



Lecture critique de la stratégie 2007-2012 de santé et sécurité au travail

Nécessité d'une stratégie communautaire

La santé au travail a constitué avec l'égalité des chances entre hommes et femmes un des domaines d'intervention les plus dynamiques de la politique sociale communautaire. Les quelque vingt directives qui ont été adoptées dans ce domaine ont contribué à des réformes, souvent importantes, dans l'ensemble des pays de l'Union européenne. Cet acquis est important. Il faut le défendre contre les tentatives de remise en cause du patronat et d'un certain nombre de gouvernements qui, sous des étiquettes variables et parfois confuses, préconisent une "dérégulation". La défense de cet acquis n'a rien à gagner d'une attitude de complaisance par rapport aux insuffisances réelles des politiques communautaires de santé au travail. Les directives communautaires jouent un rôle indispensable pour former un cadre de référence commun dans les différents États de l'UE. Elles ne suffisent pas à améliorer automatiquement les conditions de travail, à les faire converger vers le haut.

Certaines insuffisances se trouvent dans la législation elle-même. Les directives sont des textes de compromis. Elles y perdent parfois une partie de leur cohérence et contiennent des dispositions qui peuvent être interprétées et appliquées de manière très divergente. Il s'agit là d'une contrainte inhérente à toute politique sociale communautaire. On peut essayer de limiter les dégâts mais le rapport de forces politique actuel ne permet pas d'envisager des améliorations radicales.

Mais l'essentiel ne se trouve pas dans la législation elle-même. L'expérience de ces quinze dernières années montre que les législations les plus cohérentes et les plus ambitieuses ne suffisent pas. En effet, ces législations doivent intervenir sur une réalité conflictuelle, celle des rapports de travail.

Leur application dépend largement de deux séries de facteurs :

- la dynamique sociale sur les lieux de travail et dans la société. Aucune amélioration des conditions de travail ne découle d'une simple réforme "par le haut". Elle doit être impulsée par une action collective des travailleurs eux-mêmes ;
- une dynamique institutionnelle qui suppose la définition et la mise en oeuvre d'une stratégie cohérente de la part des autorités publiques¹.

La recherche d'une stratégie communautaire de santé au travail part du constat, largement partagé, que la législation communautaire doit être accompagnée par une telle dynamique institutionnelle tant au niveau de l'UE que dans chacun des États.

De notre point de vue, il ne s'agit pas d'opposer les instruments non législatifs d'une telle dynamique à la législation existante ou future. Au contraire, c'est parce que nous voulons que les directives deviennent un instrument plus efficace de convergence vers le haut des conditions de travail que nous soulignons la nécessité d'un ensemble d'interventions non législatives qui contribueraient à cet objectif.

Qu'est-ce qu'une stratégie ?

Le mot stratégie est à la mode. Il a quitté depuis longtemps la seule sphère de la guerre pour s'étendre à d'innombrables domaines. Il décrit une action qui concentre un ensemble de dispositifs de manière articulée et cohérente afin d'atteindre des buts déterminés. On parlera aussi bien de stratégie amoureuse que de celle des entreprises. La recherche médicale en vient même à prêter une stratégie aux virus. Pour qu'il y ait stratégie, il faut qu'il y ait au minimum une définition claire d'objectifs à atteindre, la mise en oeuvre de moyens adéquats, une cohérence entre ces différents moyens, des mécanismes d'évaluation et de correction éventuelle de ce qui a été fait pendant une période donnée.

En santé au travail, il est essentiel de partir d'une évaluation précise de la situation et de planifier l'action des différents acteurs qui constituent un système de prévention². Même en s'en tenant à une définition minimaliste, il faut énormément de générosité pour considérer que la communication présentée par la Commission constitue une stratégie.

On y trouve un ensemble d'idées, quelques propositions formulées généralement de manière vague, des juxtapositions d'objectifs souvent contradictoires, une absence presque totale de calendrier, une très grande discrétion sur les moyens disponibles et des mécanismes d'évaluation totalement lacunaires. Comme beaucoup de textes communautaires, la logique interne du document repose surtout sur la recherche d'un langage qui ne fâchera personne ou, du moins, où chacun pourra trouver les quelques mots qui le rassurent. À défaut, on peut même forger de nouveaux termes hybrides, supposés satisfaire tout le monde, comme "flexicurité" !

La communication annonce à la fois le bonheur de chaque individu, la productivité et le profit des entreprises, la conciliation entre la vie professionnelle et les autres dimensions de l'existence, la flexibilité et la sécurité, et quantité d'autres promesses d'un avenir radieux dans le meilleur des mondes. L'avenir de la société européenne ressemble à un poulailler qui assurerait la félicité maximale du

¹ Pour une analyse comparative, voir D. Walters (ed.), *Regulating health and safety management in the European Union: a study of the dynamics of change*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, 2002.

