

la santé  
tout au long  
de la vie  
le « bien  
vieillir » est  
indissociable  
du « bien  
travailler »

étude sur le suivi, la reconnaissance et la prise en charge  
des maladies d'origine professionnelle après le départ en retraite  
réalisée par l'union confédérale des retraités cgt et Émergences

# introduction

Les sociétés européennes sont vieillissantes, la proportion de personnes âgées augmente. En France notamment, le nombre de retraités augmente et la durée de vie à la retraite a augmenté. Cette situation nous amène à repenser une société pour tous les âges, notamment au niveau des territoires. La période de la retraite et le vieillissement engendrent un certain nombre de besoins dont la satisfaction varie en fonction des moyens financiers de chacun, de son état de santé et du territoire. Ainsi, l'accessibilité aux services de maintien au domicile ou encore l'accessibilité aux soins (hôpitaux, médecins...) diffère d'un territoire à l'autre. Malgré une augmentation moyenne de l'espérance de vie en retraite, les inégalités persistent : l'espérance d'arrivée en retraite en bonne santé et l'espérance de vie en retraite en bonne santé diffèrent selon les catégories socio-professionnelles.

La volonté européenne de faire reculer l'âge d'ouverture des droits à la retraite doit s'accompagner d'une prévention exceptionnelle concernant les conditions de travail et l'usure professionnelle tout au long de la carrière. Les modifications importantes intervenues en termes de carrières professionnelles (changements d'emplois, de métiers, parfois dans des pays différents, avec une succession d'expositions à des agents pathogènes) demandent une traçabilité individuelle des expositions aux risques. L'intensification du travail, les exigences en termes d'urgence et de productivité accentuent la pénibilité, les nouvelles formes d'organisation du travail, l'utilisation des nouvelles technologies, exposent à de nouveaux risques et génèrent des facteurs de pénibilité parfois non identifiés. Les renseignements concernant l'exposition aux risques, lorsqu'ils sont établis par les médecins du travail, devraient également être visibles par les médecins de ville et hospitaliers, afin d'assurer un réel suivi tout au long de la vie et au-delà de la cessation d'activité. Ce suivi nécessite de créer un véritable réseau de vigilance « Santé au travail et post-travail ».

Le lien entre pénibilité et retraite a déjà été établi, des facteurs de pénibilité sont identifiés, cependant tous les facteurs ne sont pas identifiés et toutes les maladies professionnelles ne sont pas reconnues, particulièrement lorsqu'elles se

déclarent à la retraite. D'où la volonté d'initier une réflexion sur la législation existante en matière de suivi médical tout au long de la vie et sur la reconnaissance des maladies professionnelles pendant la vie active et pendant la retraite afin de proposer des pistes qui permettent d'améliorer la durée de vie en bonne santé des retraités par une meilleure prévention ou détection de maladies ou de handicaps liés à l'activité professionnelle.

C'est dans ce contexte que l'Union confédérale des retraités Cgt (Ucr-Cgt) a souhaité réaliser une étude sur le suivi, la reconnaissance et la prise en charge des maladies d'origine professionnelle après le départ en retraite et organiser une Conférence européenne autour de ces questions.

L'objectif de l'étude n'est pas de présenter un état des lieux exhaustif de la question mais d'identifier des aspects problématiques pour construire des revendications communes, au niveau européen, afin de favoriser une retraite en bonne santé.

Cinq organisations européennes ont participé à l'étude coordonnée par Émergences, cabinet d'expertise en santé travail : la Federación de Pensionistas y Jubilados- Comisiones Obreras (CCOO) d'Espagne, la Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB), Pensionné(e)s, Pré-pensionné(e)s, Chômeurs et chômeuses Agé(e)s-Confédération des syndicats chrétiens (PPCA CSC) de Belgique, la Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) d'Allemagne ainsi que le Sindacato Pensionati Italiani-Confederazione Generale Italiana del Lavoro (SPI-CGIL) d'Italie. L'Ucr-Cgt les remercie vivement ainsi que la Fédération européenne des retraités et des personnes âgées (Ferpa) pour sa contribution.

Cette étude n'est pas une finalité mais le point de départ d'une réflexion sur les inégalités d'espérance de vie en bonne santé à la retraite au niveau européen sous l'impulsion d'organisations syndicales nationales et européennes, avec le soutien de la Fédération européenne des retraités et des personnes âgées (Ferpa) et de la Confédération européenne des syndicats (Ces). ■

## UN QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX SYNDICATS DE SALARIÉS EUROPÉENS

L'Ucr-Cgt a soumis un questionnaire autour des problématiques du suivi médical tout au long de la vie qui aborde notamment les thèmes suivants : le lien entre médecine du travail et les autres médecines, la traçabilité des expositions, les difficultés rencontrées pour faire reconnaître une maladie professionnelle, le suivi post-professionnel. Cinq organisations européennes ont répondu au questionnaire : la Federaci3n de Pensionistas y Jubilados- Comisiones Obreras (CCOO) d'Espagne, la Fédérati3n Générale du Travail de Belgique (FGTB), Pensionné(e)s, Prépensionné(e)s, Chômeurs et chômeuses Agé(e)s-Confédération des syndicats chrétiens (PPCA CSC) de Belgique, la Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) d'Allemagne ainsi que le Sindacato Pensionati Italiani-Confederazione Generale Italiana del Lavoro (SPI-CGIL) d'Italie.

Nous avons synthétisé les réponses au questionnaire en apportant des éclairages sur des points particuliers. Il s'agit d'initier une réflexion et de sensibiliser les retraités et futurs retraités à la nécessité d'assurer un suivi médical tout au long de la vie permettant la prévention et la reconnaissance des maladies professionnelles qui souffrent d'une invisibilité sociale importante.

### LIEN ENTRE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LES AUTRES MÉDECINES (MÉDECINE GÉNÉRALE ET HOSPITALIÈRE)

Il existe des services de prévention ainsi que des services de médecine du travail dans tous les pays ayant participé à l'étude, avec des organisations et des prérogatives parfois différentes. Les systèmes de prévention sont plus ou moins importants et plus ou moins efficaces. Ils peuvent être intégrés à l'entreprise ou pas.

Le médecin du travail ne soigne pas, il a un rôle de prévention. Il identifie les conséquences des expositions à des produits dangereux, des situations à risque et des conditions de travail sur la santé physique et mentale du salarié. Le médecin du travail fait le lien entre l'environnement de travail, le poste de travail et la santé du salarié, il est donc censé connaître les postes de travail et l'environnement de travail. Le constat général est que les méde-

cins du travail n'ont pas forcément le temps de se rendre sur les lieux de travail. En France, le médecin du travail doit consacrer le tiers de son temps en milieu de travail. Le médecin de ville ou de l'hôpital n'a pas la même connaissance des conditions de travail et des produits utilisés. Il se base sur les déclarations du patient qui, peu sensibilisé aux maladies professionnelles, n'a pas forcément le réflexe de faire référence à ses conditions de travail, aux produits auxquels il a été exposé, et ce d'autant plus au moment de la retraite lorsque la maladie se déclare plusieurs dizaines d'années après l'exposition. Cependant, en France, tout docteur en médecine qui peut en avoir connaissance doit déclarer tout symptôme d'imprégnation toxique et toute maladie ayant un caractère professionnel et figurant sur une liste. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie, non comprise dans la liste, mais présentant à son avis un caractère professionnel. Le but étant de réaliser avec les autres acteurs de la prévention des risques professionnels un réseau de toxico vigilance et de vigilance industrielle.

Il existe plusieurs types de visite médicale, principalement au moment de l'embauche, au retour d'un arrêt, lorsque des substances particulières sont utilisées. Le salarié peut également solliciter un rendez-vous à la médecine du travail. La fréquence des visites médicales diffère d'un pays à l'autre et varie en fonction des typologies des risques identifiés, du niveau d'exposition, des postes occupés, des catégories de travailleurs. En Belgique, par exemple, il s'agit des expositions à des agents physiques, biologiques, chimiques, des charges physiques ou mentales liées à des contraintes ergonomiques, du caractère répétitif du travail, de la charge psychosociale. Il peut également exister des spécificités concernant certaines catégories de travailleurs. C'est le cas, par exemple en Belgique, pour les jeunes travailleurs, les travailleuses enceintes et allaitantes, les stagiaires élèves et les étudiants.

Tous les salariés ne bénéficient pas du même niveau de suivi médical. Le SPI-CGIL d'Italie souligne que certains salariés voient le médecin du travail plusieurs fois par mois alors que d'autres ne le voient même pas une fois par an. Par exemple, les travailleurs maritimes sont soumis à une visite médicale à chaque embarquement alors que certains travailleurs en usine sont très rarement auscultés parce qu'ils ne sont pas présents au moment des campagnes de visite médicale ou parce qu'ils ne sont pas considérés comme sujets à risque du fait de la brièveté des expositions.

Enfin, certaines catégories de travailleurs n'ont pas accès à la médecine du travail. En Belgique, les travailleurs domestiques ne bénéficient pas des règles en matière de bien-être. En France, les aides à domiciles employées directement par des particuliers et qui n'ont pas de contrat à temps plein ne voient pas la médecine du travail.

La fréquence des visites médicales est établie en fonction de la situation d'une personne à un moment

## LA PRÉVENTION SELON LES DÉFINITIONS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

**PRÉVENTION PRIMAIRE** dont la finalité est d'éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risque.

**PRÉVENTION SECONDAIRE** dont la finalité est la détection de la maladie ou de la lésion qui la précède à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement.

**PRÉVENTION TERTIAIRE** dont la finalité est de diminuer les incapacités, les séquelles ou les récidives, et de contribuer à la réinsertion sociale.

de la vie active (âge, poste occupé, type de contrat...). Le suivi de la médecine du travail ne tient pas compte de l'ensemble de la carrière professionnelle et s'arrête généralement avec la cessation d'activité. Les changements de postes, d'entreprises, les temps de chômage, l'alternance d'expositions à divers produits ou situations de travail ou le cumul de périodes d'exposition à différents moments de la carrière ne sont donc pas pris en compte de manière systématique. Au moment de la retraite, il n'y a pas de suivi systématique pour permettre de faciliter le dépistage et la reconnaissance des maladies professionnelles qui se déclarent souvent après un temps de latence important.

Au cours de la vie active, il n'y a pas de méthode de suivi des conditions de travail tout au long de la carrière professionnelle. Il n'y a pas de suivi d'une entreprise à une autre. La transmission des données collectées par différents services de médecine du travail n'est pas formalisée. Lorsque le salarié change d'employeur, dans la très grande majorité des cas il ne dépend plus du même service de santé au travail, mais son dossier médical n'est pas automatiquement transmis au nouveau service. En France, le médecin du travail peut demander, avec l'accord obligatoire du salarié, que le dossier médical lui soit transmis. Cependant, il n'y a pas de modèle unique de dossier médical : tous les dossiers ne sont pas renseignés de la même manière et lorsqu'il manque des informations, le médecin du travail n'a pas les moyens

d'exiger des compléments d'information. Enfin, tous les médecins du travail ne font pas cette démarche. En Italie, les modalités de transmission du dossier médical au travail à la fin de sa carrière ou en cas de changement d'employeur sont à l'étude. Un récent décret encadre les échanges d'information entre médecines pour certaines expositions.

