Portugal). Le même score a été atteint par la convention n° 174 de 1993 sur la prévention des accidents majeurs (Pays-Bas et Suède). La convention n° 176 de 1995 sur la sécurité et la santé dans les mines a eu plus de succès avec 7 ratifications (Allemagne, Autriche, Espagne, Finlande, Irlande, Portugal et Suède). La convention n° 183 de 2000 sur la protection de la maternité n'a été ratifiée que par l'Italie. La convention n° 184 sur la sécurité et la santé dans l'agriculture n'a été ratifiée par aucun pays communautaire. Sur l'ensemble de ces 9 conventions concernant la santé au travail, le

taux de ratification n'atteint pas 25 % (29 ratifications pour un total théorique de 135).

L'on remarquera que quatre Etats n'ont pas ratifié une seule des conventions adoptées entre 1985 et 2002 dans le domaine de la santé et de la sécurité. Il s'agit de la France, de la Grèce, du Luxembourg et du Royaume-Uni.

Il y a deux raisons majeures pour exiger une ratification des conventions de l'OIT, notamment dans le domaine de la santé au travail. La cohérence de l'approche communautaire a tout à gagner d'un soutien aux normes internationales du travail. D'une part, l'on voit mal comment l'Europe sociale pourrait se construire comme une forteresse isolée et les normes de l'OIT constituent un contrepoids face aux tentatives de transformer le travail en une marchandise dans des conditions de plus en plus précaires. D'autre part, les normes de l'OIT sont souvent complémentaires par rapport aux dispositions des directives communautaires. Loin de constituer un obstacle à l'application de celles-ci, elles permettent la mise en place d'une politique plus systématique. Ainsi, la convention n° 161 permet de donner un contenu plus concret à la notion de services de prévention, et certaines dispositions de la convention sur la protection de la maternité comblent des lacunes de la directive concernant cette matière (notamment en ce qui concerne l'allaitement). ■

<sup>1</sup> La Suède et l'Allemagne sont loin d'appliquer les dispositions de cette convention qui prévoit la formation de services multidisciplinaires rendus progressivement accessibles à tous les travailleurs (voir le Dossier spécial sur les services de prévention dans cette Newsletter).

### Meurtres d'entreprise et impunité

Dans tous les pays d'Europe, les accidents du travail, même mortels, n'aboutissent pas souvent à la condamnation des employeurs qui en sont responsables. Les particularités

du système juridique britannique entraînent dans les faits une immunité presque totale lorsque l'entreprise où des travailleurs sont morts possède une structure complexe.

L'impossibilité de faire aboutir des poursuites pénales contre les responsables de la compagnie P&O à la suite du naufrage du *Free Herald Enterprise* en mars 1987 dans le port de Zeebrugge avait suscité une émotion particulière. 150 passagers et 38 membres de l'équipage avaient péri. L'enquête avait mis en évidence de très graves négligences de la part de la direction de la compagnie. Cependant, les poursuites pénales ne purent pas aboutir. A la suite de ces événements, différentes réformes furent proposées. Il s'agit de créer un nouveau délit concernant les homicides d'entreprise permettant de poursuivre les dirigeants d'une société ayant commis des négligences qui ont provoqué la mort de travailleurs.

Une première proposition dans ce sens avait été élaborée par la *Law Commission* en 1996. Beaucoup pensaient qu'avec le retour au gouvernement des travaillistes en 1997, l'adoption de cette loi ne tarderait pas. Depuis, plus de 2.000 travailleurs ou personnes du public sont morts dans des accidents liés au travail. D'après David Bergman, au cours de ces dix dernières années, seules 11 entreprises ont fait l'objet de poursuites pour des homicides. Les poursuites n'ont abouti à une condamnation que pour quatre d'entre elles. Il s'agissait uniquement de petites entreprises avec une structure de direction très simple. En tout, 2 chefs d'entreprise ont été emprisonnés sur la base de cette inculpation<sup>1</sup>.

