



Réponse à la commission (lettre du 7 avril 2006)

Executive Summary

La contribution des organisations syndicales à la stratégie communautaire en santé et sécurité s'exerce de manières multiples et à différents niveaux. On peut distinguer :

1) L'action syndicale et, en particulier, les actions revendicatives dans les entreprises et l'activité de plus d'un million de représentants des travailleurs pour la sécurité.

2) La participation dans un cadre bipartite, en particulier par la négociation collective et les autres formes de dialogue social.

3) La participation institutionnelle dans un cadre tripartite.

4) L'action dans la société notamment sous la forme de campagnes politiques, de sensibilisation, etc...

Pendant la période 2002-2006, l'élargissement de l'Union Européenne a également impliqué un renforcement significatif des coopérations entre les syndicats des anciens Etats membres et ceux des nouveaux Etats membres ainsi que des pays candidats.

En ce qui concerne le bilan de la stratégie 2002-2006 et les perspectives pour la stratégie 2007-2012, la CES reprend entièrement les positions qui ont été élaborées par le groupe travailleurs du comité consultatif pour la santé et la sécurité en mai 2006. Elle souligne que :

1) L'objectif d'harmonisation des conditions de travail par la voie législative reste une priorité. La CES se prononce contre toute tentative de dérégulation dans ce domaine. Elle demande en particulier l'adoption d'une directive sur les troubles musculo-squelettiques et un renforcement des dispositions concernant les risques chimiques et les agents cancérogènes.

2) La nouvelle stratégie devrait définir des objectifs précis en identifiant les moyens d'action et en fixant des échéances claires. Elle devrait accorder la priorité à des objectifs structurels tel que le renforcement des systèmes de prévention et la prise en compte de la santé et de la sécurité dans l'élargissement de l'Union Européenne.

3) Les politiques de santé au travail doivent être mieux liées aux politiques de l'égalité entre hommes et femmes.

4) La Commission devrait renforcer les ressources dont elle dispose dans ce domaine de la santé au travail.

La contribution des organisations syndicales à la stratégie communautaire en santé et sécurité s'exerce de manières multiples et à différents niveaux. Une réponse exhaustive aux questions posées par la Commission demanderait un rapport de plusieurs centaines de pages. Nous avons décidé de nous en tenir à un texte concis où nous cherchons à identifier les tendances principales, les progrès accomplis et les facteurs de blocage. Par ailleurs, nous joignons à cette lettre la déclaration du groupe

travailleurs du comité consultatif pour la santé et la sécurité qui a été élaborée au cours du premier semestre 2006. Ce document constitue une plate-forme importante que la Confédération européenne des syndicats appuie sans réserve. Il précise quelle est notre évaluation de la stratégie suivie entre 2002 et 2006 et indique notre vision de la stratégie communautaire pour la période 2007-2012.

La santé et la sécurité sur les lieux de travail constituent une priorité essentielle de l'action syndicale. Leur contribution est assurée de façon articulée. L'on peut distinguer notamment :

- Le travail accompli par la Confédération Européenne des Syndicats en tant que telle et par l'institut spécialisé qu'elle a créé pour la santé au travail : le Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité fondé en 1989 et devenu, depuis le 1^{er} avril 2005, le département santé et sécurité de l'ETUI-REHS.
- L'activité des différentes Fédérations Syndicales Européennes.
- L'activité des différentes confédérations syndicales nationales avec leur propre réseau de fédérations sectorielles et d'organisations régionales ou territoriales.

Ces activités se situent à différents niveaux :

1. Action syndicale et, en particulier, actions revendicatives dans les entreprises et activités des représentants des travailleurs pour la sécurité.
2. Participation dans un cadre bipartite, en particulier par la négociation collective et les autres formes de dialogue social.
3. Participation institutionnelle dans un cadre tripartite.
4. Action dans la société notamment sous la forme de campagnes politiques, de sensibilisation, etc...

