

Services de prévention et surveillance médicale : la nécessité de nouvelles initiatives communautaires

Le respect de l'obligation patronale de sécurité dépend de différents facteurs. L'expérience montre que trois éléments jouent un rôle particulièrement important: l'existence d'une représentation des travailleurs défendant de façon autonome leurs intérêts, celle d'un contrôle public exercé généralement par l'inspection du travail et l'intervention de services de prévention capables d'évaluer les différents aspects de la vie du travail à partir d'un point de vue indépendant, introduisant le point de vue de la santé dans des entreprises dont la finalité est différente.

La Directive-cadre communautaire de 1989 poursuivait l'objectif de généraliser la couverture des travailleurs par des services de prévention. L'article 7 est consacré à ces services. Il a été rédigé de façon à permettre aux Etats membres d'envisager une grande variété de solutions pratiques possibles et cette extrême flexibilité a malheureusement été souvent utilisée pour procéder à des transpositions minimalistes, voire pour éviter toute transposition réelle de la directive sur ce point. De notre point de vue, l'article 7 contient cependant un cadre général d'exigences minimales qui doivent être interprétées en fonction de l'économie d'ensemble de la Directive-cadre. En particulier, il convient de tenir compte de l'article 6 de la directive qui fournit, à la fois, une indication de la hiérarchie des actions préventives (avec une priorité accordée à l'élimination des risques et à une modification des conditions collectives, techniques et organisationnelles du travail) et une définition très large des champs d'intervention des politiques de prévention. Cette dernière définition implique que les expertises nécessaires ne se limitent pas à une seule discipline.

Une zone d'ombre dans l'application de la Directive-cadre

Le bilan général de l'application de la Directive-cadre montre que les progrès accomplis dans la mise en place de services multidisciplinaires de prévention couvrant l'ensemble des travailleurs sont limités. Dans trois des principaux Etats de l'Union, la transposition

de la directive n'a pas été effectuée ou s'est bornée à modifier quelque peu les formulations législatives précédentes sans réellement rencontrer les exigences substantielles de la directive (Allemagne, France et Royaume-Uni). Dans les pays où il existait déjà une expérience de services multidisciplinaires, différents facteurs ont contribué à en empêcher la généralisation à l'ensemble des travailleurs, voire les ont affaiblis (c'est surtout le cas de la Suède, mais les autres pays nordiques ont également manqué de généraliser la couverture assurée par les services de prévention). Dans d'autres pays, des transpositions ont été dans le sens général de la Directive-cadre tout en laissant subsister parfois des lacunes importantes. Ainsi, en Italie, la définition des compétences professionnelles requises n'a toujours pas été effectuée.

Au-delà de la formation de services multidisciplinaires et de leur généralisation à l'ensemble des entreprises, la question de leur contribution à la prévention n'a pas toujours été abordée de façon cohérente. En particulier, l'on observe la tendance – dans de nombreux pays – à vouloir déterminer les interventions préventives à partir de la seule demande contractuelle de l'entreprise «cliente» ou «employeur» avec une définition des priorités qui ne correspond pas nécessairement aux besoins des travailleurs. Aux Pays-Bas, en particulier, l'accent mis sur la lutte contre l'absentéisme suscite des préoccupations réelles sur le danger représenté par une sélection des travailleurs sur la base de la santé (au point que de nouvelles règles ont dû être élaborées pour limiter les tests médicaux à l'embauche). Dans d'autres pays, l'indépendance professionnelle des opérateurs des services semble mal garantie dans la pratique. Certains Etats ont même permis aux employeurs eux-mêmes d'assurer les tâches des services de prévention (possibilité prévue à titre exceptionnel par la Directive-cadre à condition que les Etats membres définissent des règles précises encadrant cette exception) sans même définir les compétences requises (cas du Royaume-Uni) ou en autorisant des dérogations très larges par rapport aux modestes conditions de formation prévues (Italie). Dans les pays où il existe une

dualité de services (services médicaux et de sécurité), la coopération entre ces deux instances est souvent problématique et les services médicaux tendent à se concentrer sur une approche individuelle sans pouvoir intervenir sur les choix techniques et organisationnels qui sont à l'origine des pathologies observées.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que la précarisation du travail a pour conséquence une détérioration des conditions de travail dans de nombreux secteurs. Plus de cinq ans après l'entrée en vigueur de la Directive-cadre, il apparaît que de nouvelles initiatives communautaires sont indispensables.

Une initiative finlandaise

Il est possible que les prochaines présidences du Conseil des ministres de l'Union Européenne par la Finlande (second semestre 1999) et par la Suède (premier semestre 2001) créent des conditions plus favorables à une relance de l'initiative communautaire dans ce domaine. A cet égard, la tenue à Helsinki en septembre 1998 d'une réunion préparatoire d'un symposium international sur la santé au travail pour les Européens est un événement encourageant. L'objectif de cette réunion était de préparer un document analysant la situation des services de santé au travail dans les pays de l'Union Européenne (ainsi que dans les pays de l'Espace Economique Européen) et permettant de définir les perspectives de leur développement.