² On se référera notamment à J.L. Castellá, *Guía de introducción a los Sistemas Nacionales de Seguridad y Salud en el Trabajo*, document de l'OIT, 2002.

renard et des poules. En anglais, on appelle cela des “win-win-win” scénarios. C’est ce qui permet aux publicitaires de vous expliquer que si vous achetez telle voiture, vous contribuez bien sûr à la sauvegarde de l’environnement.

Mais en attendant que les renards ne deviennent végétariens, il conviendrait de définir des objectifs et de se donner des moyens qui tiennent compte du conflit réel d’intérêts dans lequel s’inscrit la santé au travail. C’est un destin étrange pour le mot “stratégie”, apparu dans le contexte de la guerre, que de décrire un ensemble d’idées et quelques actions qui nient tout conflit. Chaque fois que la communication aborde la compatibilité entre des objectifs entièrement disparates, elle se limite à citer à titre d’exemple quelque “cercle vertueux”. Ainsi, “L’absence de protection efficace de la santé et de la sécurité au travail peut déboucher sur un absentéisme résultant d’accidents du travail et de maladies professionnelles, ainsi que sur une invalidité permanente d’origine professionnelle, ce qui revêt une dimension humaine non négligeable, mais a aussi un impact négatif majeur sur l’économie.” Ce n’est pas faux, mais la réalité est beaucoup plus complexe. Certaines atteintes à la santé n’entraînent aucune perte économique pour les entreprises, d’autres n’entraînent des pertes qu’à moyen ou long terme, etc. Le lien entre santé au travail et absentéisme est moins simple que ne le laisse supposer la Commission.

Cette volonté de concilier des intérêts et des objectifs contradictoires devient caricaturale lorsque la communication aborde la question de l’égalité entre les hommes et les femmes. La Commission préconise l’égalité... pour accroître la productivité des femmes ! Elle indique : “Les inégalités, tant à l’intérieur qu’à l’extérieur du monde du travail, peuvent affecter la sécurité et la santé des femmes au travail et donc influencer leur productivité.” La productivité semble être devenue un but en soi et le critère de légitimation de toute politique sociale. Une telle approche oublie que l’inégale répartition du travail non rémunéré est aussi un des facteurs de la productivité du travail masculin.

Objectifs généraux : qualité et productivité

La communication définit un ensemble très vaste d’objectifs. À aucun moment, elle n’analyse comment ces objectifs se situent les uns par rapport aux autres. Sont-ils contradictoires ? Dans quelle mesure peut-on les rendre compatibles ? Sur quels points des compromis seraient-ils souhaitables ? Ces questions sont évitées.

Le titre même de la communication est révélateur : “Améliorer la qualité et la productivité au travail : stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail”. La stratégie est donc synthétisée par deux objectifs où le terme même “santé” a

été exclu. La notion de “qualité du travail” est on ne peut plus vague. Elle peut désigner de nombreuses choses différentes : qualité de la vie au travail, qualité du produit final, qualité du processus de travail comme adéquation optimale entre les objectifs de l’entreprise et l’organisation du travail (c’est dans ce dernier sens que vont généralement les normes concernant la qualité³), etc. Quant à la productivité, elle peut s’analyser de manière contradictoire à de multiples niveaux (individus, entreprises, sociétés, etc.).

Quel est le rapport entre la productivité et la santé au travail ? La question est loin d’être simple. Sans prétendre en analyser les différentes facettes ici, on peut souligner qu’il existe différentes manières d’augmenter la productivité et que l’impact de ces différentes manières sur la santé peut varier à l’infini. Définir une stratégie de santé au travail en annonçant d’emblée qu’elle se place sous le signe d’une augmentation de la productivité peut avoir plusieurs sens. Il peut s’agir d’un simple artifice rhétorique destiné à calmer les inquiétudes patronales. Il peut s’agir d’une auto-limitation : on n’améliorera la santé que dans la mesure où cette amélioration contribue aussi à la productivité. Il peut s’agir également d’un critère sur le choix des priorités et des politiques concrètes à mettre en oeuvre.

La communication n’est guère explicite sur les rapports entre la productivité et la santé au travail. Elle se contente de juxtaposer les deux objectifs comme le ferait un collectionneur éclectique. Le choix des accidents du travail comme indicateur privilégié des résultats à atteindre peut suggérer que les coûts immédiats et visibles pour les entreprises sont considérés de manière prioritaire par rapport aux atteintes de santé à long terme. Un débat sérieux sur les dimensions économiques de la santé au travail serait évidemment utile. Il permettrait de dépasser les slogans superficiels qui lient de façon mécanique la prévention et la compétitivité.

Quels champs d’action prioritaires ?

La communication définit un ensemble de champs d’action prioritaires structurés autour de six axes :

- renforcer la mise en oeuvre de la législation communautaire ;
- encourager le développement et la mise en oeuvre des stratégies nationales ;
- promouvoir les changements de comportement ;
- faire face à des risques nouveaux ;
- évaluer les progrès accomplis ;
- promouvoir la santé et la sécurité au niveau international.