**Le lien entre la médecine du travail et les autres médecines n'est pas formalisé.** Les médecins n'ont pas systématiquement accès aux données collectées par la médecine du travail et ne connaissent généralement pas les conditions de travail ni les produits utilisés. Le lien entre les médecines reste anecdotique, il relève de l'initiative des médecins ou du patient.

En Italie, la transmission d'information au médecin traitant par téléphone, par courrier ou via le patient, semble assez automatique mais, n'étant pas formalisée, reste incomplète. Le médecin traitant, n'ayant pas connaissance ni des produits utilisés ni des conditions de travail, n'est pas en mesure de prescrire les analyses qui pourraient être utiles.

En France, la transmission des informations est possible à l'initiative du médecin mais elle est toujours subordonnée à l'accord du salarié. Tout salarié peut avoir accès à son dossier médical professionnel et en demander une copie. En Espagne, les syndicats réclament que, dans la future loi sur la Santé publique, les médecins généralistes aient accès à l'historique médical professionnel des patients, et qu'il y ait plus de spécialistes de la médecine du travail dans les centres de santé généraliste.

Par ailleurs, il semble que **les médecines générale et hospitalière ne fassent pas systématiquement le lien entre l'état de santé des patients et leurs conditions de travail et ce d'autant plus que le salarié est âgé.** Ils participent peu à la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie. Plusieurs explications sont données. Une mauvaise connaissance du système de processus de reconnaissance (avec ses lourdeurs administratives) et la surcharge de travail. Les médecins n'ont pas la connaissance du parcours professionnel du salarié, des produits qu'il a manipulés où de l'environnement dans lequel il a travaillé. Le manque de formation, d'information et de connaissance des pathologies professionnelles par les médecines générale et hospitalière est plusieurs fois évoqué. En dehors des services spécialisés, les médecins sont peu sensibilisés à ces questions notamment du fait de l'invisibilité sociale des maladies professionnelles. L'amiante fait peut être exception justement parce qu'une mobilisation forte des salariés et des syndicats a permis une reconnaissance sociale des pathologies liées aux expositions à cette substance mais cela a pris plusieurs dizaines d'années. Enfin, l'origine professionnelle d'une maladie est difficile à établir : il s'agit très souvent d'une origine multifactorielle. Ainsi, la tendance est souvent de considérer que ce sont les comportements individuels qui sont à l'origine d'une pathologie plutôt que les conditions de travail subies.

## LE CAS DES TRAVAILLEURS INTÉRIMAIRES

**Les travailleurs intérimaires doivent bénéficier du même niveau de protection que les travailleurs en contrat à durée indéterminée mais les syndicats de salariés sont sceptiques quant à l'application de la législation.**

**La relation triangulaire entre le travailleur intérimaire, l'agence d'intérim et l'entreprise utilisatrice est problématique. La délimitation des responsabilités est floue et n'incite pas au respect de la législation. L'intérimaire est généralement suivi par le médecin du travail de l'agence d'intérim qui ne connaît pas forcément le poste de travail qu'il va occuper.**

**L'entreprise utilisatrice doit fournir une fiche de poste à l'agence d'intérim comportant notamment les informations sur les risques. Ces fiches, lorsqu'elles sont transmises, sont très souvent lacunaires et, parfois, elles ne correspondent pas au poste qu'occupera réellement le travailleur intérimaire. Le travailleur intérimaire doit bénéficier d'une information et d'une formation appropriées par rapport à la sécurité à son poste de travail, ce qui n'est pas toujours le cas. Les travailleurs intérimaires changent souvent d'entreprises mais, comme nous l'avons vu, la surveillance médicale tient peu compte de la carrière du travailleur : l'intérimaire peut cumuler les expositions ou les travaux pénibles d'une mission à l'autre sans que cela ne soit pris en compte.**

**Enfin, les travailleurs intérimaires interviennent souvent dans des secteurs à risques dont le taux de sinistralité est important, comme le bâtiment par exemple, ce qui peut amplifier le risque de maladie professionnelle.**



## LES EMPLOIS « ATYPIQUES » ET LA SOUS-TRAITANCE

Une carrière professionnelle se caractérise de moins en moins par un CDI à temps plein dans 2 ou 3 entreprises différentes. Depuis les années 1970, diverses formes de contrats se développent : CDD, modalité de travail à temps partiel, contrats de travail temporaire, contrats saisonniers ou à durée déterminée d'usage, portage salarial, combinés parfois à des horaires atypiques. Employeurs multiples, sites multiples, impossibilité de s'insérer dans le collectif de travail, méconnaissance des risques, manque d'information en matière de prévention ou de réactions à des situations à risques, différence de traitement dans le suivi médical et absence de prise en compte des expositions au cours de ces différents contrats : ces formes de travail sont défavorables à l'intégration dans l'entreprise et rendent difficile l'appréhension des expositions professionnelles. Le système de suivi médical n'est pas adapté à ces formes de contrat. Ces contrats signifient également précarité et accentuent les inégalités sociales de santé. Quatre constats majeurs peuvent être faits en lien avec la précarisation du travail :

- il existe une « aggravation constante, depuis plus de vingt ans, des inégalités dans la répartition des risques et des conditions de travail entre les travailleurs statutaires d'entreprises dominantes et travailleurs extérieurs et/ou temporaires relevant de statuts extrêmement divers et soumis à des formes plus ou moins accentuées de précarité. (...) »
- le recours au travail temporaire et à la sous-traitance rend inopérante une part importante de la réglementation protectrice de la santé des travailleurs, inscrite dans le cadre de la relation salariale entre l'employeur et le salarié. (...) »
- la reconnaissance en accident du travail ou en maladie professionnelle est plus inaccessible pour les travailleurs précaires qu'à tous les autres, en raison d'une sous-déclaration liée à la peur de la perte d'emploi et à la pression des employeurs et donneurs d'ordre. Il en résulte une invisibilité structurelle des atteintes liées au travail. (...) »
- l'écart ne cesse de se creuser entre les droits des travailleurs protégés jouissant de garanties salariales et de formes de représentation institutionnalisées et des travailleurs vivant, sous des formes extrêmement diverses de précarité, un rapport individualisé à l'emploi et au travail (...) ».

Source : AnnieThébaud-Mony, « Sous-traitance, Intérim, Pénibilités », La Revue du JST, Syndicat national des professionnels de la santé au travail, n°01, mars 2008.

les dangers qu'ils représentent pour la santé, les expositions, les risques et les contrôles dans un contexte professionnel, et les répercussions négatives sur la santé provoquées par ces produits chimiques.

● **Traçabilité individuelle :** mécanisme de suivi individuel d'un salarié tout au long de sa carrière et après celle-ci en vue d'en tirer un certain nombre de conséquences en termes d'assurance (aide à la reconnaissance de maladies professionnelles), de prévention, de suivi épidémiologique...

L'employeur, la médecine du travail et les services de prévention sont chargés de compléter ces outils et de les transmettre aux organismes compétents ou aux salariés. Cependant, ces documents ne sont pas toujours transmis et lorsqu'ils sont transmis, ils ne sont pas toujours complets. De ce fait, leur utilité en termes de prévention est diminuée.

Les employeurs ainsi que les services de médecine du travail ou de prévention participent à la traçabilité des expositions : en donnant les informations nécessaires quant aux produits utilisés, à leur composition, leur dangerosité, aux situations à risques... Des analyses sont réalisées par la médecine du travail ou les services de prévention compétents. Ces informations sont généralement reprises dans une fiche de poste et dans un document

## LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS

La maladie peut se manifester 10, 20 voire 40 ans ou plus après l'exposition pendant le travail. Ainsi, la victime atteinte se trouve le plus souvent en retraite. Dans l'entreprise, les conséquences des expositions sont donc rarement visibles. Le médecin n'a pas forcément le réflexe de chercher des facteurs dans le parcours professionnel du malade. Un suivi médical et des dispositifs de traçabilité professionnels avec un objectif de prévention des risques professionnels sont donc indispensables. Il faut également souligner qu'il existe un réel problème de non application de la législation et de la réglementation en vigueur.

La plupart des pays européens ont mis en place des outils de traçabilité collective qui ont une utilité en matière de prévention et des outils de traçabilité individuelle qui servent plutôt à la reconnaissance des maladies professionnelles, dans une visée réparatrice.

● **Traçabilité collective :** système d'enregistrement et bases de données visant à fournir des données scientifiques et technologiques sur les produits chimiques,

d'évaluation des risques établis par l'employeur ou/et un service de prévention adéquat. Le dossier médical contient les informations concernant les expositions professionnelles. Ces documents doivent être conservés plusieurs années. Si aujourd'hui les entreprises mettent en place des processus permettant d'assurer l'établissement de fiches d'exposition, c'était loin d'être le cas il y a 20 ou 30 ans au moment des expositions des personnes dont la pathologie se déclare actuellement, au moment de la retraite. Toutefois, au-delà de l'établissement des documents d'évaluation des risques, des fiches de postes, des fiches d'exposition, et malgré une législation de plus en plus contraignante, on constate **des manquements à l'application de la législation** (les fiches et attestations d'exposition sont peu réalisées), **un manque d'information et de formation**. Par rapport à l'utilisation de produits dangereux, l'étiquetage reste problématique.

En France, l'employeur et le médecin du travail sont à même de fournir les éléments nécessaires de preuve d'exposition à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques. Le Code du travail fixe les valeurs limites

d'exposition professionnelle et des règles de prévention spécifiques. L'attestation d'exposition est remplie par l'employeur et le médecin du travail et contient des informations sur la nature de l'agent cancérigène, la durée d'exposition, le type de travaux effectués, le nom de l'entreprise et du médecin du travail. Les attestations sont parfois incomplètes ou inexistantes et les ressources humaines d'une entreprise peuvent être réticentes à fournir ces informations. Le salarié ou la personne retraitée peuvent alors prendre contact avec les institutions représentatives du personnel : les délégués du personnel, le Comité d'hygiène, de sécurité et de condi-

tions de travail (CHSCT) et les délégués syndicaux, qui l'aideront à reconstituer les preuves de l'exposition. Le CHSCT peut mener une enquête afin de rassembler les documents nécessaires à une demande de reconnaissance de la maladie professionnelle.

## LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Une maladie est « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. L'exposition est plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession : absorption quotidienne de petites doses de poussières ou de vapeurs toxiques ou exposition répétée à des agents physiques (bruit, trépidations...).

La reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie a des conséquences en termes d'indemnisation et de prise en charge des soins. Ainsi, en Espagne, la reconnaissance d'une maladie professionnelle permet à la personne de percevoir 75 % de son salaire alors que si elle n'est pas reconnue comme telle, la personne ne touchera que 60 % de son salaire. De plus, dans le cas d'une maladie professionnelle, les dépenses de médicaments sont couvertes à 100 %.