A chacun de ces quatre niveaux, la santé et la sécurité a constitué un champ d'activité important pendant la période 2002-2006. Pendant cette période, l'élargissement de l'Union Européenne a également impliqué un renforcement très significatif des coopérations entre les syndicats des anciens Etats membres et les syndicats des nouveaux Etats membres ainsi que des pays candidats. Dans les nouveaux Etats membres, il n'est pas exagéré de relever que les syndicats ont été la principale force à demander une transposition complète et efficace des directives communautaires en la matière. Ils ont également réalisé un travail très vaste d'information et de sensibilisation. L'on retrouve la même tendance dans les pays candidats. Ainsi, en Roumanie, une Fédération syndicale du secteur de la Chimie a formé au sein de presque chacune de ses sections d'entreprise des militants syndicaux chargés de prendre part à l'évaluation des risques. Cette formation systématique est d'un bon niveau et elle est reconnue par les autorités gouvernementales.

Action syndicale et, en particulier, actions revendicatives dans les entreprises et activités des représentants des travailleurs pour la sécurité.

Au niveau des entreprises, une partie importante de l'action syndicale en santé et en sécurité passe par les représentants des travailleurs pour la santé et la sécurité. L'existence d'une structure de représentation des travailleurs est la condition

indispensable de toute participation des travailleurs dans le domaine de la santé et de la sécurité. De nombreuses enquêtes mettent en évidence le lien direct entre l'existence d'une représentation des travailleurs dans les entreprises et la qualité de la politique de prévention menée par celles-ci.

Certes, par sa seule existence, une telle représentation ne suffit pas nécessairement à rendre la participation effective mais l'expérience montre que, quand une telle représentation n'existe pas, les formes de participation directe préconisées parfois par le patronat ne sont qu'un rideau de fumée. Dans certains pays de l'Union européenne, des réglementations ont été adoptées en vue d'organiser une telle "participation directe" dans les entreprises dépourvues de mécanismes de représentation. C'est le cas du Royaume-Uni et de la Belgique. Ces réglementations n'ont produit aucun résultat positif. Le droit à la représentation collective des travailleurs est garanti dans la directive-cadre de 1989.

Il existe actuellement plus d'un million de représentants pour la sécurité qui appartiennent à une organisation syndicale en Europe. C'est un simple ordre de grandeur dans la mesure où des statistiques précises ne sont pas disponibles dans l'ensemble des pays européens. Les situations sont également très variables d'un pays à l'autre. Ainsi, en Finlande, on compte environ 36.000 syndicalistes avec un mandat de représentants pour la sécurité sur une population de travailleurs salariés d'un peu plus de 2,3 millions de personnes (données de l'année 2003). Les données disponibles pour le Danemark reflètent un ordre de grandeur très semblable : 38.000 représentants des travailleurs pour la sécurité pour environ 2,8 millions de travailleurs. A l'opposé, au Portugal, l'existence d'une représentation des travailleurs reste tout à fait exceptionnelle en raison de la mauvaise volonté du gouvernement qui n'a adopté les textes réglementaires permettant d'organiser l'élection de tels représentants à l'échelle nationale que quatorze ans après la transposition de la directive-cadre. Actuellement, il n'y a au Portugal que quelques centaines de représentants des travailleurs pour la sécurité et ils ne couvrent qu'une soixantaine d'entreprises (données transmises par une des Confédérations syndicales portugaises en mai 2006).

L'efficacité des systèmes de représentation dépend dans une assez large mesure de la capacité des organisations syndicales de fournir un appui suffisant à ces représentants. Chaque année, des centaines de milliers de ces représentants bénéficient d'une formation qui, dans la plupart des cas, est assurée directement par les organisations syndicales ou avec leur participation. Au cours de ces dernières années, les organisations syndicales ont renforcé leurs dispositifs de formation notamment en articulant des activités de formation « classiques » avec de la formation à distance. Ils ont accordé une importance particulière au développement de méthodes permettant une participation majeure des travailleurs aux activités de prévention, notamment en ce qui concerne l'évaluation des risques. La proportion de représentants des travailleurs pour la sécurité qui ont bénéficié d'une formation spécifique est variable en fonction des pays, des secteurs et de la taille des entreprises. Dans l'ensemble, ce pourcentage est relativement élevé. Par exemple, en Autriche 90 % des membres de la confédération des syndicats d'Autriche qui ont un mandat de représentant pour la sécurité ont bénéficié d'une formation grâce à la coopération entre leur organisation syndicale et les Chambres du travail. Un important travail d'information est également menée par les organisations syndicales vis-à-vis des ces représentants : il existe une dizaine de journaux ou revues spécialisées dont certains ont un tirage

important. Au cours de ces dernières années, de nombreux sites web ont été créés par les organisations syndicales pour fournir une information rapide et précise à ces représentants. Dans certains pays, des cabinets ou des instituts d'expertise spécialisés en santé et en sécurité ont été mis en place par les organisations syndicales. Une de leurs principales activités est de soutenir l'action de ces représentants.