Sur la base de la présentation de treize rapports nationaux, le séminaire d'Helsinki a constaté l'énorme disparité des situations nationales, la couverture très variable des travailleurs par des services de prévention (de 25% à 100% selon les pays) et le non respect des exigences minimales de la Directive-cadre.

Le séminaire a souligné l'importance de nouvelles stratégies destinées à répondre aux problèmes posés par la précarisation du travail. Il s'est également préoccupé de l'insuffisance de la collecte et du traitement d'informations sur les atteintes à la santé provoquées par le travail. Une véritable politique de recherche communautaire dans ce domaine constitue une priorité pour les prochaines années. Elle devrait s'appuyer sur les activités de la Fondation de Dublin (pour l'amélioration des conditions de vie et de travail) et de l'Agence de Bilbao (sur la santé et la sécurité).

Le séminaire a insisté sur l'importance des mécanismes de contrôle de la qualité des services existants et sur la définition de règles éthiques assurant l'orientation préventive des services et la pleine indépendance professionnelle de leurs opérateurs. Les modalités de financement des services ont également été discutées.

La conférence de Vienne

Par ailleurs, de nombreux débats nationaux portent actuellement sur l'activité de ces services et tendent à mettre en évidence des retards importants et l'existence de nombreux facteurs qui affectent l'efficacité préventive de leur action. Une réunion d'un sous-réseau «Services de santé au travail» du Réseau Européen Risques du Travail a été organisée à Vienne du 25 au 27 septembre avec la participation d'opérateurs de prévention de sept pays européens. Cette réunion a considéré que les problèmes les plus importants se concentraient dans cinq domaines:

- la surveillance de santé;
- le contrôle de l'absentéisme;
- la promotion de la santé;
- les rapports entre la santé au travail et les changements dans l'organisation du travail;
- le caractère multidisciplinaire des services de prévention.

Les difficultés du débat communautaire

Si les deux récentes initiatives que nous venons de mentionner montrent que les préoccupations syndicales sont partagées par la plupart des institutions qui désirent améliorer la prévention, il serait illusoire de penser qu'une politique communautaire plus efficace et plus cohérente pourra être définie de façon consensuelle.

Différentes difficultés devront être affrontées. Actuellement, l'activité de la Commission en ce qui concerne les services de prévention évolue dans deux directions. L'on peut du reste s'interroger sur la cohérence d'ensemble de ses politiques.

D'une part, la Commission doit veiller à la transposition correcte des directives. Les contacts pris entre la Commission et les Etats membres ne font l'objet d'aucune information au sein du Comité consultatif de Luxembourg (l'instance tripartite chargée de suivre les questions de santé au travail) pas plus qu'au

Parlement Européen (qui dans les faits est privé d'exercer une action de contrôle dans ce domaine). En dépit du caractère secret des initiatives qui ont été prises, il est certain que la question des services de prévention constitue un objet de contentieux entre la Commission et de nombreux Etats de l'Union Européenne. Nous ne disposons pas d'informations précises sur l'ensemble des questions que la Commission a soulevées dans des lettres adressées aux Etats ni sur les critères d'interprétation de l'article 7 de la Directive-cadre qui ont été adoptés par la Commission. Actuellement, aucune procédure en manquement n'a été engagée devant la Cour de Justice des Communautés Européennes et nous ignorons quand la Commission se décidera à agir au plan judiciaire.

D'autre part, la Commission doit dégager des enseignements des différentes expériences nationales d'application des directives. Des rapports nationaux sur l'application ont dû être élaborés. Bien que ces rapports aient dû être également soumis aux organisations patronales et syndicales, il semble bien que le caractère tripartite de leur élaboration ait été considéré d'un point de vue assez formel dans bien des Etats. Sur la base des expériences nationales, un certain nombre de problèmes communs peuvent être identifiés qui devraient donner lieu à une clarification communautaire, notamment en ce qui concerne la composition des services, la garantie de leur indépendance professionnelle et la participation des travailleurs à leur fonctionnement. Cela pourrait prendre différentes formes. La pause législative que l'on observe pratiquement depuis cinq ans ne saurait plus se justifier face à l'ampleur des problèmes laissés sans réponse. Faudra-t-il amender la Directive-cadre ou des directives particulières, conviendrait-il d'adopter des directives couvrant des domaines peu ou mal couverts? Dans l'immédiat, l'élaboration d'instruments d'interprétation communautaires devrait permettre d'affronter les besoins les plus urgents. La ratification de la convention n°161 de l'OIT constituerait également un progrès significatif pour la majorité des Etats communautaires.