Un tel découpage ne contribue pas à une définition claire d’objectifs précis. Il ne part pas d’une analyse de la situation actuelle et des problèmes qu’elle pose. La communication a été structurée en fonction de préoccupations internes des services de la

³ Les travaux d’économistes soulignent la contradiction qui peut exister entre les objectifs de qualité des directions d’entreprise et la santé au travail. Il n’y a rien d’automatique dans les rapports entre “qualité du travail”, telle qu’elle est conçue par les directions d’entreprise et la qualité de la vie au travail des travailleurs. Il n’y a ni cercle vertueux, ni cercle vicieux. Tout dépend des conditions sociales dans lesquelles l’organisation du travail est déterminée. Voir : Ph. Askenazy, E. Caroli, *New Organizational Practices and Well-Being at Work: Evidence for France in 1998*, LEA Working paper 03-11, 2003.



Commission. Chacun des axes est défini dans des termes assez vagues pour devenir une sorte d'espace de rangement pour des objets hétéroclites. C'est le triomphe de la technique du "copier-coller" : des morceaux de texte d'origines très diverses sont assemblés sans qu'on y retrouve une vision d'ensemble définissant clairement des priorités. Une telle présentation débouche sur une sorte de long catalogue plutôt que sur la définition d'une politique cohérente.

Cet inconvénient est aggravé par le caractère presque atemporel de la communication. Celle-ci reflète surtout des logiques bureaucratiques internes : définir les frontières entre les différents services de la Commission, déterminer les instruments utilisés, éviter les conflits avec les États membres, etc. Elle accorde donc la plus grande importance à répéter des formules qui se reproduisent d'un document à l'autre et fournissent l'illusion d'un consensus solide. Par contre, la communication ne situe pas la stratégie dans un contexte précis. Elle oublie presque totalement la mise en oeuvre de REACH (cette réforme majeure n'est mentionnée qu'une seule fois dans un point relativement secondaire sur l'inspection du travail). Elle ne mentionne nulle part les défis posés par les élargissements de la Communauté alors même que la dernière enquête européenne sur les conditions de travail (2005) souligne les grands écarts entre les situations nationales⁴.

La question de la législation communautaire

Le premier axe concerne le cadre législatif. Chaque terme a été soupesé pour éviter de se prononcer clairement sur le débat qui fait rage depuis près de quinze ans concernant le rôle de la législation communautaire. Chaque paragraphe est construit de manière à donner des gages aux dérégulationnistes sans pour autant leur céder sur toute la ligne. Sur le papier, un tel exercice de rédaction ne pose guère de difficulté. Il est douteux qu'il permette d'impulser une politique cohérente.

Les optimistes relèveront que la Commission s'engage à faire respecter la législation communautaire et incite les États membres à veiller à cette question. Elle annonce la mise au point de guides pratiques. Les pessimistes s'interrogeront sur l'annonce répétée d'une simplification législative, sur la référence à un "fardeau administratif superflu" que la législation ferait peser sur les entreprises. Les véritables choix politiques sont renvoyés à une date ultérieure.

Si l'on examine les initiatives concrètes annoncées dans cette partie de la communication, on peut signaler un certain nombre de propositions utiles et quelques ambiguïtés majeures.

Le renforcement de la mise en oeuvre de la législation communautaire constitue une nécessité réelle

dans un contexte où les écarts entre les situations extrêmes ne cessent de s'accroître. L'identification des situations de sous-traitance comme des situations problématiques à cause de l'absence de coordination entre les différents employeurs correspond à un problème important. La question des services de prévention est également cruciale aujourd'hui en Europe. La communication relève à juste titre l'importance de ces deux points. Elle le fait de manière inconséquente en décidant d'emblée que l'intervention communautaire se limitera à une éventuelle recommandation. Il aurait été logique de faire le bilan du recours à un instrument non contraignant comme une recommandation dans un domaine comme la santé au travail. L'expérience n'est guère édifiante.

La Commission préconise ensuite une plus grande coopération entre les inspections du travail. Cette partie de la communication contient quelques ouvertures positives notamment en ce qui concerne la nécessaire coopération entre la surveillance du marché, la politique environnementale et l'inspection du travail. Ici encore, la communication semble vouloir s'en tenir à sa politique du "faire un petit peu plaisir à tout le monde". D'un côté, elle mentionne l'importance de l'inspection du travail et fait quelques propositions pour une meilleure coopération européenne. De l'autre, elle définit le rôle de l'inspection du travail dans des termes qui risquent bien de la transformer en tout autre chose qu'une inspection du travail. Dans l'énumération de ce qu'elle attend des stratégies nationales, elle mentionne le "recours aux inspecteurs du travail comme intermédiaires pour promouvoir un meilleur respect de la législation dans les PME, d'abord à travers l'éducation, la persuasion et l'encouragement puis, si nécessaire, des mesures coercitives".