Pourtant, dans la majorité des pays européens, une quantité importante de travailleurs est privée d'une telle représentation. Différents facteurs contribuent à cette situation :

1. Généralement, les dispositions législatives fixent des seuils à partir desquels une représentation des travailleurs pour la santé et la sécurité doit être formée. Ces seuils varient considérablement d'un pays à l'autre. Lorsqu'ils sont très élevés (par exemple, 50 travailleurs en Belgique), le système de représentation ne couvre qu'une partie assez limitée de l'ensemble des travailleurs. La situation des petites et moyennes entreprises est particulièrement préoccupante. Les indicateurs concernant les accidents du travail indiquent qu'elles connaissent des taux d'accident généralement très supérieurs à la moyenne sectorielle et, de façon générale, les PME tendent à n'accorder qu'une attention limitée à la prévention.
2. Indépendamment des dispositions législatives, les niveaux de syndicalisation varient beaucoup d'un pays à l'autre. Cela a également une influence sur la couverture des travailleurs par des systèmes de représentation même dans les pays où une représentation non syndicale est théoriquement possible.
3. Les travailleurs intérimaires et d'autres catégories de travailleurs précaires sont généralement dépourvus de représentants pour la sécurité.

Pour le mouvement syndical, la couverture de l'ensemble des travailleurs par des formes de représentation en santé et en sécurité constitue un des objectifs centraux de la période à venir. Une évaluation quantitative du pourcentage de travailleurs couverts par des représentants pour la sécurité devrait constituer un des éléments du suivi des conditions de travail dans l'Union Européenne. Il s'agit d'un indicateur prédictif important lorsqu'on évalue la cohérence des politiques nationales de prévention. L'institution de représentation territoriale et sectorielle pour la santé et la sécurité pourrait améliorer la situation de nombreuses PME et y créer les conditions minimales d'une participation des travailleurs à la prévention. De tels systèmes existent déjà à une large échelle en Suède et, de façon plus limitée ou expérimentale, dans d'autres pays comme l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni. D'autres formules peuvent également contribuer de façon positive à une meilleure représentation des travailleurs pour la santé et la sécurité. Il s'agit notamment de comités de site où se retrouvent différentes entreprises travaillant sur un même site de production. En France, sur la base du bilan de la catastrophe d'AZF à Toulouse, la création de tels comités de site est prévue pour les établissements classés niveau haut dans le cadre de la directive Seveso.

A l'initiative des organisations syndicales, les thèmes de la santé et sécurité ont été mis à l'ordre du jour d'un certain de comités d'entreprise européens. Dans certains d'entre eux, des commissions spécialisées ont été formées de manière à garantir la continuité de l'action dans ce domaine. Les résultats sont variés : ils vont d'un simple

échange d'expériences à la définition d'une politique commune et de mesures concrètes de prévention sur des questions particulières (par exemple, la prévention des troubles musculo-squelettiques dans un groupe du textile, les rapports avec la sous-traitance dans un groupe de la sidérurgie, etc...).

Participation dans un cadre bipartite, en particulier par la négociation collective et les autres formes de dialogue social.

L'on peut constater une attention accrue portée à la santé et à la sécurité dans la négociation collective. La complémentarité entre une base législative complète et cohérente et la négociation collective apparaît comme un facteur important d'efficacité des stratégies de santé au travail. Loin d'être une alternative à la législation, la négociation collective permet d'améliorer le niveau défini par la législation, de le compléter par des mesures pratiques de mise en oeuvre et de définir de façon plus précise des objectifs et des moyens adaptés aux différents secteurs. Par ailleurs la législation continue à jouer un rôle indispensable en assurant une couverture complète de l'ensemble des travailleurs par des dispositions caractérisées par une plus grande sécurité juridique.