Il est très difficile d'identifier le point de départ d'une maladie professionnelle ou le produit incriminé d'autant plus qu'elle se déclare parfois plusieurs années après la

## L'INVISIBILITÉ SOCIALE

**En France, 2,3 millions de salariés seraient exposés à des produits cancérigènes (13,5 % des salariés) et 370 000 (2 % des salariés) à des produits mutagènes ou toxiques pour la reproduction, à des degrés plus ou moins importants, d'après l'enquête SUMER 2002/2003.**

**Pourtant, les relations entre le travail et le cancer souffrent d'une incroyable invisibilité sociale notamment entretenue par le traitement médiatique des accidents industriels et les difficultés à identifier le lien de causalité entre une exposition et une pathologie.**

**Dans le discours dominant, le cancer n'apparaît pas comme une maladie liée au travail mais comme une plaie essentiellement à mettre en relation avec les comportements individuels à risque, plus particulièrement la consommation de tabac ou d'alcool, des facteurs environnementaux ou sociaux.**

## La déclaration obligatoire des procédés de travail dangereux (France)

**Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles est tenu d'en faire la déclaration à la Caisse d'assurance maladie et à l'inspection du travail. Cette obligation vaut pour les maladies inscrites aux tableaux des maladies professionnelles, qui précisent pour chaque type d'affection les conditions à remplir : délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste de travaux effectués.**

**Dans son rapport sur La traçabilité des expositions professionnelles, Daniel Lejeune estime que cette déclaration est inadaptée et constate que l'obligation n'est pas remplie. De plus, le fait qu'elle soit adressée à la Cnam dans le but d'une reconnaissance de maladie professionnelle laisse penser qu'elle n'est pas utilisée dans un but de prévention. Il propose que son utilisation soit restreinte dans un premier temps aux risques CMR prioritaires et que la déclaration comprenne notamment :**

- **La liste des travailleurs (quel que soit leur type de contrat de travail) ayant été exposés dans l'année écoulée précisant la nature de l'exposition, sa durée et son degré**
- **Les informations dites dossier CMR (liste des activités et procédés, quantités fabriquées ou utilisées, nombre de travailleurs exposés, mesures de prévention prises, types d'équipement de protection à utiliser, nature et degré d'exposition, durée, cas de substitution par un autre produit).**

fin d'exposition au risque. De plus, l'origine d'une maladie est toujours multifactorielle. C'est pourquoi le droit à réparation est fondé sur **des critères médicaux et techniques de probabilité et sur des critères administratifs de présomption**. Le législateur, ou l'organisme compétent, établit des listes ou tableaux, régulièrement révisés, qui reprennent les symptômes, les délais de prise en charge, les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause et la durée minimale d'exposition au risque. Ainsi, toute affection qui correspond aux conditions énoncées dans les tableaux est présumée d'origine professionnelle. En France, il y a plus d'une centaine de tableaux.

Lorsque les critères du tableau ne sont pas remplis ou que la maladie ne figure pas dans le tableau, il existe également un système « hors liste » ou complémentaire qui permet de reconnaître comme professionnels des cas où toutes les conditions du tableau ne sont pas remplies mais pour lesquels il y a un doute. Une expertise individuelle est alors menée. Enfin, il revient généralement à l'assuré de faire les démarches de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

**La reconstitution d'une exposition est souvent difficile**, plus particulièrement pour les personnes qui ont été exposées il y a plusieurs années, les personnes qui ont changé d'entreprises, les travailleurs intérimai-

res... Les documents (fiche d'exposition individuelle, document d'évaluation des risques, dossier médical...) ne sont pas toujours automatiquement remis au salarié, ils sont parfois partiellement ou mal renseignés, les employeurs sont parfois réticents à les remettre. Les personnes immigrées ou d'origine immigrée ont encore plus de difficultés à réunir les documents nécessaires qui sont parfois dans leur pays d'origine. Les travailleurs intérimaires ont également plus de difficultés parce qu'ils cumulent les employeurs et que les informations transmises à l'entreprise d'intérim ne correspondent pas toujours au poste occupé ou manquent d'exactitude.

Au moment de la retraite, les documents de preuve d'exposition sont d'autant plus difficiles à réunir que la période d'exposition est lointaine :

- La législation concernant les obligations d'établissement de documents reprenant les expositions à des produits dangereux n'était pas forcément en vigueur ;
- Les personnes pouvant témoigner ne travaillent plus dans l'entreprise ou sont décédées ;
- Les documents sont peu accessibles du fait de l'archivage (papier détérioré, encre effacée, classement différent...);
- L'entreprise a fermé, a été délocalisée...

## Le comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail en France ou le comité pour la prévention et la protection au travail en Belgique

**E**n France, la constitution d'un CHSCT est obligatoire dans les établissements d'au moins 50 salariés. Dans les établissements de moins de 50 salariés, ce sont les délégués du personnel qui assument les missions du CHSCT. Il est composé de l'employeur qui est le président du CHSCT et de la délégation du personnel.

Afin qu'il remplisse son rôle en matière de prévention, l'employeur doit fournir au CHSCT au moins une fois par an : un bilan écrit sur la situation générale de l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail qui rappelle les actions menées en vue de protéger la santé, la sécurité et d'améliorer les conditions de travail des salariés, ainsi qu'un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Le CHSCT a pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à la disposition de celui-ci par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Il doit également veiller à l'observation de prescriptions réglementaires adoptées dans ce but. Il peut procéder à des inspections régulières, réaliser des études et des enquêtes. Les enquêtes sont réalisées en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'incidents répétés ayant révélé un risque grave.

Le CHSCT est consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et notamment les décisions de transformation des postes de travail, le change-

ment d'outillage, de produits ou de l'organisation du travail et lors de l'introduction de nouvelles technologies. Pour mener à bien ses missions, le CHSCT peut faire appel à un expert agréé lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement et en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail (transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, changement de produit ou de l'organisation du travail, modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail).

En Belgique, le comité pour la prévention et la protection au travail a des missions similaires.

## Les obligations de l'employeur (France)

### Article L4121-1

**L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. (...)**

### Article L4121-2

● **L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'Article L4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :**

- 1. Éviter les risques**
- 2. Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités**
- 3. Combattre les risques à la source**
- 4. Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé**
- 5. Tenir compte de l'état d'évolution de la technique**
- 6. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux (...).**

### Article L4121-3

**L'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail.**

**À la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement.**

### Article L4121-4

**Lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, l'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, prend en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la santé et la sécurité.**

### Article R 4412-38 du Code du travail

**Les employeurs sont tenus d'informer les travailleurs des dangers présentés par les produits qu'ils manipulent.**

● L'entreprise, les ressources humaines actuelles ne veulent pas coopérer...

Enfin, au moment de la retraite, la personne n'est plus en contact avec la médecine du travail et étant donnée l'absence de communication d'informations entre les différentes médecines, l'origine professionnelle d'une maladie est peu évoquée. Car, avant même une demande de reconnaissance officielle de l'origine professionnelle de la maladie auprès des organismes de sécurité sociale compétents, il faut que l'assuré soit sensibilisé à la possibilité d'un lien entre sa maladie et sa carrière professionnelle et ait suffisamment d'information médicale pour entamer une démarche.

Ainsi, la sous-déclaration des maladies professionnelles est commune aux pays européens. L'absence de système de vigilance adéquat et systématique est une des raisons de cette sous-déclaration. En Espagne, les syndicats critiquent le rôle des Mutuas dans la déclaration des maladies professionnelles. Les Mutuas, entité à caractère non lucratif, sont chargées par la Sécurité sociale de déclarer les maladies professionnelles et de gérer les indemnisations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Les syndicats de travailleurs leur reprochent de sous déclarer les maladies professionnelles en les faisant passer pour des maladies relevant du régime générale.



## Exemple en France

Situations	Conditions de reconnaissance de la maladie professionnelle	Preuve du lien de causalité entre le travail et la maladie	Point de départ de la réparation de la maladie professionnelle
Maladie désignée dans un des tableaux des maladies professionnelles	Toutes les conditions du tableau sont remplies	<b>Présomption d'imputabilité</b> (le salarié n'a pas à prouver la relation entre le travail et l'affection dont il souffre)	Date du certificat établissant le lien entre la maladie et l'activité professionnelle
	Une ou plusieurs conditions requises ne sont pas remplies mais le lien direct entre maladie et travail habituel de la victime est établi	Sur expertise individuelle confiée à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles	
Maladie non désignée dans un des tableaux des maladies professionnelles	Directement et essentiellement causée par le travail et entraînant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit une incapacité permanente au moins égale à 25 %</li> <li>• soit le décès</li> </ul>		Date de consolidation ou de stabilisation de la maladie

Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale, INRS, Éditions 2008 (d'après le Dictionnaire permanent social, Éditions Législatives), page 13.

## La reconstitution des trajectoires professionnelles

**L**a reconstitution du parcours professionnel individuel est souvent nécessaire pour faire le lien entre les conditions de travail et une maladie. En effet, le délai de latence entre l'exposition et la survenue d'une pathologie, l'opacité des conditions de travail dans les entreprises, l'énorme distorsion entre le travail prescrit (fiche de poste, plus ou moins renseignée) et le travail réel qui se redéfinit chaque jour au gré des réorganisations du travail, des aléas, de l'intensification des rythmes, des effectifs... exigent une analyse longitudinale des expositions. C'est notamment ce que réalise l'équipe du GIS-COP 93 en Seine-Saint-Denis.

Cette reconstitution est rendue difficile en raison :

- de la complexité des trajectoires (changement d'emplois, de postes)
- de la nécessité d'appréhender l'activité de travail en détails, le travail prescrit mais surtout le travail réel. Par exemple, la fiche de poste liste les tâches d'une secrétaire mais l'activité de travail consiste notamment à ouvrir des colis en provenance de l'usine, à distribuer les bons de commande dans l'atelier, sur le bureau trône un pot à crayons en amiante... La secrétaire est exposée à l'amiante sans pour autant occuper un poste directement dans l'atelier. La fiche de poste correspond au métier d'agent technico-commercial. Démonstrateur, l'agent descend dans la mine, assurant le suivi après-vente, il redescend au fond de la mine...
- des difficultés à accéder à l'information sur les produits toxiques, chimiques, mutagènes ou cancérigènes qui sont manipulés. Le document unique, obligatoire, n'est pas toujours complet. Les entreprises ferment ou délocalisent.

## LA NOTION DE PÉNIBILITÉ

C'est notamment à l'occasion des discussions sur la réforme des retraites que la réflexion autour de la pénibilité a été relancée. En effet, les réformes des retraites proposent un allongement de la durée de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Les partenaires sociaux et les gouvernements ont donc cherché à définir des critères de pénibilité pour permettre aux personnes ayant exercé une activité pénible de quitter le travail plus tôt. Cependant, les discussions autour de la définition de la pénibilité ne sont pas si simples. On distingue principalement deux formes de pénibilité.