Le thème avait été repris par le discours de la Reine en 2000 et, lors de la préparation des élections générales de 2001, le parti travailliste s'était engagé dans son manifeste électoral à l'adoption d'une loi sur les homicides d'entreprise. Les élections gagnées, la promesse fut oubliée. De commission

en commission, la proposition qui remonte à 1996 n'a pas vraiment progressé. Le 11 mars 2003, un certain nombre de parlementaires tant du parti travailliste que des partis d'opposition se sont prononcés pour l'adoption rapide d'une nouvelle loi mettant un terme à cette quasi-immunité. Cette initiative est appuyée par une forte campagne syndicale. Des dizaines de milliers de cartes postales ont été envoyées à Tony Blair pour lui rafraîchir la mémoire et lui demander de permettre la poursuite de chefs d'entreprise qui ont provoqué des homicides au travail.

Finalement, le 21 mai 2003, le secrétaire d'Etat aux affaires intérieures, David Blunkett, a annoncé que le gouvernement déposerait prochainement un projet de loi<sup>2</sup>. Après six ans de tergiversation, ce premier pas est un succès pour les organisations syndicales et les défenseurs de la santé au travail. Il apparaît cependant que les intentions du gouvernement sont assez limitées. Si des amendes sont prévues pour les entreprises qui portent la responsabilité de la mort de travailleurs, leurs dirigeants ne pourront pas être poursuivis pénalement sur une base individuelle. Plusieurs fédérations syndicales comme le GMB (une des principales fédérations qui représente surtout l'industrie) et l'UCATT (fédération syndicale de la construction) ont dénoncé cette limite. Le secrétaire général de l'UCATT a déclaré : "Dans les cas les plus sérieux, la sanction devrait inclure l'emprisonnement des dirigeants individuels. Si des peines de prison peuvent être infligées pour la cruauté envers les animaux ou la mort de quelqu'un en dehors du travail, il n'y a aucune raison pour qu'une telle sanction ne puisse pas être appliquée pour la mort au travail".

Pour sa part, la confédération patronale CBI se réjouit du projet et salue le "sens commun" qui a prévalu de la part du gouvernement en rejetant de sanctionner pénalement les dirigeants d'entreprise. ■

Pour plus d'information, voir :  
<http://www.hazards.org/postcard/index.htm>  
<http://www.corporateaccountability.org/index.htm>  
[http://business.unisa.edu.au/cobar/corpresp/case\\_studies/study3.htm](http://business.unisa.edu.au/cobar/corpresp/case_studies/study3.htm)

<sup>1</sup> Article publié dans *The Observer*, 2 février 2003. <http://www.observer.co.uk/business/ethics/story/0,12651,887010,00.html>  
<sup>2</sup> "Directors Escape Jail for Work Deaths", *The Guardian*, 21 mai 2003. <http://society.guardian.co.uk/crimeandpunishment/story/0,8150,960488,00.html>.

### Agents physiques : La nouvelle directive bruit adoptée

La première directive individuelle concernant les agents physiques, la directive 2002/44/CE relative à la protection des travailleurs contre les vibrations a été adoptée le 25 juin 2002 (voir notre analyse dans la *Newsletter du BTS* n° 17, de juin 2001, pp. 17 à 20 et n° 18, de mars 2002, pp. 28 et 29).

En février 2003, la deuxième directive, la directive 2003/10/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés au bruit, a été adoptée par le Conseil et le Parlement européen. Il aura fallu 17 ans pour procéder à la révision et

remplacer l'ancienne directive 86/188/CE (voir notre analyse dans la *Newsletter du BTS* n° 17, pp. 14 à 16). Le texte fixe des valeurs limites d'exposition (87dB(A) et des valeurs d'exposition déclenchant l'action (80 dB(A) et 85 dB(A)). Elle doit être transposée dans les législations nationales pour le 15 février 2006. Des délais supplémentaires pour son application sont accordés pour les secteurs de la navigation en mer (5 ans), et de la musique et du divertissement (2 ans). ■