Dans plusieurs pays, les organisations syndicales ont analysé systématiquement l'apport de la négociation collective et ont défini sur cette base des orientations pour la rendre plus dynamique et plus systématique en santé au travail. On note en particulier des dispositions qui permettent :

- une meilleure articulation des politiques de santé au travail et d'environnement en rendant les comités de santé et de sécurité compétents dans ce dernier domaine ;
- une formation plus systématique des travailleurs sur les questions de santé et de sécurité ;
- l'extension des dispositions existantes dans une entreprise donneuse d'ordre à des travailleurs de la sous-traitance (surveillance de la santé, évaluation des risques, formation sur la santé et la sécurité ; etc...).

Un certain nombre d'accords collectifs ont permis la mise en place d'organismes paritaires spécialisés dans le domaine de la santé au travail. Leurs missions peuvent être très diverses : promouvoir l'information et la formation, définir des politiques de prévention dans un secteur déterminé, assurer le suivi et l'évaluation des conditions de travail et de leur impact sur la santé, mettre en place des systèmes de contrôle et de règlement des différends, etc...

Au niveau européen, l'on constate une évolution qui va dans le sens d'une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité par les acteurs syndicaux et patronaux européens. On peut mentionner l'accord européen sur le stress et différentes initiatives sectorielles (accords, guides de bonnes pratiques, projets liés à des interventions préventives, etc...). Ces accords européens posent la question de leur articulation avec les négociations collectives nationales dans la mesure où ils sont généralement dépourvus de toute efficacité directe et doivent passer par une transposition nationale.

Participation institutionnelle dans un cadre tripartite

La participation institutionnelle dans un cadre tripartite existe dans tous les pays de l'Union Européenne en ce qui concerne la santé au travail. Dans la pratique, les niveaux de participation restent assez inégaux. Dans certains pays, les syndicats sont associés étroitement à la définition, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des stratégies publiques de prévention. Dans d'autres pays, les consultations sont moins systématiques et parfois plus formelles. En Espagne, la stratégie nationale de prévention inclut des « plans de choc » contre les accidents du travail dans les entreprises qui dépassent de façon significative la moyenne sectorielle. Les organisations syndicales sont devenues un acteur central de ces plans de choc. L'inspection du travail leur communique la liste des entreprises concernées et soutient l'envoi d'experts syndicaux dans ces entreprises pour analyser les raisons des taux élevés d'accidents. Une telle coopération a fourni des résultats positifs. En Pologne, les organisations syndicales fournissent ce qu'on appelle les « inspecteurs sociaux » qui sont investis de responsabilité dans le contrôle de l'application des règles de santé et sécurité au travail. En République Tchèque, les organisations syndicales disposent également de 76 inspecteurs (à temps plein ou à temps partiel) qui contribuent au contrôle de l'application de la législation concernant la santé au travail dans les entreprises. Dans de nombreux pays de l'Union Européenne, il existe des systèmes paritaires ou tripartites sectoriels pour le contrôle de l'application des règles et la promotion de la prévention où les organisations syndicales jouent un rôle important. C'est tout particulièrement le cas dans des secteurs comme la construction ou les mines. Il est probable que le niveau élevé des accidents du travail dans ces secteurs a facilité la mise en place de structures paritaires ou tripartites. L'expérience de certains pays comme la Suède montre cependant qu'une telle approche peut donner des résultats positifs dans tous les secteurs.

A travers leur participation institutionnelle tripartite, les organisations syndicales se sont efforcées d'atteindre plusieurs objectifs. Parmi les objectifs communs à tous ou à la plupart des pays de l'Union Européenne, l'on peut citer notamment :

1. Une transposition cohérente des directives communautaires qui ne se limite pas à une simple photocopie de celles-ci et qui permette une articulation correcte avec le système national de prévention de chaque pays.
2. La reconnaissance du fait que la simple transposition législative n'est qu'une première étape et qu'elle doit être accompagnée par la définition et la mise en oeuvre d'une stratégie nationale de prévention dotée de moyens suffisants.
3. Le renforcement des systèmes nationaux d'inspection du travail et, de façon plus générale, des dispositifs publics destinés à améliorer la prévention. En particulier, les organisations syndicales soulignent l'importance du développement d'organismes de recherche scientifiques compétents et indépendants. Elles préconisent également une collecte plus systématique des données concernant les conditions de travail et leur impact sur la santé.
4. Une meilleure intégration de la dimension de genre en santé au travail.
5. Un renforcement des services de prévention.
6. Une meilleure articulation entre les politiques de santé au travail, d'une part, et les politiques de santé publique et de l'environnement, d'autre part.
7. La reconnaissance que les politiques concernant le vieillissement démographique doivent inclure une intervention destinée à améliorer les conditions de travail de manière à garantir le maintien en activité des travailleurs dans des conditions compatibles avec leur santé. Dans plusieurs

pays, cette question est actuellement abordée dans des négociations sur la pénibilité au travail.