Une pénibilité qui, du fait des caractéristiques des situations et des conditions de travail, met la santé en danger à long terme en entraînant une usure prématurée et irréversible de celle-ci. Les expositions professionnelles et les facteurs de risque à l'origine de cette pénibilité entraînent une morbidité plus élevée (mauvais état de santé, pathologie, handicap), affectent l'espérance de vie, et leurs conséquences sur la santé peuvent apparaître sur le long terme, le temps de latence peut être très long, c'est le cas notamment pour les cancers professionnels. Cependant, cette pénibilité n'est pas forcément ressentie comme telle au moment de l'exposition au risque.

Une pénibilité qualifiée de « vécue au travail » qui correspond aux situations où le travail est vécu comme pénible et difficile à vivre sur le moment mais qui n'a pas forcément de conséquence sur le long terme. Elle peut être à l'origine d'incapacités mais ses effets sur l'espérance de vie sont difficiles à démontrer. La tendance est de mettre la pénibilité « vécue au travail » en relation avec des politiques d'amélioration des conditions de travail.

En fonction de la définition retenue, les critères identifiés ne vont pas être les mêmes, c'est un des enjeux des réformes. Les critères généralement retenus pour définir les politiques d'indemnisation ou de cessation anticipée d'activité sont « objectifs », c'est-à-dire, qu'ils ont des conséquences mesurables grâce à des indicateurs (vieillesse accélérée, morbidité, mortalité, espérance de vie...).

Le Bureau wallon des femmes de la FGTB s'est intéressé à la pénibilité et s'interroge sur le risque d'oublier les femmes dans les critères de pénibilité retenus. En effet, les hommes et les femmes ne se répartissent pas de manière égale dans tous les secteurs de l'économie. Une prise en compte de critères plus prégnants dans les secteurs masculins ne risque-t-elle pas de pénaliser les femmes? Ce risque est réel car la pénibilité spécifique aux métiers exercés en majorité par des femmes est très peu étudiée et donc peu reconnue.

La tentation de se baser sur les statistiques de maladies professionnelles et d'accidents du travail pourrait pénaliser les femmes: les secteurs où ces taux sont élevés sont souvent masculins et les tableaux de maladies professionnelles ont souvent été élaborés par rapport à une division du travail sexuée.

Enfin, les risques psycho-sociaux, notamment, sont encore peu reconnus dans les systèmes assurantiels, or, les femmes cumulent souvent une charge physique et psycho-sociale importante. Il faut également rappeler que les carrières professionnelles des femmes caractérisées par des coupures, notamment pour raison de maternité, le temps partiel et des salaires moindres génèrent de petites retraites et donc moins de moyens pour se soigner.

## Un système innovant en Navarre (Espagne)

En 2009, les chiffres concernant les maladies professionnelles sont « bons » en Espagne. Cependant, ces chiffres ne signifient pas pour autant que les salariés sont en bonne santé: ils masquent une sous-déclaration des maladies professionnelles ainsi que de grandes disparités régionales.

Ainsi, à Madrid, une maladie professionnelle est reconnue pour 2518 travailleurs alors qu'en Navarre, le rapport est de 1 pour 160. Cet écart s'explique notamment par la mise en place d'un système de vigilance épidémiologique spécifique en Navarre. Mis

en place dans 31 centres de santé couvrant 71 % de la population, un programme informatique spécifique avertit le médecin lorsqu'une maladie peut potentiellement être d'origine professionnelle: le médecin renseigne l'historique du patient, lorsque la pathologie est potentiellement d'origine professionnelle, un message apparaît pour l'en informer.

Ce message déclenche une série de questions complémentaires auxquelles doit répondre le patient et qui permettront de présumer d'un lien avec l'activité professionnelle. Si c'est le cas, le dossier est transféré à l'Institut

Navarre de Santé au travail. Si l'Institut considère que la maladie est d'origine professionnelle, il transmet le dossier à la mutua et l'encourage à reconnaître la maladie professionnelle.

Avec ce système, la Navarre reconnaît 7 à 8 fois plus de maladies professionnelles que dans le reste de l'Espagne. Le directeur de la section d'épidémiologie du travail de l'Institut insiste: « si on ne cherche pas les maladies professionnelles, on ne les trouve pas ».

D'après l'article « Tal vez no sepa que su trabajo le enferma » (« Vous ne savez peut-être pas que votre travail vous rend malade »), El País, 17 février 2010.

## LE SUIVI POST-PROFESSIONNEL

Les personnes qui sont exposées à certains risques professionnels ou à des agents cancérigènes sont soumises à une surveillance médicale spécifique qui cesse avec l'activité professionnelle. Le suivi post-professionnel permet d'assurer une continuité mais il n'est pas obligatoire.

En France, un suivi post-professionnel est prévu dans le cas d'exposition à certaines substances, notamment des agents cancérigènes ou certaines poussières minérales. Ce dispositif mal connu des salariés et des

professionnels de santé, consiste à réaliser, à intervalle régulier, différents examens médicaux selon le type d'exposition, destinés au dépistage précoce des maladies susceptibles d'être provoquées par les produits ou procédés en cause. Le médecin du travail peut informer le salarié en fin de carrière de cette possibilité mais c'est à l'assuré de faire une demande auprès de la caisse primaire d'assurance maladie avec l'attestation d'exposition à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques remplie par l'employeur avec le médecin du travail. Les personnes au chômage au moment de la retraite ne bénéficient pas de cette information. Les anciens agents

## Le vieillissement

**L**e vieillissement se définit comme « un phénomène diffus (...) lié à la dégradation progressive de l'ensemble des cellules qui composent le corps humain ». <sup>(1)</sup> Par ailleurs, « il faut noter des défenses immunitaires moins performantes rendant l'organisme vieillissant un peu plus fragile vis-à-vis des agressions du milieu extérieur ». <sup>(2)</sup>

**On peut distinguer trois caractéristiques majeures correspondant aux effets physiologiques du vieillissement :**

- **une plus grande fragilité articulaire apparaissant dès 40 ans, tandis que la baisse de la force musculaire n'est pas sensible jusqu'à 60 ans ;**
- **un accroissement des risques de pathologies cardio-vasculaires, avec une moindre efficacité de la régulation sanguine, et très souvent des cas d'hypertension artérielle en particulier dans les situations de travail sédentaires et/ou dans des situations de stress ;**
- **une fragilisation du sommeil, avec une augmentation des réveils nocturnes, une tendance à se coucher plus tôt et se réveiller plus tôt, et une plus grande difficulté à supporter les horaires atypiques et le travail de nuit.**

**Toutefois, le vieillissement ne se résume pas à un processus de dégénérescence. Il s'accompagne en parallèle, du développement « des capacités de synthèse, d'anticipation et d'organisation. Ce sont les capacités d'apprentissage qui sont le mieux conservées, à condition d'être utilisées régulièrement ».** <sup>(3)</sup> **Le vieillissement entraîne donc la maîtrise de nouvelles connaissances et compétences et le développement de nouveaux mécanismes d'adaptation dans la mesure où il constitue la capitalisation de multiples expériences vécues tout au long de la vie. Ces aspects bénéfiques pourront limiter ou compenser les effets du déclin biologique.** <sup>(4)</sup>

**Le vieillissement évolue également sous l'influence de l'environnement auquel chaque individu est soumis. Selon cette logique, le travail constitue un aspect déterminant de l'environnement. Ainsi, les effets du vieillissement, en général observables chez les individus à partir de 40 ans, peuvent apparaître précocement lorsque ces derniers subissent des conditions de travail particulières : « Les déclinés sont pour partie induits ou accélérés par la vie au travail. À l'inverse, des conditions de travail bien adaptées ont un effet protecteur vis-à-vis de certaines dégradations de la santé ».** <sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup> G. Kreutz, P. Vallet, M. Gilles, J.-P. Meyer : *Vieillesse, santé, travail : État des lieux et perspectives de prévention*, Documents pour le médecin du travail, INRS, n°97, 1<sup>er</sup> trimestre 2004.

<sup>(2)</sup> G. Kreutz, P. Vallet, M. Gilles, J.-P. Meyer, *Ibid.*

<sup>(3)</sup> Eurogip : *L'emploi et la santé au travail des seniors en Europe*, Note thématique, septembre 2008.

<sup>(4)</sup> G. Kreutz, P. Vallet, M. Gilles, J.-P. Meyer, *Ibid.*

<sup>(5)</sup> A.-F. Molinié, Volkoff : *La démographie du travail pour anticiper le vieillissement*, Anact, 2002.

de la SNCF ayant été exposés à des agents cancérigènes (poussières d'amiante, poussières de bois, huiles minérales, benzène, etc.) au cours de leur activité professionnelle peuvent demander à bénéficier d'une surveillance médicale gratuite. Le bénéfice de cette surveillance est accordé par la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF lorsque l'exposition de l'intéressé à un risque cancérigène est avérée. En Italie, la législation à ce sujet n'est pas clairement définie.

En Belgique, la surveillance de santé prolongée est une évaluation de la santé récente: le but de cette surveillance est de permettre aux travailleurs, après qu'ils ont été exposés à des agents chimiques, physiques ou biologiques, de bénéficier d'une surveillance de leur santé, qu'ils soient toujours dans l'entreprise ou qu'ils l'aient quittée. L'employeur est responsable de la mise en place de cette surveillance mais le médecin-inspecteur du travail peut décider d'imposer cette surveillance.

Le manque d'information concernant les dispositifs de suivi post-professionnel et leur caractère non automatique font qu'ils sont très peu utilisés. **Il y a donc une rupture du suivi médical professionnel au moment de la cessation d'activité.**

## PROPOSITIONS ET REVENDICATIONS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

Les syndicats qui ont répondu au questionnaire ont formulé un certain nombre de propositions et de revendications pour améliorer le suivi de la santé tout au long de la vie et la prévention :

- Assurer une continuité dans la surveillance médicale : pendant la vie active ; au moment de la retraite.
- Promouvoir l'application de la réglementation en matière de santé et sécurité au travail.
- Organiser la traçabilité des expositions et des conditions de travail.
- Assurer la traçabilité des travailleurs mobiles.
- Toutes les conditions de travail, sources éventuelles de maladies professionnelles, doivent être consignées, et pas seulement celles qui sont officiellement reconnues comme telles au jour d'aujourd'hui. En effet, de nombreuses conditions de travail ne sont pas encore reconnues comme à l'origine de maladies professionnelles même lorsqu'il existe de fortes présomptions.
- Compléter les listes de maladies professionnelles.

## Les femmes (Belgique)

### Des TMS aux caisses

Aujourd'hui, les tâches répétitives sont plus souvent effectuées par des femmes. Ce type de travail entraîne des maladies spécifiques qui les concernent davantage. Parmi ces maux, il y a les troubles musculo-squelettiques (TMS). Cette maladie qui touche le dos ou les articulations... est causée par des mouvements répétitifs, comme dans le travail à la chaîne ou dans les supermarchés.