La communication aborde ensuite les développements futurs de la législation communautaire. De nouveau, il y a un savant dosage entre "un coup à droite" et "un coup à gauche" sans la moindre évaluation des besoins réels. La communication annonce la simplification de la législation communautaire. Ce faisant, elle rattache le débat à un cadre de référence nettement dérégulationniste qui cherche, avant tout, à réduire les charges administratives des entreprises. Ici encore, la question aurait mérité une analyse spécifique liée à la question de la santé au travail⁵. Ce n'est pas le cas. Dès les années 80, la législation communautaire a suivi une approche qui consistait à insister sur la mise en place d'une gestion systématique et planifiée des problèmes de santé au travail. Plutôt que de réagir risque par risque au fil des événements, elle préconisait, à juste titre, de tenir compte des exigences de santé au travail dans l'ensemble des décisions des entreprises. Une telle approche suppose que l'on s'en donne les moyens. Elle implique des "coûts administratifs" indispensables. La pression politique de certains États membres souffle dans un autre sens. En particulier, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et le

⁴ Cette question a été abordée de façon critique à partir d'une analyse de la situation en Lituanie par Charles Woolfson et Dace Calite, *New European Community Strategy for Health and Safety: The elephant in the room, International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 13, 2007, p. 342-355.

⁵ Le problème n'est pas nouveau. Le premier numéro de cette *Newsletter* analysait l'inconsistance des arguments dérégulationnistes dans un article consacré au rapport Molitor. C'était en octobre 1995. Depuis, le rapport en question est tombé dans l'oubli mais son argumentaire se retrouve, avec des variations lexicales modestes, dans la plupart des documents ultérieurs produits par les partisans d'une dérégulation en santé au travail.

Danemark mènent une campagne virulente contre ces "coûts administratifs". Ces pays ne proposent pas la moindre alternative crédible par rapport à la mise en place d'une gestion systématique et planifiée des problèmes de santé au travail⁶. Dans sa communication, la Commission se garde bien de préciser ce qu'elle fera sur le terrain de la simplification. Elle est consciente qu'il s'agit d'un exercice qui pourrait saper tout l'édifice de la législation communautaire en santé au travail.

Les futures initiatives législatives sont annoncées dans un langage très velléitaire. La commission annonce qu'elle "poursuivra, à partir des consultations en cours avec les partenaires sociaux, ses travaux concernant de possibles initiatives visant à renforcer la prévention des risques musculosquelettiques, des agents cancérigènes et des risques d'infection par piqûre d'aiguille". Sur les deux questions les plus importantes (les agents cancérigènes et les troubles musculosquelettiques), on fait du sur-place depuis des années. La Commission n'ose même plus prononcer le mot "directive" qui figurait pourtant dans sa stratégie pour 2002-2006. La Commission poursuivra donc ses travaux entre 2007 et 2012 mais aboutiront-ils un jour ? Après cinq années de tergiversations, elle pourrait se faire une idée plus précise des "possibles initiatives".

En ce qui concerne les risques chimiques, la Commission se limite à annoncer une troisième liste de valeurs limites indicatives, outre la révision éventuelle de la directive sur les agents cancérigènes. C'est un programme très peu ambitieux. La troisième liste est prête et son adoption ne comblera certainement pas l'immense retard pris dans la définition de valeurs limites au plan communautaire. Par ailleurs, rien ne garantit que la Commission adoptera systématiquement les valeurs limites proposées par le Comité scientifique communautaire (SCOEL) sur la base de critères de santé. Il faut rappeler le précédent très négatif de l'adoption en 2006 de la deuxième liste des valeurs limites indicatives. Sous la pression de l'industrie, la Commission avait fini par retirer certaines valeurs limites (NO et NO₂).

La Commission ne tire aucune conséquence de la mise en oeuvre de REACH. Elle risque ainsi de perdre une opportunité importante de renforcer la prévention des risques chimiques sur les lieux de travail. En particulier, le rôle de l'Agence européenne des produits chimiques n'est abordé nulle part. Et pourtant, une politique cohérente en matière de risque chimique exigerait que l'on organise une coopération entre les acteurs de la santé au travail et les organismes responsables de la mise en oeuvre de REACH. Dans plusieurs domaines, une clarification est indispensable. Ainsi quel est le lien à établir entre les valeurs limites d'exposition professionnelle sur les lieux de travail et la notion de limites dérivées d'absence d'effets qui seront élaborées par l'industrie chimique.

Les stratégies nationales

La communication aborde ensuite la question importante des stratégies nationales de santé au travail. Elle préconise une méthode qu'elle aurait bien fait d'appliquer à ses propres travaux : "La définition de ces stratégies devrait reposer sur une évaluation détaillée de la situation nationale, avec la participation active et la consultation de toutes les parties intéressées, notamment des partenaires sociaux."

Les propositions concernant les stratégies nationales tournent autour de quatre points dont l'importance est réelle. Il s'agit de la surveillance de la santé, de la réhabilitation et réintégration des travailleurs exclus du travail en raison d'un problème de santé, d'une prise en compte des changements sociaux et démographiques et d'un renforcement de la cohérence entre les politiques de santé au travail et d'autres politiques comme la santé publique, le développement régional, l'emploi et les restructurations, les marchés publics.