8. Une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles. Sur ce point, le fait que les dispositions communautaires existantes sont uniquement des recommandations constitue un obstacle de taille à une harmonisation des situations existantes.

Il existe cependant un domaine où la participation des organisations syndicales se heurtent à des obstacles très importants dans la presque totalité des pays de l'Union Européenne. Il s'agit de la normalisation technique. Dans ce domaine, les dispositions de la directive-machines restent très largement inappliquées. Cela constitue un obstacle significatif à la réalisation de l'objectif d'atteindre la sécurité intrinsèque maximale pour les équipements de travail. Le problème se pose pour l'ensemble des politiques de régulation et de surveillance du marché (y compris, le fonctionnement des organismes notifiés). Dans tous ces domaines, la participation syndicale reste marginale. Différentes recherches ont montré le potentiel trop souvent négligé d'une approche participative de la conception des équipements de travail comme un facteur important pour améliorer la santé et la sécurité. La Commission devrait veiller à la mise en application d'un principe de participation qui est vital pour assurer la complémentarité entre les règles du marché et la politique communautaire de santé et de sécurité. Des problèmes récents comme le retrait partiel de la norme EN 143/2000 sur les équipements de protection respiratoire montrent à quel point il est dangereux d'accorder à l'industrie un pouvoir d'influence exorbitant dans la détermination des règles du marché.

Action dans la société notamment sous la forme de campagnes politiques, de sensibilisation, etc...

Les organisations syndicales sont également des acteurs importants dans la société. Elles contribuent à donner une visibilité majeure aux questions de santé et de sécurité, à interpeller les gouvernements et les parlements sur la cohérence des politiques de prévention et à sensibiliser la société sur le rôle joué par les conditions de travail dans les inégalités sociales de santé. L'on peut rappeler les campagnes syndicales menées en vue de l'interdiction de l'amiante dans plusieurs pays européens et par la CES dans l'Union Européenne. D'autres campagnes thématiques ont été menées au cours de la période 2002-2006. Sans être exhaustif on peut signaler parmi les thèmes que l'on retrouve dans plusieurs pays de l'Union Européenne : les cancers causés par des expositions professionnelles, le travail précaire, les troubles musculo-squelettiques, la santé reproductive (avec notamment une forte campagne syndicale concernant les éthers de glycol en France), la santé et la sécurité des travailleurs migrants (avec, dans le cas des travailleurs polonais en Allemagne, une coopération entre les organisations syndicales des deux pays concernés), le harcèlement psychologique et la violence au travail, le stress, l'exposition passive à la fumée du tabac, etc... Au niveau de l'Union Européenne, on mentionnera tout particulièrement la campagne de la CES pour une réglementation plus ambitieuse de la production et la mise sur le marché des produits chimiques autour du projet de règlement REACH. Par ailleurs, les publications du BTS (jusqu'en avril 2004) et ensuite du département santé et sécurité de l'ETUI-REHS ont connu une diffusion importante, notamment dans les nouveaux Etats

membres et les pays candidats. Certaines d'entre elles ont été publiées dans une douzaine de langues différentes. Cela a contribué à élaborer une approche commune des problèmes de la prévention au sein du mouvement syndical des différents pays européens.

Au-delà de ces campagnes spécifiques, les organisations syndicales ont organisé des actions (y compris, dans certains pays, sous la forme de grèves générales) contre la précarisation du travail. Aujourd'hui, en santé et en sécurité, la précarisation est un élément déterminant qui fragilise l'ensemble des politiques de prévention. Les organisations syndicales la combattent dans ses conséquences et s'efforcent également de la combattre à la source. Elles considèrent que les différentes stratégies de dérégulation du droit du travail contribuent de façon très forte à cette précarisation des formes d'emploi et des conditions de travail. Toute stratégie en santé au travail qui négligerait cet aspect risque d'être inefficace et incohérente.