Le Fonds des maladies professionnelles a analysé les conditions de travail des caissières de grande surface. Sur les 40 caissières expérimentées (ancienneté de 11 à 30 ans), dans quatre enseignes différentes, on dénombre une multitude de TMS qui génèrent des tensions et douleurs quotidiennes. Pourtant, ces femmes lient rarement ces troubles à leur travail. Elles expliquent leur mal par l'hérédité, par l'usure

due au temps qui passe... mais rarement par leur travail pénible et répétitif. Elles sont donc peu nombreuses à introduire une demande auprès du FMP qui, par ailleurs, ne reconnaît même pas les TMS comme maladie professionnelle. « Dans le cas des TMS, les caissières françaises ont plus de chances d'être reconnues comme souffrant d'une maladie professionnelle qu'en Belgique », explique Laurent Vogel. « Le problème se situe donc bien au niveau du système de reconnaissance en Belgique. »

### Le poids des tâches ménagères

La répartition des rôles par la société a aussi une influence sur la santé. Le temps de travail « total », travail rémunéré et travail non rémunéré, peut être une source de stress qui touche surtout les femmes. En effet, les contraintes du travail rémunéré sont amplifiées par les contraintes liées au travail non rémunéré, c'est-à-dire

les tâches ménagères, l'éducation des enfants et celles-ci reviennent, encore aujourd'hui, avant tout aux femmes...

« Non seulement, dans le domaine privé mais aussi au travail » précise Laurent Vogel. Un exemple ? Les femmes qui exercent le métier d'infirmières sont censées, comme elles sont des femmes, avoir naturellement des qualités, notamment en ce qui concerne, le relationnel, l'écoute, l'appui psychologique. Et pourtant, ces qualités soi-disant « innées » ne sont pas prises en compte dans leur charge de travail.

Une enquête de la Fondation de Dublin (*données 2005*) révèle qu'en Europe, les femmes qui travaillent, à temps plein ou à temps partiel, réalisent trois fois plus d'heures de travail non rémunéré que les hommes!

D'après *Maladie professionnelle : où sont les femmes ?* Syndicats, n°20, 28 novembre 2008.



- Compléter les listes de substances à risques et de situations à risques.
- Mettre à jour une carte européenne des lieux de travail à risque, où sont utilisés des produits dangereux.
- Assurés, au niveau européen, un suivi de la santé des travailleurs et mettre en réseau les données statistiques
- Étudier les conséquences de l'utilisation des nouvelles technologies.
- Étudier les secteurs jusque-là peu étudiés et notamment les métiers de services, et les métiers féminisés.
- Étudier les conséquences des risques organisationnels.
- Assurer la reconnaissance des maladies professionnelles, même au moment de la retraite, et ce quelque soit le lieu de résidence en Europe.
- Défendre le système de sécurité sociale pour permettre une indemnisation des maladies professionnelles.
- Initier une réflexion sur les inégalités d'espérance de vie en bonne santé.
- Construire un laboratoire européen sur les conséquences du travail sur la santé au moment de la retraite qui étudierait la santé pour une meilleure connaissance des phénomènes d'usure et de pénibilité.

- Organiser un dialogue social européen autour de ces questions afin d'anticiper les problèmes et d'agir sur l'origine des différentes pathologies qui se déclenchent au moment de la retraite.

## L'ORGANISATION DES RETRAITÉS AU SEIN DES SYNDICATS DE SALARIÉS

### France

#### Union confédérale des retraités de la Confédération générale du travail (Ucr-Cgt)

Son objet est de procéder à l'étude et à la défense des intérêts économiques, matériels et moraux, collectifs et individuels des travailleurs salariés en situation d'inactivité professionnelle: retraités de droits directs ou dérivés, préretraités, chômeurs âgés... L'Ucr-Cgt est l'organisation spécifique des retraités dans la Cgt. L'Ucr-Cgt définit et met en oeuvre l'action confédérale parmi les travailleurs salariés en retraite ou en préretraite... L'Ucr-Cgt assure l'information, la liaison et la coordination des organisations Cgt de retraités et préretraités et les actions de la Cgt. En outre, son rôle se définit ainsi:

- Représenter les retraités et les préretraités, dans les commissions et organismes européens, nationaux, ré-

## Assurer un suivi médical tout au long de la vie, des questions en suspens

**C**omment assurer une continuité entre le suivi médical de la médecine du travail et le suivi médical après la cessation d'activité ?

*Le suivi post-professionnel répond en partie à cette question. Cependant, il n'est pas généralisé, il concerne quelques salariés. Non obligatoire et méconnu, il est peu utilisé. Le rapport Lejeune sur la traçabilité des expositions professionnelles proposent un « suivi médical post exposition tout au long de la vie » pour les travailleurs exposés aux CMR 1 et 2, et évoque un « bilan à 50 ans » et un « bilan de sortie de l'entreprise ».*

*Les conséquences sur la santé des conditions de travail d'aujourd'hui ne sont pas encore visibles: les critères retenus pour la traçabilité concernent des expositions qui ont des conséquences aujourd'hui, 20 ans, 30 ans après l'exposition, mais ils semblent insuffisants. Il n'y a pas assez d'anticipation des phénomènes à retenir pour les pathologies qui se déclareront dans 20 ou 30 ans.*

*Plusieurs autres questions sont soulevées:*

*Comment assurer la transmission des informations entre les médecines ? Avec quelle confidentialité et quelle mutualisation des données ? Faut-il un dossier médical unique ? Qui aurait accès à ce dossier ? Comment serait-il utilisé ? N'y a-t-il pas un risque qu'il soit utilisé par les assurances, par les employeurs... à l'insu du citoyen ? Le patient, devrait-il être l'unique lien entre les médecines ? Quel doit être le contenu d'un dossier médical de santé au travail formalisé ? Quels sont les éléments à retenir ? Faut-il renseigner uniquement les critères retenus aujourd'hui pour reconnaître une maladie professionnelle ? Faut-il donner des informations plus complètes et générales qui permettent d'anticiper les pathologies à venir ? Comment organiser l'information et la formation à l'intention de salariés, des employeurs, des médecins ? Une formation sur la santé et la sécurité au travail ne devrait-elle pas être obligatoire pour toutes les personnes, au chômage ou en emploi ?*

## La traçabilité des expositions professionnelles

Daniel Lejeune, inspecteur général des Affaires sociales, a été chargé par le ministre du Travail Xavier Bertrand de réaliser un rapport sur la traçabilité des expositions professionnelles alors que l'usage des substances chimiques dangereuses notamment CMR (cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques) est croissant. Il a pu constater que la législation était peu et mal appliquée, que les systèmes existants n'étaient pas adaptés et qu'ils ne permettaient pas de mettre en œuvre une politique de prévention efficace. Sur ce constat assez alarmant il a formulé un certain nombre de propositions dont certaines font actuellement l'objet d'expérimentations.

- Mieux impliquer les services de santé au travail (STT) dans la prévention et la traçabilité des expositions professionnelles, en particulier aux risques CMR
- Donner toute sa place à la pluridisciplinarité
- Améliorer le dossier médical en santé du travail (DMST), en tant qu'outil de prévention et de traçabilité des expositions professionnelles, et l'information des salariés sur le suivi médical
- Moderniser la fiche d'entreprise et améliorer les outils informatiques d'analyse et de suivi des expositions professionnelles
- Mettre en place un suivi médical post exposition tout au long de la vie pour les travailleurs ayant été exposés à un CMR 1 ou 2 ou à « toute substance, toute préparation ou tout procédé défini comme tel ».

Les objectifs du « suivi médical post exposition tout au long de la vie » proposés sont les suivants :

- Contribuer, comme celui-ci est susceptible d'apporter un profit thérapeutique au malade, au dépistage précoce des maladies professionnelles
  - Aider les médecins de ville à évoquer plus facilement une étiologie professionnelle de leur diagnostic et les réponses, sociales et médicales, qui doivent en résulter
  - Permettre aux professionnels de santé de mieux sensibiliser leurs patients à des exigences comportementales (au regard des dispositions d'organisation du travail, de protection individuelle et d'hygiène parfois indispensables face aux limites de la protection collective) et d'hygiène personnel (au regard de la pluri-factorialité liée à l'interaction entre les risques professionnels et les risques liés aux comportements privés ou à d'autres facteurs)
  - Définir le champ et les modalités du « suivi médical post exposition tout au long de la vie » sur la base de recommandations élaborées ou encadrées (en liaison avec les sociétés savantes concernées) par la Haute autorité de santé (Has), en coopérant avec des pays, tels que la Belgique et l'Allemagne, qui ont des approches comparables
  - Utiliser à cet effet le DataMart « nominatif »<sup>(1)</sup> proposé dans le cadre de l'aménagement de la « déclaration obligatoire des procédés de travail dangereux »
  - Organiser la délivrance, par la CPAM, d'une décision de prise en charge de ce suivi médical, subordonnée à l'existence d'une Recommandation de la Has
  - Laisser le libre choix au travailleur
  - Assurer la mutualisation du financement du suivi médical post exposition tout au long de la vie par la branche ATMP
  - Maintenir, à titre subsidiaire, les droits existants au « suivi post exposition » et à la « surveillance médicale post professionnelle ».
- Étudier la faisabilité d'un « bilan à 50 ans » ou d'un « bilan de sortie de l'entreprise ».
  - Améliorer l'accès du salarié aux données, notamment d'exposition professionnelle, le concernant, dans des conditions pérennes de confidentialité
    - Ouvrir de nouveaux droits à cet effet : compléter les informations qui doivent obligatoirement figurer sur les bulletins de salaires par l'indication du nom et des coordonnées du service de santé au travail dont relève le salarié ; ouvrir un droit des travailleurs à la délivrance, à tout moment, d'une attestation de suivi médical par le médecin du travail ; assurer une meilleure traçabilité des conseils édictés par le médecin du travail en direction des employeurs.
    - Faciliter l'accès au dossier médical en santé au travail
    - Fiabiliser l'identification des salariés et l'accès au dossier médical en santé au travail, dans le respect des règles posées par la Cnil en envisageant le recours à l'Identifiant national de santé
    - Expérimenter le remplacement de l'attestation d'exposition par un faisceau d'informations accessibles aux travailleurs.

<sup>(1)</sup>Un DataMart « nominatif » correspond à la « liste des travailleurs exposés » à des agents ou procédés CMR visés à l'article R. 4412-30 du CT, destiné à identifier les salariés devant bénéficier de l'accès au « suivi médical post exposition tout au long de la vie » et à alimenter leur curriculum laboris. Un DataMart « collectif » correspondant aux données du « dossier CMR » (article R. 4412-86 du CT) applicable aux agents ou procédés CMR visés à l'article R. 4412-60 du CT, destiné à contribuer au développement de la prévention primaire dans l'établissement et au ciblage des actions des acteurs internes et externes de la prévention primaire, sur les risques différés les plus graves.

gionaux, départementaux et locaux les intéressant et dans les délégations auprès des pouvoirs publics.