On peut cependant regretter que les trois premiers de ces quatre points restent sans véritable contact avec des initiatives communautaires. La question de la surveillance de la santé est particulièrement cruciale si l'on veut évaluer les résultats de la stratégie sur la base de données plus larges que les seules statistiques concernant les accidents du travail.

Le quatrième point concerne la cohérence entre la politique de santé au travail et d'autres politiques. On notera deux grands thèmes qui ne sont même pas mentionnés : la politique du marché intérieur et des entreprises, et la politique de l'environnement. Une formulation aussi modeste reflète une certaine marginalisation de la politique de santé au travail par rapport à d'autres politiques européennes. Ce phénomène a pu être observé très clairement dans les débats autour de REACH.

Changer les comportements ou favoriser une dynamique sociale ?

La partie de la communication consacrée au changement des comportements est un concentré d'ambiguïtés et de contradictions. Elle comprend quelques ouvertures positives noyées dans des formulations dangereuses qui peuvent déboucher sur des politiques qui iraient à l'encontre de toute stratégie cohérente. Dans cette partie, la Commission se garde bien de définir son propre rôle. Elle se limite à exhorter une série d'autres acteurs à faire un certain nombre de choses. À vrai dire, ce défaut s'étend à de nombreux autres points de la communication. Il est plus fréquent d'entendre la Commission dire qu'elle encourage tel ou tel autre acteur à faire quelque chose qu'à se fixer une tâche.

Cette partie juxtapose deux champs d'action sans aucun rapport direct entre eux, si ce n'est un

⁶ Voir notre dossier spécial : La stratégie communautaire à mi-parcours, Newsletter du BTS, n° 26, décembre 2004, p. 19-33. Téléchargeable sur : <http://hesa.etui-rehs.org> > Newsletter.

discours idéologique général sur la "culture de la prévention". La première partie met l'accent sur la formation en santé et sécurité tant pour les élèves et étudiants à tous les niveaux du cycle éducatif que pour les employeurs et les travailleurs. La Commission envisage une éventuelle recommandation sur la formation à la santé et sécurité dans l'ensemble des politiques de formation.

Nul ne conteste l'importance de la formation. Encore faut-il que la formation corresponde aux besoins réels. Une formation technique axée sur les risques néglige la question centrale du fonctionnement des entreprises. Un certain nombre d'enquêtes menées auprès de jeunes travailleurs victimes d'accidents graves mettent en avant que l'absence de connaissances techniques n'est pas nécessairement le facteur le plus important. C'est l'absence de contrôle sur les conditions de travail, liée à la subordination des travailleurs salariés, qui contribue dans bien des cas à rendre inapplicables les connaissances réelles que les travailleurs ont des exigences de la prévention⁷. Il y a souvent un énorme décalage entre une formation "à froid" dans un établissement d'enseignement et la réalité des rapports sociaux sur le lieu de travail caractérisée par l'absence de démocratie, le chantage à l'emploi, la pression pour une productivité élevée, etc. Ces situations sont particulièrement exacerbées pour les travailleurs précaires. Elles contribuent à expliquer la situation très critique dans laquelle se trouvent les travailleurs intérimaires, indépendamment du niveau et de la qualité de leur formation.

Plutôt que de préconiser le changement des comportements en se référant à une culture de la prévention conçue comme un formatage individuel, la stratégie communautaire devrait aborder la question des obstacles sociaux à la prévention et, tout particulièrement, de l'impact de la flexibilité et de la précarité.

La deuxième partie de cet exercice de "couper-coller" préconise d'"accroître le capital santé". Il s'agirait de convaincre les entreprises qu'elles peuvent devenir plus compétitives si elles encouragent leurs travailleurs à "adopter des habitudes de vie qui améliorent leur état de santé global".

Le terme "capital santé" s'inscrit dans une vision individualiste et souvent moralisante des problèmes de santé. Elle sous-entend que chaque individu détiendrait un capital santé qu'il gère de façon plus ou moins heureuse tout au long de sa vie. Une telle vision n'est souvent qu'une pâle rationalisation laïque de la conception religieuse qui attribue les atteintes à la santé à un châtement pour les péchés individuels commis. Les déterminants sociaux de la santé sont largement ignorés. La santé publique se trouve réduite à des interventions pour persuader les individus à "gérer" leur santé aussi précautionneusement qu'un rentier tiendrait son portefeuille d'actions. La question centrale des inégalités sociales de santé est reléguée à l'arrière-plan.