Les travaux du Comité consultatif de Luxembourg

Le Comité consultatif de Luxembourg a décidé, dès 1995, d'engager un débat sur les services multidisciplinaires de prévention. Cela reflétait la prise de conscience des nombreux problèmes communs aux différents

pays européens. Un groupe *ad hoc* a été constitué pour préparer le débat. Le mandat de ce groupe a été étendu aux problèmes soulevés par la surveillance de santé. Pour les représentants syndicaux, le groupe ne devrait pas se limiter à dresser un état des lieux. Ses travaux devraient servir de base à l'élaboration par la Commission d'instruments d'interprétation précisant le contenu des directives communautaires et proposant une sorte de code de bonnes pratiques. Un tel instrument pourrait prendre la forme d'une communication de la Commission.

Le démarrage des travaux du groupe a été particulièrement lent. Le groupe ne s'est réuni pour la première fois qu'en mai 1997. Deux autres réunions ont été tenues en 1998. A l'occasion de la première réunion, le groupe a pu examiner différents documents proposés par la Commission et, notamment, un rapport élaboré par des experts danois sur l'état des services de prévention. Les moyens limités de l'étude danoise (faite sur la base de réponses officielles à un questionnaire) ne permettaient pas de couvrir de façon exhaustive l'ensemble des situations nationales. L'étude formule cependant des propositions et des recommandations utiles.

L'examen de cette étude au sein du groupe de travail a montré que la matière était particulièrement sensible. Certains représentants gouvernementaux semblaient surtout préoccupés par les éventuelles procédures judiciaires que la Commission pourrait engager sur la base d'une transposition insuffisante de la Directive-cadre et ne tenaient pas tellement à discuter au niveau communautaire de leur situation nationale. Néanmoins, à mesure que la discussion avançait, une attitude plus ouverte a été adoptée. Les représentants patronaux s'opposaient à toute tentative de définition d'une politique communautaire sur ces questions. Ils voulaient réduire l'activité du groupe *ad hoc* à une simple compilation de l'information disponible sur les situations nationales.

Pour éviter un blocage des discussions, les représentants syndicaux ont présenté des propositions précises et concrètes tant en ce qui concerne les services de prévention qu'en ce qui concerne la surveillance médicale. En ce qui concerne la surveillance de santé, six questions prioritaires ont été identifiées et les représentants syndicaux ont proposé que le texte élaboré au sein du Bureau International du Travail «Principes techniques et éthiques de surveillance de la santé des travailleurs» serve de cadre de référence à une discussion communautaire. La plupart des représentants gou-

vernementaux ont marqué leur intérêt pour qu'une discussion sérieuse soit engagée sur la base des textes présentés par les représentants syndicaux. Par contre, les représentants patronaux ont utilisé tous les artifices possibles de procédure sans jamais présenter leurs propres positions. En fait, nous ignorons si le patronat européen a une position commune sur cette question si ce n'est de dire obstinément «non» à tout ce qui est mis à l'ordre du jour.

S'il apparaissait que le thème est trop conflictuel pour permettre des progrès au sein d'un organisme tripartite tel que le Comité de Luxembourg, les Etats membres et les institutions communautaires devraient trouver les moyens adéquats pour protéger la santé des travailleurs dans ce domaine. Il y a là un intérêt public supérieur aux intérêts économiques privés. Presque dix ans après l'adoption de la Directive-cadre, l'on ne peut nier sérieusement l'échec relatif de l'action communautaire en ce qui concerne la constitution de services multidisciplinaires de prévention. Il serait irresponsable de vouloir attendre que le patronat européen se convainque de la nécessité de changer de politique sur ce point. La Commission et les Etats membres qui forment la décision au Conseil, le Parlement européen et les organisations syndicales devraient considérer cette question comme une des priorités dans le domaine de la santé au travail. Après les changements de majorité gouvernementale intervenus en France et en Allemagne, la possibilité d'atteindre une majorité qualifiée au Conseil sur un texte qui, sur la base de l'expérience de cette décennie, améliore les dispositions existantes ne nous apparaît pas comme un objectif impossible à atteindre. ■

Laurent Vogel

Pour plus d'informations : lvogel@etuc.org

Vous pouvez consulter les documents préparés par le BTS, pour le Groupe Travailleurs du Comité consultatif de Luxembourg, sur notre site internet: www.etuc.org/tutb/fr/bts-info1.html:

- Contribution du Groupe Travailleurs soumise au groupe *ad hoc* "services multidisciplinaires de prévention et surveillance médicale";
- La surveillance de santé dans les directives et recommandations communautaires;
- Prise de position des représentants du Groupe Travailleurs concernant la discussion sur la surveillance médicale.