### La directive Champs électromagnétiques au Conseil

La troisième directive, celle concernant la protection des travailleurs contre les champs électromagnétiques, est en voie d'adoption par le Conseil (voir notre analyse en page 17 et l'article en page 12 de ce numéro). ■

### Travailleurs indépendants : une recommandation du Conseil

Le Conseil a adopté, en février 2003, une recommandation visant

à l'amélioration de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs indépendants. Les partenaires sociaux avaient été consultés sur la proposition de cette recommandation début 2001. La CES avait exprimé sa déception quant au choix de l'instrument communautaire proposé, une recommandation n'ayant qu'une portée très limitée et non contraignante. La CES plaide pour une approche plus avancée et plus efficace basée sur trois axes :

- l'extension des obligations des employeurs à l'ensemble des travailleurs (salariés ou non) sur les conditions desquels il exerce un contrôle ;
- l'adoption de dispositions générales permettant d'inclure les problèmes de santé et de sécurité concernant les travailleurs indépendants dans l'évaluation des risques et la planification des activités préventives dès lors que le recours à des travailleurs indépendants est régulier et prévisible, et de prévoir des mesures dans le cadre des rapports contractuels entre entreprises et travailleurs indépendants ; et
- la définition, par les Etats membres,

de mécanismes permettant la surveillance médicale, l'information et la formation de ces travailleurs.

La CES demandait une directive spécifique concernant la santé et la sécurité des travailleurs indépendants (voir [www.etuc.org/tutb/fr/bts-info1a.html](http://www.etuc.org/tutb/fr/bts-info1a.html)). ■

2003/134/EC - Recommandation du Conseil du 18 février 2003 portant sur l'amélioration de la protection de la santé et de la sécurité au travail des travailleurs indépendants.

### Lancement du dialogue social sur le stress au travail

Comme prévu dans leur programme de travail 2003-2005, les partenaires sociaux européens ont organisé, en février 2003, un séminaire conjoint sur le stress au travail afin d'examiner les possibilités d'entamer des négociations sur cette question. Les partenaires sont convenus de lancer les négociations pour élaborer un accord volontaire.

Nous rendrons compte de l'issue des négociations dans un prochain numéro de notre *Newsletter*. ■

### La sécurité des équipements de travail. Stratégies pour impliquer les utilisateurs dans l'amélioration des normes techniques

Conférence BTS-SALISA, 12-13 juin 2003, Bruxelles



Le rapport de cette conférence ainsi que les contributions des intervenants seront présentés dans le prochain numéro de notre *Newsletter*, Numéro spécial à paraître en novembre 2003.

### Une stratégie commune de santé et de sécurité pour une Europe élargie

Conférence CES-BTS, 30-31 janvier 2004, Bruxelles



Un dépliant présentant la première annonce et l'appel à présentations est joint à ce numéro de la *Newsletter*.

<http://www.etuc.org/tutb/fr/elargissement.html>

## La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues

Laurent Vogel

A paraître courant 2003, ce livre sera également disponible en anglais sous le titre : *The gender workplace health gap in Europe*

Cette nouvelle publication du BTS analyse en termes de genre les politiques de santé au travail et fournit quelques exemples pratiques tant en ce qui concerne la production de connaissances que l'action de transformation des conditions de travail.

Dès sa création, le BTS a tenté d'aborder la dimension de genre en santé au travail. En 1999, nous avons publié un livre dirigé par Karen Messing *Comprendre le travail des femmes pour le transformer* qui présentait des expériences québécoises centrées sur le lien entre la défense de la santé au travail et la lutte pour l'égalité des hommes et des femmes. Ce livre venait manifestement à son heure. Il a suscité un intérêt certain dont témoigne son édition en six langues différentes.

Parallèlement, d'autres initiatives venaient souligner l'importance de la dimension de genre en santé au travail. A trois reprises entre 1996

et 2002, un congrès mondial "Femmes, santé et travail" a été organisé. Chaque fois, des chercheurs de disciplines très variées, des militantes féministes et des syndicalistes se retrouvaient dans des débats d'une grande richesse.