Par ailleurs, le fait de confier aux entreprises une mission dans ce domaine sur la base des bénéfices qu'elles pourraient en tirer constitue une dérive dangereuse à trois égards :

- cela risque d'affaiblir la prévention collective des risques du travail. Dans un débat récent parmi les médecins du travail néerlandais, la question suivante a été abordée⁸. Que faut-il faire si une analyse économique démontre que le ratio coûts-bénéfices d'une intervention sur des comportements individuels comme l'alcoolisme ou le tabagisme est plus favorable que la substitution de substances cancérigènes sur les lieux de travail ? Bon nombre de médecins considéraient que, dans ce cas, l'intervention sur les facteurs dits individuels devenait prioritaire ;
- cela investit l'entreprise d'une mission qui risque d'empiéter sur la sphère privée des travailleurs. Les déclarations ambiguës de la Commission européenne par rapport à la discrimination à l'embauche de fumeurs sont révélatrices du danger d'accroître l'emprise de l'employeur sur des dimensions privées de l'existence des travailleurs⁹. De multiples abus existent par rapport à la détection de la consommation de drogues illégales ou la discrimination de personnes sur la base de leur état de santé ;
- cela risque de dénaturer les politiques de santé publique en en confiant l'exécution à des acteurs dont les objectifs sont différents de ceux de la santé publique.

La partie finale de cette section contient une surprise de taille. Il s'agit vraisemblablement d'un effet involontaire de la technique de collage entre des textes épars. Alors que la question de la représentation des travailleurs est systématiquement écartée du texte de la communication là où elle aurait dû apparaître logiquement, elle fait surface brusquement dans les actions préconisées au bas du paragraphe concernant le "capital santé". L'objectif est très ambitieux : "Veiller au renforcement du rôle de coordination des représentants des travailleurs dans le cadre d'une gestion systématique des risques professionnels." Cet objectif est évidemment démenti par le niveau d'action préconisé. La Commission se limite à demander aux organisations syndicales et patronales d'aborder ce sujet dans le cadre du "dialogue social sectoriel". Il ne faut pas être un grand devin pour prédire que dans un cadre aussi inadéquat pour un tel sujet (qui n'a rien de sectoriel !), il ne se passera rien...

L'explication la plus rationnelle de cette incongruité est qu'un des fonctionnaires qui est intervenu dans la rédaction du texte a dû se rendre compte qu'un silence complet sur la représentation des travailleurs en santé et en sécurité paraissait étrange et choquant. On a dû découper un morceau de phrase d'un autre texte qui s'était égaré sur le disque dur de son ordinateur. Et ce malheureux bout de phrase a vraisemblablement voyagé d'un paragraphe à l'autre pour atterrir finalement à l'endroit le moins logique possible. Et pourtant, le problème posé

⁷ Voir, en particulier, D. Cru, N. Frigul, P. Clappier et A. Thébaud-Mony, *La construction sociale de l'accident de travail chez les jeunes : formation aux risques du travail et vécu de l'insertion professionnelle à la sortie du système de recherche*, Paris, ministère de l'Éducation nationale, 1995.

⁸ Je me réfère à un débat auquel j'ai assisté lors de la conférence organisée par la Société néerlandaise de médecine du travail à Arnhem le 23 mai 2007. Ce débat était mené dans le cadre de l'application de la nouvelle stratégie communautaire aux Pays-Bas.

⁹ Le débat avait été lancé par une question écrite posée à la Commission européenne le 8 mai 2006 par une députée européenne britannique, Catherine Stihler. Elle y demandait si une offre d'emploi portant les termes "Fumeurs s'abstenir" constitue une infraction à la législation européenne de lutte contre les discriminations. La réponse du Commissaire Spidla était tellement ambiguë qu'elle semblait justifier une telle discrimination. Ultérieurement, la Commission a précisé qu'elle se limitait à dire qu'une telle discrimination n'était pas prohibée par les directives existantes.

aurait mérité d'être analysé sérieusement. De très nombreux travailleurs en Europe sont privés d'une représentation dans le domaine de la santé et de la sécurité. Quant aux représentations existantes, elles ne disposent souvent pas des moyens nécessaires (formation, information, accès à l'expertise, droit de codécision ou d'initiative unilatérale, etc.) pour mener leur action de manière efficace. Une telle situation entrave terriblement la prévention.

L'identification des risques nouveaux et la promotion de la santé mentale

Cette partie de la communication constitue un "collage" de deux points. L'un porte sur l'identification de risques nouveaux et préconise à juste titre une plus grande attention de la recherche fondamentale et de la recherche appliquée aux problèmes de santé

au travail. À côté de risques nouveaux comme ceux liés aux nanoparticules, la communication énumère d'autres risques comme les substances dangereuses ou les troubles musculosquelettiques.

L'autre point soulevé est celui de la promotion de la santé mentale au travail. Cette mention est certainement utile. La Commission n'envisage pas de tâche concrète pour elle-même. Elle s'en remet aux initiatives des États membres et des partenaires sociaux.

Aucune initiative spécifique n'est envisagée par la Commission dans cette partie. Elle se limite à encourager d'autres acteurs à intervenir (l'Agence de Bilbao, les États membres et les partenaires sociaux).

L'évaluation des progrès accomplis

Toute stratégie cohérente suppose que l'on se donne les moyens d'une évaluation régulière. La question de l'évaluation constitue un des points les plus faibles des politiques communautaires menées dans ce domaine jusqu'à présent.