- Informer et populariser ses positions auprès de l'ensemble des travailleurs salariés en retraite, préretraite.
- Développer la coopération entre les unions fédérales et unions syndicales au plus près des sections de retraités, en lien avec l'Ucr et la confédération, les fédérations, les unions départementales, les unions locales, prenant en compte l'ensemble des questions liées à la retraite et à la vie des retraités.
- Impulser et coordonner à tous les niveaux les activités concernant les retraités, les préretraités...

## Espagne

### Federación de Pensionistas y Jubilados, Comisiones Obreras

Les Comisiones Obreras organisent les retraités dans la Federación de Pensionistas y Jubilados (les « pensionistas » bénéficient d'une pension pour handicap, veuvage... sans forcément être retraités) : il les informe sur les pensions, les montants qu'ils doivent percevoir, les réclamations à la Sécurité sociale... Les demandes concernent principalement l'application de la loi sur la dépendance.

## Belgique

### Pensionné(e)s, prépensionné(e)s, chômeurs et chômeuses âgé(e)s-CSC

Les retraités sont représentés au sein du PPCA-CSC, organisés en comités dans chaque région. Une large assemblée nationale se déroule tous les ans et un Congrès tous les quatre ans. Chaque année en avril est organisé « l'université du printemps des PPCA », ce rassemblement de formation et de réflexion, d'une durée de deux jours, réuni 250 à 300 militants.

Pour les travailleurs pensionnés, les éléments de preuves pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle doivent être présentés de la même manière que pour les travailleurs actifs. Les contacts avec l'entreprise étant rompus, ceci est souvent plus difficile. Pour l'année 2008, dans le secteur salarié, 463 premières demandes dont 411 pour les hommes et 52 pour les femmes âgés de 60 à 64 ans ont été introduites, et 1 003 premières demandes dont 947 hommes et 56 femmes âgées de 65 ans et plus. Parmi ces demandes, 120 dont 118 hommes et 2 femmes de 60 à 64 ans et 365 dont 356 hommes et 9 femmes de 65 ans et plus, ont été reconnus pour incapacité permanente. Les services juridiques des syndicats, continuent à préparer, présenter et défendre les dossiers des travailleurs pensionnés syndiqués.

### Fédération générale du travail de Belgique

La FGTB organise tous les travailleurs et rassemble un million de membres. Les travailleurs, ce sont aussi des sans emploi ou des prépensionnés et pensionnés. Ce sont des hommes ou des femmes. Ce sont des jeunes. Ce sont des immigrés. La FGTB est attentive aux spécificités de tous ces groupes.

## Italie

### Sindacato Pensionati Italiani-Confederazione Generale Italiana del Lavoro (SPI-CGIL)

Le SPI-CGIL, organisation confédérale, regroupe environ trois millions de retraités et personnes âgées de nationalité italienne indépendamment du secteur professionnel. Le SPI-CGIL est organisé au niveau territorial par Ligue. Le secrétariat national du SPI gère, en rapport avec la CGIL, les politiques nationales, en particulier au sujet des retraites et de la santé. Le syndicat a notamment œuvré pour la reconnaissance des années de travail forcé dans les usines allemandes pendant la seconde guerre mondiale.

## Allemagne

### Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Les retraités sont différemment organisés selon les syndicats. Plutôt structurés dans les syndicats du service public, les groupes de retraités sont peu formalisés dans l'industrie. Au sein de la fédération la réflexion concernant les problématiques des retraités prend de l'importance mais il n'y a pas d'organisation formelle, au même titre que d'autres comités. Ainsi, les revendications concernent plus les conditions de travail que les problématiques liées à la retraite.

## Europe

### La Fédération européenne des retraités et des personnes âgées (Ferpa)

La Ferpa a été créée en 1993 par des travailleurs et des travailleuses à la retraite, désirant prolonger leur engagement syndical pour une société plus juste, plus démocratique, plus citoyenne et solidaire avec les jeu-

## LE CSC BRABANT WALLON ET LES PPCA

**Les PPCA (Pensionné(e)s, Prépensionné(e)s, Chômeurs et chômeuses Agé(e)s) sont un groupe de seniors, militant(e)s syndicaux qui tentent d'articuler de façon dynamique les problèmes des personnes âgées avec les revendications et les luttes des actifs et inactifs plus jeunes. Ils sont membres d'un nouveau groupement dans l'organisation syndicale. C'est la première fois en effet que la société compte autant de membres aînés, en bonne santé et dynamiques. Cette réalité se reflète parmi les membres de la CSC et c'est donc une nouveauté que de les intégrer, ainsi que leurs revendications et leurs actions au sein de notre réflexion et nos pratiques.**

**Les PPCA s'engagent à renverser la logique habituelle qui cantonne les aînés dans une position de personnes à charge, difficiles, repliées sur elles-mêmes. Ils mettent leur expérience au service de la défense et la promotion de leurs intérêts et de ceux d'entre eux, plus faibles et ou isolés. Ils mettent aussi leur expérience à la disposition des droits et des revendications des plus jeunes. L'optimisme, l'énergie, l'opiniâtreté stimulent leur vigilance car bien que les aînés vivent plus âgés, ils n'ont probablement jamais été autant exposés aux politiques sociales rétrogrades.**

Extrait du site Internet : <http://csc-brabant-wallon.csc-en-ligne.be>

nes et les travailleurs. Elle a adhéré à la Confédération européenne des syndicats (Ces). Avec ses 10 millions d'affiliés, la Ferpa est aujourd'hui l'organisation la plus représentative des retraités et des personnes âgées en Europe. Elle coordonne sa politique avec celle de la Ces notamment en matière de sécurité et de protection sociale, plus particulièrement en ce qui concerne les pensions, les soins de santé, la lutte contre l'exclusion sociale et contre la pauvreté qui touche plus de 50 millions de citoyens en Europe, dont plus de 16 millions sont des personnes âgées et des femmes âgées isolées.

La Ferpa se mobilise en vue d'influencer les législations et les politiques de l'Union européenne par le biais de représentations directes auprès de diverses institutions européennes. Elle revendique la mise en place d'une procédure de consultation par la Commission européenne des organisations les plus représentatives des retraités et des personnes âgées, le but étant que leur voix soit entendue lors de décisions qui touchent, en particulier, leurs conditions de vie, les soins de longue durée, la dépendance et la formation tout au long de la vie.

Les organisations affiliées à la Fédération mènent également des actions auprès de leur gouvernement national, notamment lors de réunions du Conseil européen qui ont à leur ordre du jour des questions relatives aux intérêts des retraités et des personnes âgées.

## CONTEXTE EUROPÉEN

L'amélioration de l'environnement de travail afin de mieux protéger la santé et la sécurité des travailleurs est une compétence de l'Union européenne énoncée dans l'article 137 du traité des Communautés européennes. Une importante législation existe, au niveau européen, sur la santé et la sécurité au travail. De plus, tous les six ans, est mis en place une stratégie européenne concernant la santé et la sécurité au travail.

La directive-cadre de 1989 qui aborde la protection des travailleurs au travail, les mesures préventives des accidents de travail et des maladies professionnelles, l'information, la consultation et la participation équilibrée, la formation des travailleurs et de leur représentant a lancé la politique communautaire en la matière. Elle définit les termes et énumère notamment les obligations de l'employeur en matière de sécurité, d'évaluation des risques et de prévention. L'objectif de la législation européenne est d'imposer des standards à tous les pays membres. Si les minima imposés par certaines directives peuvent être en deçà de la législation nationale, force est de constater que la législation européenne est souvent motrice dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Cependant, un certain nombre de dispositifs sont à mettre en place pour assurer un suivi de la santé au travail et élaborer des politiques de prévention. En effet, il n'y a pas de données systématisées sur le long terme sur les conditions de travail et la perception des salaires. Cette absence de données limite les connaissances de l'impact du travail sur la santé et sur les processus

de vieillissement et ne permet pas d'anticiper les risques. L'une des priorités est donc d'engager un suivi, sur le long terme, des conditions de travail et de ses impacts sur la santé physique (notamment les troubles musculo-squelettiques) et mentale (notamment les risques psychosociaux). L'étude européenne Next va dans ce sens.

Il faudrait mettre en place un dispositif européen de traçabilité. Ces données sont indispensables pour sensibiliser et élaborer des politiques de prévention. Les données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles de chaque État membre ne sont pas harmonisées et ne permettent pas une analyse transversale.

Toujours au niveau européen, il serait nécessaire d'avoir des données pour étudier l'impact sur la santé de nouvelles formes de travail liées à la précarisation du travail, la mobilité, le travail saisonnier, la sous-traitance... qui impliquent une politique de prévention spécifique. Concernant le travail saisonnier par exemple, il faudrait assurer la traçabilité d'une saison à l'autre et étudier l'impact de l'utilisation des pesticides sur la santé. Enfin, il serait également nécessaire, puisque c'est un constat partagé en Europe, de sensibiliser les médecins généralistes aux facteurs de risques professionnels notamment par la formation et de mettre en place un système de signalisation épistémologique.

### L'ÉTUDE EUROPÉENNE NEXT :

(*nurses'early exit study*)

### UN EXEMPLE À SUIVRE

**Cette étude financée par la Commission européenne porte sur la situation de travail et de vie des personnels soignants ainsi que sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier. Partant du constat que les professionnels soignants quittent le travail plus tôt, elle vise à mieux expliquer cette situation dans le but de proposer des solutions pour réduire les problèmes de santé et les départs prématurés. Dix pays participent à cette étude : l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, la Pologne, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Suède.**

**L'enquête Presst (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail)-Next réalisée dans ce cadre représente un dispositif sans précédent pour l'étude des conditions de travail à l'hôpital. Les données quantitatives et qualitatives de cette enquête ont permis d'identifier les causes des départs anticipés et d'objectiver les problèmes, ce qui est essentiel pour formuler des propositions d'amélioration des conditions de travail.**

Les résultats de l'enquête et de nombreuses publications en lien avec l'étude sont disponibles sur le site : [www.presst-next.fr](http://www.presst-next.fr)



## Europe : Santé et sécurité au travail

**D**ans le cadre de la préparation de la stratégie communautaire pour la santé et la sécurité 2007-2012, les représentants syndicaux des 25 pays de l'Union européenne ont défini des priorités.