A la fin de l'année 2000, le BTS a décidé de dresser un premier état des lieux de la situation dans les pays de l'Union européenne. Il s'agissait de faire le point - de façon non exhaustive - sur des initiatives dans le domaine de la recherche, des activités préventives, de l'action syndicale et des politiques nationales. Malgré les moyens limités dont nous disposions, l'enquête nous a permis de recueillir de nombreux éléments d'information. Cent cinquante personnes ou institutions ont répondu à nos questionnaires et des dizaines d'autres nous ont fait parvenir de la documentation.

*La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues* part des résultats de cette enquête. Le livre contient deux parties. La première présente une analyse générale des données fournies par l'enquête. Elle formule des éléments destinés à nourrir la réflexion sur l'action syndicale. Elle offre également un aperçu critique de la politique communautaire. La deuxième partie contient huit études de cas qui portent sur une ample

gamme de problématiques et proviennent de différents pays. Les thèmes abordés dans les études de cas sont les suivants :

- le vieillissement du personnel hospitalier;
- la flexibilité au travail et la souffrance mentale des travailleuses des centres d'appel;
- les conditions de travail des caissières, les femmes dans des métiers traditionnellement masculins du secteur du bâtiment;
- les recherches sur la vie au travail des Finlandaises;
- les principaux résultats du premier rapport allemand sur la santé des femmes;
- une analyse des postes de travail exposés à des substances dangereuses à forte proportion de personnel féminin;
- une intervention syndicale sur la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale dans le secteur de l'automobile;
- des initiatives syndicales dans le secteur des services en ce qui concerne l'intensité du travail.

Chacune de ces études de cas illustre l'apport d'une analyse de genre pour une meilleure connaissance des problèmes de santé au travail et pour une lutte plus efficace en vue de transformer les conditions de travail et de promouvoir l'égalité. ■

## La mondialisation des normes techniques. Impact et enjeux pour la santé et la sécurité au travail

Sous la direction de Theoni Koukoulaki et Stefano Boy



Coédition BTS/SALISA  
2002, 116 pages,  
16 x 24 cm  
ISBN: 2-930003-45-6,  
20 €  
Disponible également  
en anglais

technique, la normalisation était essentiellement un exercice national. Aujourd'hui, les activités liées à la production industrielle s'exercent presque totalement aux plans européen et international : dans un marché globalisé avec une forte intensification du commerce international, l'utilisation de normes internationales est perçue par les fabricants comme une clef pour accéder aux marchés et favoriser le commerce.

Ce livre donne des éléments du contexte dans lequel se déroule le processus de normalisation européen où s'opère ce glissement progressif de l'élaboration des normes vers le plan international. Il vise à illustrer certains aspects du débat actuel sur la manière dont la normalisation européenne et internationale, telle qu'elle est élaborée au sein de l'ISO et de l'IEC, peut affecter la santé et la sécurité des travailleurs en Europe. ■

### Au sommaire :

- Du CEN à l'ISO et retour : les ouvertures et les difficultés pour l'application de la directive Machines, par Ian Fraser
- De l'EN 292 à l'EN 12100 : évolution des principes de conception de machines sûres entre 1985 et 2002, par Jean-Paul Lacore
- Les systèmes de commande de machines relatifs à la

sécurité : opportunités et enjeux pour le CEN et la CEI, par Maurizio D'Erme

- Les normes relatives à la charge de travail mental – la série de normes EN ISO 10075 : de l'ISO au CEN, par Friedhelm Nachreiner
- Le manuel européen d'orientation sur le stress lié au travail et les normes internationales relatives à la charge de travail mental – Aspects complémentaires et différences, par Lennart Levi



Le nouveau catalogue des publications du BTS est disponible sur demande.

Pour plus d'informations :  
<http://www.etuc.org/tutb/fr/publication.html>

Contact : Janine Delahaut – jdelahau@etuc.org  
Tél.: +32/2/224 05 52 – Fax: +32/2/224 05 61  
BTS – 5 bd du Roi Albert II – B-1210 Bruxelles