La communication propose un certain nombre de mesures pour améliorer la collecte d'information. Ces mesures concernent des instruments communautaires, notamment les statistiques d'Eurostat sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Elles portent aussi sur des échanges entre les systèmes d'information nationaux.

Les mesures préconisées semblent faibles ou trop peu définies par rapport aux immenses carences que l'on peut constater. Les seules statistiques susceptibles d'un minimum de comparaison (avec des limites importantes) concernent les accidents du travail déclaré. En ce qui concerne les maladies professionnelles, toute initiative en vue de l'harmonisation des statistiques se heurte au fait que les maladies professionnelles sont reconnues dans le cadre de systèmes nationaux complètement hétérogènes et très discriminatoires. Les statistiques nationales rendent invisible l'essentiel des atteintes à la santé provoquées par le travail. Toute harmonisation des statistiques supposerait au préalable une harmonisation des systèmes de reconnaissance. Cet objectif, que s'était fixé l'Union européenne dès 1962, ne sera pas atteint tant que la Commission se refuse à l'adoption d'un instrument contraignant en la matière.

Les autres données disponibles sur la santé au travail, sur les expositions à des risques professionnels et sur les mesures de prévention mises en place sont rares, très peu homogènes d'un pays à l'autre et tout à fait exceptionnelles sous la forme de données communautaires. Si l'on se limite aux mesures de prévention, l'on doit constater que les dispositifs les plus importants à mettre en place dans les entreprises (représentation des travailleurs et services de prévention) ne font l'objet d'aucune recherche statistique dans la majorité des États membres.

Mortalité causée par le travail dans les pays de l'UE, 2001

Pays	Emploi total (x 1000)	Accidents mortels Estimation OIT	Mortalité liée au travail	Mortalité causée par des substances dangereuses
Allemagne	36 816	1107	27 350	5891
Autriche	3799	137	2846	613
Belgique	4051	78	2965	639
Bulgarie	2751	317	2781	596
Chypre	309	40	435	94
Danemark	2725	56	1999	430
Espagne	15 945	1160	12 526	2698
Estonie	577	53	571	122
Finlande	2388	64	1766	380
France	24 113	730	17 918	3859
Grèce	3917	90	2883	621
Hongrie	3859	389	3845	825
Irlande	1716	74	1298	280
Italie	21 634	1397	16 818	3622
Lettonie	1037	105	1034	222
Lituanie	1522	169	1531	328
Luxembourg	277	16	213	46
Malte	146	7	111	24
Pays-Bas	7865	116	5722	1232
Pologne	14 207	1463	14 184	3041
Portugal	4999	414	3978	857
Tchéquie	4728	525	4759	1020
Roumanie	10 697	1209	10 787	2313
Royaume-Uni	28 225	236	20 356	4384
Slovaquie	2124	257	2159	463
Slovénie	914	122	940	202
Suède	4239	63	3085	664
Total UE	205 580	10 394	164 860	35 466

Source : J. Takala, *Decent Work – Safe Work, ILO Introductory Report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work*, Orlando, 2005



L'évaluation de toute stratégie repose donc sur des bases très fragiles. Même l'utilisation qui est faite des statistiques sur les accidents déclarés est contestable dans les documents communautaires. Ceux-ci mettent en avant les évolutions des taux de fréquence pour l'ensemble des travailleurs sans tenir compte de l'évolution de la distribution des travailleurs entre secteurs et professions. Il est cependant clair qu'une partie de l'amélioration constatée en ce qui concerne les taux de fréquence découle mécaniquement d'une redistribution de la force de travail vers des secteurs et des professions aux taux moins élevés. Une diminution du taux de fréquence globale pour l'ensemble des travailleurs n'implique pas nécessairement que les niveaux de la prévention ont été améliorés¹⁰.

Il existe un danger réel de passer à côté de problèmes sérieux si l'on accorde une importance excessive à l'indicateur des accidents du travail et, surtout, si on l'utilise de façon désinvolte. D'après les estimations globales de l'Organisation internationale du travail (OIT), la mortalité liée à des accidents du travail dans les pays développés est très nettement inférieure à celle qui résulte de maladies causées directement par le travail (voir le tableau p. 22). Ainsi, en Suède, l'OIT estime qu'en 2001, 63 décès ont été provoqués par des accidents mortels du travail contre plus de 3000 décès causés par des maladies du travail. Au Royaume-Uni, les chiffres seraient respectivement de 236 et 20 120. En Roumanie, de 1209 et 10 787. Les seuls cancers causés par l'amiante font chaque année en Europe beaucoup plus de morts que tous les accidents du travail.

C'est ce qui explique la réserve dont ont fait preuve les organisations syndicales face à l'affichage d'une réduction de 25 % de la fréquence des accidents du travail comme objectif majeur de la stratégie communautaire pour 2007-2012. Si des indicateurs pertinents ne sont pas définis dans d'autres domaines, une attention excessive aux statistiques globales sur la fréquence des accidents du travail peut dissimuler le maintien ou l'aggravation de risques importants en ce qui concerne les substances chimiques, les troubles musculosquelettiques ou la santé mentale. Un tel biais serait défavorable à la prise en compte de la santé des femmes au travail et à la mise en place de politiques de prévention des risques à long terme.