En voici quelques unes :

- **Consolider les systèmes de prévention en tenant compte des mutations du travail. Il est possible de distinguer 2 niveaux de prévention : celui des acteurs qui interviennent régulièrement dans l'entreprise (employeurs, salariés, organisations sur les lieux de travail et leurs représentants, services de prévention internes ou externes) et celui des acteurs qui interviennent en amont (les autorités et institutions publiques). Les directives s'intéressent au premier niveau. Au sein des États, les politiques de prévention manquent d'ambition, les services n'ont généralement pas les moyens d'intervenir efficacement. Il faudrait renforcer les systèmes d'inspections du travail, mettre en place des sanctions efficaces, dissuasives et proportionnelles, assurer une couverture de l'ensemble des travailleurs par des représentants pour la sécurité, améliorer et renforcer le fonctionnement des services de prévention, assurer une couverture adéquate pour les travailleurs précaires et les travailleurs migrants.**
- **Renforcer la cohérence des politiques de prévention par rapport au risque chimique**
- **Intervenir plus efficacement sur l'organisation du travail, en particulier pour la prévention des TMS.**

CI-DESSOUS UNE SÉLECTION DE LA LÉGISLATION EUROPÉENNE CONCERNANT LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, AVEC L'AIMABLE AUTORISATION DU DÉPARTEMENT SANTÉ-SÉCURITÉ DE L'INSTITUT SYNDICAL EUROPÉEN. SITE INTERNET : <http://hesa.etui-rehs.org>

### STRATÉGIE EUROPÉENNE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL 2007-2012

Base légale	Article 137 du Traité CE, destiné à apporter des améliorations à l'environnement de travail afin de mieux protéger la santé et la sécurité des travailleurs.
Rappel des faits	Le 21 février 2007, la Commission européenne a adressé une communication par laquelle elle présentait son projet de nouvelle stratégie européenne de santé et de sécurité au travail (SST) qui sera d'application de 2007 à 2012. Cette stratégie succède à la stratégie 2002-2006 : <i>S'adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006</i> . Le nouveau texte fixe l'agenda pour la mise en place d'une politique SST en Europe pour les cinq prochaines années.
Principales dispositions	<p>La nouvelle stratégie pour 2007-2012, intitulée Améliorer la qualité et la productivité au travail : stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail, vise à atteindre une diminution globale de 25 % des accidents de travail. Elle énumère un éventail d'actions aux niveaux européen et national dans les matières suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● L'amélioration et la simplification de la législation existante et le renforcement de sa mise en œuvre en pratique par le biais d'instruments sans caractère obligatoire</li><li>● La définition et la mise en œuvre de stratégies nationales adaptées au contexte spécifique de chaque État membre</li><li>● L'intégration de la santé et de la sécurité au travail dans les politiques nationales et européennes d'éducation, de santé publique et de recherche</li><li>● Une meilleure identification et évaluation de nouveaux risques potentiels via une étude plus approfondie, l'échange d'informations et l'application pratique de résultats.</li></ul>

Le point de vue syndical	<p>La CES a noté que la nouvelle stratégie de la Commission est la plus pauvre en initiatives concrètes proposées depuis le premier programme d'action communautaire adopté en 1978.</p> <p>La CES rappelle que les accidents du travail ne représentent qu'une partie limitée des atteintes à la santé causées par le travail. Elle regrette que la communication ne précise pas la façon dont les maladies professionnelles, particulièrement celles associées au cancer et aux TMS, pourront être réduites.</p>
<b>STRATÉGIE EUROPÉENNE POUR LES PRODUITS CHIMIQUES : REACH</b>	
Base légale	Les articles 94 et 95 du Traité CE, sur l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur.
Rappel des faits	<p>Le 13 décembre 2006, le Parlement européen a adopté en seconde lecture l'accord de compromis négocié avec le Conseil sur une réforme de la législation européenne sur les substances chimiques, REACH, qui obligera les fabricants à enregistrer toutes les substances chimiques produites ou importées en quantités supérieures à 1 tonne par an. Ce règlement entrera progressivement en vigueur à partir de juin 2007, et le processus d'enregistrement s'étalera sur une période de 11 ans.</p> <p>Le calendrier d'enregistrement dépend des risques que présente la substance et de la quantité de substance produite. Le dernier délai pour l'enregistrement des substances a été fixé à 2018. REACH institue également une nouvelle Agence européenne des produits chimiques, qui sera basée à Helsinki. Elle sera chargée de la gestion du nouveau système, y compris la procédure d'autorisation.</p>
Principales dispositions	<p><b>Charge de la preuve:</b> En vertu de ce règlement, la charge de la preuve en matière d'essais et d'évaluation des risques que présentent les produits chimiques concernés passera des autorités publiques à l'industrie.</p> <p><b>Autorisation de substances extrêmement préoccupantes:</b> En ce qui concerne les substances les plus dangereuses, les fabricants auront l'obligation d'obtenir une autorisation avant d'en faire usage ou de les mettre sur le marché. Un plan de substitution devra également être soumis par les producteurs dans le but de les remplacer par des substances moins nocives. S'il s'avère qu'il n'existe pas d'articles de substitution, les producteurs devront présenter un plan de recherche et de développement dans le but d'en trouver.</p> <p><b>Enregistrement:</b> REACH exige des fabricants et importateurs de substances chimiques (<math>\geq 1</math> tonne/an) qu'ils évaluent les propriétés physico-chimiques ainsi que l'impact sur la santé humaine et l'environnement de leurs substances et, sur la base de ces informations, déterminent la manière dont celles-ci peuvent être utilisées en toute sécurité. En ce qui concerne les substances qui se trouvent déjà sur le marché intérieur (substances bénéficiant d'une période transitoire), les fabricants et les importateurs devront introduire une procédure d'enregistrement préalable, s'ils souhaitent bénéficier de dispositions transitoires leur permettant de les enregistrer à une date ultérieure. L'enregistrement préalable permet également aux déclarants de partager des informations avec d'autres déclarants et d'éviter d'effectuer plusieurs fois les mêmes essais. La période d'enregistrement préalable débutera le 1<sup>er</sup> juin 2008 et s'achèvera le 1<sup>er</sup> décembre 2008.</p> <p><b>Communication à l'intérieur de la chaîne:</b> Les fournisseurs de substances chimiques sont tenus d'informer les utilisateurs en aval des risques que peuvent présenter leurs substances pour la santé, la sécurité et l'environnement (via la fiche de données de sécurité). Les utilisateurs en aval ne peuvent utiliser des substances classées comme dangereuses ou qui sont persistantes, bioaccumulables et toxiques (PBT et vPvB) que s'ils appliquent les mesures de gestion des risques identifiées sur la base des scénarios d'exposition dans le cadre de leur utilisation.</p>

Le point de vue syndical	La CES s'est réjouie de l'adoption de cette législation cruciale mais regrette que l'information vitale pour la protection de la santé des travailleurs et fournie par les rapports sur la sécurité chimique ne soit désormais plus obligatoire que pour le tiers des substances chimiques initialement prévues.
--------------------------	--

### RÈGLEMENT SUR LA CLASSIFICATION ET L'ÉTIQUETAGE DES PRODUITS CHIMIQUES

Rappel des faits	Le système global harmonisé a été conçu par les Nations unies dans le but de s'assurer, qu'à travers le monde, des critères identiques sont utilisés lors de la classification et de l'étiquetage des substances chimiques dangereuses.
------------------	---

Développements	Le 16 décembre 2008, le Parlement européen et le Conseil ont adopté le système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH). Le règlement est entré en vigueur le 20 janvier 2009.
----------------	--

Principales dispositions	<p>Ce nouveau système, adopté au plan international par les Nations unies, permet de garantir qu'un même danger sera décrit et signalé de façon identique dans le monde entier. Le règlement impose aux entreprises de classer, d'étiqueter et d'emballer leurs produits chimiques dangereux avant leur mise sur le marché. Il vise à protéger les travailleurs, les consommateurs et l'environnement au moyen d'un étiquetage indiquant les éventuels effets nocifs du produit chimique, tout en intégrant les dispositions du règlement Reach concernant la notification des classifications à l'Agence européenne des produits chimiques à Helsinki.</p> <p>La classification, l'étiquetage et l'emballage des substances devront être conformes aux nouvelles dispositions à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010. Pour les préparations, maintenant appelées « mélanges », les nouvelles règles sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015.</p> <p>Le nouveau règlement complète et modifie le règlement Reach relatif à l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques. Il abroge les directives relatives à la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances chimiques (directive 67/548) et des préparations (directive 1999-1945) au 1<sup>er</sup> juin 2015.</p>
--------------------------	---

Le point de vue syndical	La CES s'était opposée fermement à la proposition de la Commission de soustraire au champ de la directive Agents chimiques les substances supplémentaires qui seront classées comme dangereuses du fait du nouveau système SGH, de même qu'à toute déclassification de substances dangereuses qui figurent dans l'Annexe I de la directive 67/548/CEE sans réévaluation approfondie des données (éco) toxicologiques.
--------------------------	---

### RÈGLEMENT SUR LES STATISTIQUES COMMUNAUTAIRES DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Base légale	Article 285 du Traité CE.
-------------	---------------------------

Principales dispositions	<p>Le règlement, adopté en décembre 2008, vise à établir le cadre d'une production systématique de statistiques communautaires dans deux domaines, la santé publique ainsi que la santé et la sécurité au travail. Les statistiques doivent se présenter sous la forme d'un ensemble harmonisé et commun de données produit par Eurostat avec les instituts nationaux de statistique et les autres autorités nationales en charge de la fourniture de statistiques officielles.</p> <p>Auparavant, les informations statistiques sur la santé publique et la santé et la sécurité au travail étaient recueillies sur base volontaire. Le règlement devrait permettre d'améliorer la qualité et la comparabilité des statistiques.</p>
--------------------------	---

Le point de vue syndical	L'harmonisation des statistiques est certainement utile. Dans le domaine des maladies professionnelles, les différences entre les États membres sont d'une ampleur telle que le développement de statistiques harmonisées exigerait au préalable une harmonisation minimale des systèmes de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles. Paradoxalement, il s'agit d'un des objectifs les plus anciens de l'action communautaire. Cet objectif n'a jamais été atteint parce que les instruments juridiques adoptés depuis 1962 sont de simples recommandations.
<b>RÉVISION DE LA DIRECTIVE AGENTS CANCÉROGÈNES ET MUTAGÈNES (MODIFIANT LA DIRECTIVE 2004/37/CE)</b>	
Base légale	L'article 137 du Traité CE.
Rappel des faits	En avril 2007, la Commission européenne a lancé la deuxième phase de consultation des partenaires sociaux européens en vue de réviser la directive Agents cancérigènes. Ce processus de révision avait été lancé trois ans plus tôt afin d'adapter cette législation aux évolutions des connaissances scientifiques, du progrès technique et du monde du travail.
Le point de vue syndical	Dans sa réponse à la deuxième phase de consultation, remise fin mai 2007, la CES se prononce en faveur de l'extension du champ d'application de la directive aux substances toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2. La CES considère notamment que cette inclusion augmentera les synergies entre la législation « santé au travail » et la réglementation REACH, entrée en vigueur le 1 <sup>er</sup> juin dernier. Par ailleurs, la CES estime qu'il faut durcir les valeurs limites contraignantes d'exposition professionnelle (VLECP) fixées pour le benzène, le chlorure de vinyle monomère et les poussières de bois durs. Des VLECP devraient également être fixées pour d'autres substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction. La CES épingle en particulier le cas de la silice cristalline, un cancérigène auquel 4 millions de travailleurs européens sont exposés et pour lequel aucune valeur limite n'est fixée à l'échelle européenne
<b>CONSULTATION DES PARTENAIRES SOCIAUX SUR LA PROTECTION DES TRAVAILLEURS CONTRE LES TMS</b>	
Base légale	Article 138 du Traité CE.
Rappel des faits	L'obligation de la Communauté de protéger les travailleurs des troubles musculo-squelettiques (TMS) est remplie à l'heure actuelle par le biais de plusieurs prescriptions générales découlant de la directive-cadre de 1989 et aussi d'une série de directives individuelles (relatives au lieu de travail, au matériel professionnel, à la manutention manuelle de charges, au travail sur écran de visualisation et aux vibrations). Une initiative de la Communauté pour la prévention des TMS a été prévue dans la stratégie pour la santé et la sécurité 2002-2006.
Développement	La Commission européenne a entamé la seconde phase de la consultation des partenaires sociaux européens en mars 2007. Dans sa proposition, la Commission a considéré qu'une initiative législative, prévoyant un cadre juridique européen plus net, cohérent et révisé serait appropriée. Selon la Commission, les directives individuelles actuelles ne tiennent pas compte de l'ensemble des types de situations professionnelles ou de tous les facteurs de risques qui sont la cause de TMS d'origine professionnelle.  La directive envisagée fournirait une définition complète des TMS liés à l'exercice d'une activité professionnelle et des facteurs de risques professionnels sur la base des données scientifiques les plus récentes tirées de publications spécialisées en ergonomie et en épidémiologie. Une attention particulière serait accordée aux risques biomécaniques suivants: la force, la répétition, les postures gênantes ou statiques, les contraintes de contact.