Bilan de la stratégie 2002-2006 et perspectives pour la stratégie 2007-2012

Nous reprenons entièrement les positions qui ont été élaborées par le groupe travailleurs du comité consultatif pour la santé et la sécurité qui sont jointes à cette lettre.

Nous voudrions cependant souligner quelques points :

1. L'expérience montre que les directives communautaires ont constitué un facteur essentiel dans l'évolution des politiques nationales de prévention. Contrairement à ce que prétendent les partisans d'une politique de simplification et de dérégulation, leur complexité éventuelle ne fait que répondre à la complexité des problèmes réels qui se posent en santé au travail. En règle générale, les directives communautaires définissent de manière cohérente les étapes indispensables d'une politique de prévention par rapport aux thèmes qu'elles couvrent. Les obligations de gestion et de documentation qu'elles formulent sont indispensables et proportionnelles à l'importance des risques à combattre. Contrairement à ce que laissent entendre certaines campagnes démagogiques, l'existence d'un cadre précis et relativement détaillé d'obligations constitue un atout pour les petites et moyennes entreprises. Si l'on se limitait à formuler quelques obligations générales de résultat, la plupart des PME auraient de grandes difficultés à mettre en place une gestion systématique et planifiée qui leur permettrait d'atteindre ces résultats. En précisant les principales composantes d'une telle gestion, la législation permet aux PME de se développer dans un environnement juridique plus précis, plus prévisible et plus stable. Il suffit de voir comment dans des domaines où la législation est presque inexistante, les PME ont souvent recours à un marché privé peu contrôlé de consultants en tout genre, ce qui entraîne parfois des coûts significatifs pour une efficacité réduite.
2. Si la plupart des questions de santé au travail ont été abordées par les directives, il reste un certain nombre de lacunes importantes. La plus grave concerne les troubles musculo-squelettiques. D'autres lacunes concernent les instruments indispensables à une amélioration de la prévention dans le domaine des risques chimiques et, tout particulièrement, dans la prévention des cancers d'origine professionnelle et des atteintes à la santé reproductive.

3. La mise en oeuvre de REACH ne sera pleinement efficace du point de vue de la santé au travail que si elle est accompagnée par un renforcement de la prévention des risques chimiques sur les lieux de travail. Ce renforcement signifie qu'il faut créer les conditions d'une utilisation correcte des informations que fournira le nouveau système et permettre, notamment grâce à de meilleures évaluations des risques, de nourrir le système d'information de données précises concernant les utilisateurs en aval. REACH ne produira tous ses effets positifs que dans la mesure où il accélérera la substitution des produits dangereux. Il est urgent de combler le retard en ce qui concerne l'élaboration de valeurs-limites communautaires. La situation actuelle est caractérisée par d'immenses différences entre les Etats membres tant en ce qui concerne le nombre d'agents pour lesquels une valeur-limite a été définie que pour la manière dont les valeurs-limites sont utilisées en vue d'améliorer la prévention. En ce qui concerne les agents cancérigènes, les lacunes actuelles de la classification communautaire doivent être corrigées. La classification de la silice cristalline apparaît certainement comme une priorité compte tenu du grand nombre de travailleurs exposés à cet agent. Pour d'autres substances, une reclassification s'impose à la lumière des nouvelles données scientifiques.
4. L'élargissement de 2004 et les élargissements futurs ont augmenté les écarts entre les différentes situations nationales. La crédibilité du modèle social européen dépend largement de la capacité de l'Union Européenne à atteindre l'objectif d'harmonisation dans le progrès des conditions de travail tel qu'il est formulé dans le Traité. La stratégie communautaire de santé au travail s'inscrit dans ce cadre.
5. Nous attendons de la Commission qu'elle intègre de façon plus systématique les exigences de santé au travail dans ses autres politiques.
6. Nous tenons à ce que les politiques de santé au travail soient liées aux politiques de l'égalité entre hommes et femmes.
7. Nous pensons que l'action de la Commission en santé au travail dépend aussi du renforcement des ressources dont elle dispose dans ce domaine. La situation actuelle nous semble très insatisfaisante.

ANNEXE :

Déclaration du groupe travailleurs du comité consultatif pour la santé et la sécurité (mai 2006).