**PROPOSITION DE LA COMMISSION VISANT À LA CODIFICATION DE LA DIRECTIVE 83/477/CEE  
CONCERNANT LA PROTECTION DES TRAVAILLEURS CONTRE L'AMIANTE**

Base légale	L'article 137 (2) du Traité CE.
Rappel des faits	La directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail a été modifiée à plusieurs reprises et de façon substantielle. Dans un souci de clarté et de rationalité, la Commission souhaite procéder à la codification de ladite directive.
Développement	En novembre 2006, la Commission a présenté sa proposition visant à la codification de la directive 83/477/CEE et en mai 2007, le Parlement européen a déposé son rapport législatif sur la proposition de la Commission.
Le point de vue syndical	La codification proposée par la Commission reprend l'ensemble des dispositions en vigueur. Elle contribue à une meilleure lisibilité des dispositions communautaires.

**PLUSIEURS ORGANISMES EUROPÉENS  
SONT CHARGÉS DES QUESTIONS DE SANTÉ  
ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL**

**L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail** située à Bilbao a pour mission de fournir aux instances communautaires, aux États membres et aux milieux intéressés les informations techniques, scientifiques et économiques utiles dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Elle a mis en place un observatoire européen des risques qui a notamment pour but de favoriser le débat entre partenaires sociaux, chercheurs, décideurs politiques et organes de l'Union européenne autour des questions de la santé et la sécurité au travail.

**La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound)**, située à Dublin, est un organe tripartite de l'Union qui a été institué dès 1975 dans le but de contribuer à la planification et à la mise en place de meilleures conditions de vie et de travail en Europe. Plus concrètement, elle évalue et analyse les conditions de vie et de travail, fournit des avis et des conseils aux responsables et principaux acteurs de la politique sociale, fait état des évolutions et des tendances, en particulier de celles qui induisent des changements.

**Le département santé-sécurité de l'Institut syndical européen (European Trade Union Institute – ETUI)** a pour objectif de promouvoir un haut niveau de santé et de sécurité sur les lieux de travail en Europe. Il a succédé au Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité créé en 1989 à l'initiative de la Confédération européenne des syndicats. Il assure un suivi de la législation européenne en matière de santé et sécurité au travail et élabore des stratégies syndicales communes. Il exerce une mission d'expertise auprès des membres syndicaux du Comité consultatif pour la

sécurité, l'hygiène et la protection de la santé au travail à Luxembourg et de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail. Il mène des études dans des domaines tels que l'évaluation des risques, l'organisation de la prévention, les troubles musculo-squelettiques, la dimension de genre au travail, l'ergonomie, la charge mentale et le stress au travail. Enfin, il anime des réseaux d'experts en matière de normalisation technique (ergonomie, sécurité des machines) et de substances dangereuses (classification, évaluation des risques et établissement des valeurs limites d'exposition).

Nous tenons à remercier Monsieur Laurent Vogel, directeur du département santé-sécurité, pour sa contribution à la formulation des priorités européennes portées par la Ces en matière de santé et sécurité au travail en lien avec les problématiques abordées dans la présente étude.

Des organismes nationaux ont également une vocation européenne dans le domaine de la compréhension des risques professionnels, comme Eurogip. Créé fin 1991, Eurogip, trait d'union entre la Sécurité sociale française et l'Europe dans le domaine des risques professionnels, analyse les évolutions au niveau communautaire et dans les autres pays de l'Union. Avec l'INRS et les Cram, Eurogip fait partie du réseau de prévention de la branche AT/MP. Ce groupement d'intérêt public a une mission d'information auprès des partenaires sociaux et des personnels de la Sécurité sociale. Eurogip réalise notamment des études comparatives sur les risques professionnels en Europe dont *Les maladies professionnelles en Europe. Statistiques 1990-2006* et actualité juridique, enquête réalisée en collaboration avec le Forum européen de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles, Rapport d'enquête, Réf. Eurogip-34/F, janvier 2009. Eurogip diffuse également une Newsletter tous les mois via Internet. ■

# conclusion

Une retraite en bonne santé implique un suivi de la santé tout au long de la vie et une politique de prévention efficace. En effet, le « bien vieillir » est indissociable du « bien travailler ». Pendant la vie active il s'agit d'assurer une traçabilité des expositions et des conditions de travail ayant potentiellement des conséquences sur la santé. Au moment de la retraite, il s'agit d'assurer la continuité du suivi pour faciliter le dépistage et la reconnaissance des maladies professionnelles qui se déclarent souvent après un temps de latence important. Enfin, il s'agit de mettre en place des outils permettant une prévention efficace et d'améliorer les conditions de travail en tenant compte des évolutions techniques et sociales, en permanence.

En effet, la mobilisation autour de ces questions est d'autant plus importante qu'il faut prendre en compte l'évolution du travail et de la vie active : tertiarisation de l'économie, utilisation de nouvelles technologies, développement des formes de travail précaire (CDD, temps partiel, intérim, sous-traitance...), augmentation du nombre de chômeurs, féminisation de certains métiers, vieillissement de la population active...

Les progrès scientifiques et technologiques ne se traduisent pas automatiquement par une amélioration des conditions de travail. L'informatisation, l'automatisation des tâches, la robotique, toutes les évolutions notamment technologiques, liées à la tertiarisation de l'économie, la réduction du temps de travail... n'ont pas contribué à l'amélioration des conditions de travail. L'intensification du travail, la flexibilité, les nouvelles modalités d'organisation du travail et de gestion... ont contribué à l'émergence de nouvelles formes de pénibilité sans pour autant faire disparaître celles de l'époque de la domination industrielle.

Le stress et les risques psychosociaux se sont ajoutés à la liste des risques physiques et des expositions à des nuisances et produits dangereux. Le développement du travail précaire a un impact d'autant plus important que l'on connaît le lien entre conditions de travail et inégalités sociales de santé <sup>(1)</sup> qui se perpétue au moment de la retraite. Les inégalités en matière d'espérance de vie sans incapacité n'ont pas disparu : les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres et pas-

sent plus de temps qu'eux avec des incapacités et des handicaps. La « double peine » <sup>(2)</sup> des ouvriers est toujours une réalité. Les conditions sociales directement liées à l'exercice d'une activité professionnelle sous des formes atypiques, accentuent les inégalités en matière de santé.

Les systèmes de retraite, la sécurité sociale sont remis en cause dans les pays européens : quelles en seront les conséquences sur la reconnaissance des maladies professionnelles et leur indemnisation ? Comment les défendre ? Les réformes des retraites imposent une durée plus longue de cotisation qui obligera à travailler bien au-delà de 60 ans pour avoir une retraite à taux plein, avec quelles conséquences sur la santé ? L'augmentation constante de l'allongement de la durée de la vie depuis un siècle ne saurait nous exonérer de cette réflexion car c'est une durée de vie en bonne santé plus longue que nous visons.

L'amélioration de l'environnement de travail afin de mieux protéger la santé et la sécurité des travailleurs est une compétence de l'Union européenne énoncée dans l'article 137 du traité des Communautés européenne. Il s'agit, pour les syndicats européens, de revendiquer une législation permettant d'assurer concrètement la santé et la sécurité des travailleurs, de manière contraignante, mais également de sensibiliser les retraités et futurs retraités à la nécessité d'assurer un suivi médical permettant la prévention et la reconnaissance des maladies professionnelles qui souffrent d'une invisibilité sociale importante.

La mobilisation à tous les âges de la vie, par la formation, la prévention et l'amélioration des conditions de travail et le suivi médical tout au long de la vie, est nécessaire pour garantir une retraite en bonne santé. C'est ambitieux mais indispensable pour une Europe du progrès et du développement humain durable. ■

<sup>(1)</sup> « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Institut de veille sanitaire), n° 33 du 2 septembre 2008.

<sup>(2)</sup> Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde, Jean-Marie Robine, « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », Population et sociétés, numéro 441, janvier 2008.

## Pistes bibliographiques

Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde, Jean-Marie Robine : *La « double peine » des ouvriers : Plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte*, Population et sociétés, numéro 441, janvier 2008.

Daniel Lejeune : *La traçabilité des expositions professionnelles*, Inspection générale des Affaires sociales RM2009-108P, octobre 2008.

*Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : État des lieux et évolution temporelle*, bulletin épidémiologique hebdomadaire (Institut de veille sanitaire), n° 33 du 2 septembre 2008.

*Les maladies professionnelles*. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale, INRS, Éditions 2008.

G. Kreutz, P. Vallet, M. Gilles, J.-P. Meyer : *Vieillesse, santé, travail : État des lieux et perspectives de prévention*, Documents pour le médecin du travail, INRS, n° 97, 1<sup>er</sup> trimestre 2004.

Eurogip : *L'emploi et la santé au travail des seniors en Europe*, Note thématique, septembre 2008.

Eurogip : *Les maladies professionnelles en Europe*. Statistiques 1990-2006 et actualité juridique, enquête réalisée en collaboration avec le Forum européen de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles. Rapport d'enquête, Réf. Eurogip-34/F, janvier 2009.

A.-F. Molinié, S. Volkoff : *La démographie du travail pour anticiper le vieillissement*, Anact 2002.



**émergences**

formation conseil expertises

**Emergences**

261 rue de Paris - 93556 Montreuil

Tél. +33 1 55 82 17 60 - Fax + 33 1 55 82 17 65

E-mail : [conseil@emergences.fr](mailto:conseil@emergences.fr)

Site Internet : [www.emergences.fr](http://www.emergences.fr)