L'objectif d'une réduction de 25 % des taux de fréquence des accidents du travail déclarés semble avoir été ajouté à la dernière minute au texte de la communication. La recherche d'un effet publicitaire l'a emporté sur tout souci de cohérence. Le communiqué de presse de la Commission annonçant la nouvelle stratégie allait jusqu'à mentionner une diminution de 25 % des taux d'accidents et de maladies professionnelles. Le texte de la communication se limitait aux accidents. Lors des discussions préparatoires de la stratégie, tant les organisations syndicales

que les gouvernements et les représentants patronaux avaient mis en garde contre un choix arbitraire d'indicateurs quantitatifs au niveau communautaire. La diversité des situations nationales et, encore plus, la difficulté de disposer de données chiffrées homogènes auraient dû inciter la Commission à ne pas céder à la tentation d'un "coup de pub".

La dimension internationale

La dernière partie porte sur la dimension internationale de la santé au travail. Il s'agit d'une ouverture positive incontestable. La coopération avec l'OIT devrait être accompagnée par une politique combattant la pratique systématique de doubles standards de la part des entreprises multinationales européennes¹¹. Ces doubles standards sont parfois promus activement par certains gouvernements européens. Il suffit de rappeler le rôle scandaleux joué par le gouvernement britannique en 2000 pour réduire de façon systématique les niveaux de protection des travailleuses enceintes lors de l'adoption de la convention n° 183 de l'OIT¹². Ce débat avait mis en évidence la cacophonie qui régnait parmi les États membres, dont certains refusaient de promouvoir au niveau international des règles cohérentes avec une directive communautaire en vigueur. Par ailleurs, beaucoup d'États de l'UE continuent à ne ratifier les conventions de l'OIT qu'au compte-gouttes (voir p. 25-26).

L'annonce d'un engagement de la Commission pour une interdiction mondiale de l'amiante est également très positive. Il serait souhaitable que cet engagement porte aussi sur l'élimination des déchets et, en particulier, le démantèlement de navires.

Ici encore, on regrettera l'absence de toute référence à REACH. Il est pourtant clair qu'une meilleure prévention des risques chimiques passe également par une politique cohérente au plan mondial pour l'évaluation des substances chimiques et l'interdiction des substances les plus dangereuses.

Des silences qui parlent

La communication est difficilement accessible pour les non-initiés. La difficulté ne tient pas au lexique. Dans bien des endroits, la communication adopte une sorte de langage codé. Une phrase anodine pour le commun des mortels renvoie à des politiques déterminées par des formulations stéréotypées. Parfois, un mot ou une référence ont des implications politiques importantes sans que cela ne soit dit et encore moins analysé.

À bien des égards, les silences, les oublis et les discrétions parlent plus que les mots. Plutôt que d'aborder des sujets qui fâchent ou qui font l'objet de querelles de frontières entre différents services internes de la Commission, la communication préfère souvent se dérober au débat.

¹⁰ Une des rares études à avoir abordé cette question concerne le Royaume-Uni : R. Davies et P. Jones, *Trends and context to rates of workplace injury*, HSE, Research report n° 386, 2005. Les auteurs préconisent d'évaluer les politiques de prévention en suivant l'évolution des accidents du travail par profession plutôt que les données globales concernant l'ensemble des travailleurs.

¹¹ Ainsi la multinationale Etex (anciennement Eternit) continue à produire de l'amiante-ciment dans différents pays. Au Brésil, elle a pris la tête d'une campagne de propagande pour la défense de l'amiante.

¹² Voir : "Nouvelle convention sur la protection de la maternité à l'OIT", *Newsletter du BTS*, n° 14, juin 2000, p. 10-12. Téléchargeable sur : <http://hesa.etui-rehs.org> > Newsletter.

REACH constitue une réforme majeure dont l'impact potentiel est important pour la santé au travail. Loin d'en tirer des conséquences, la communication ne mentionne REACH que sur une question secondaire. Les mots "organisation du travail" n'apparaissent que de façon parcimonieuse. La Commission semble se résigner au fait que les employeurs considèrent l'organisation du travail comme leur domaine réservé. Il n'est pas question pour eux de permettre un contrôle majeur des travailleurs sur leur vie au travail et donc sur le fonctionnement des entreprises. Les liens entre les politiques de l'égalité et la santé au travail sont mentionnés rapidement, en passant, alors qu'il s'agit d'un des échecs majeurs de la politique communautaire pour la période 2002-2006. La précarisation du travail n'est abordée que de façon incidente sans qu'aucune initiative précise ne soit envisagée dans ce domaine¹³. La représentation des travailleurs fait l'objet d'un traitement des plus désinvoltes alors que les objectifs de santé au travail et de démocratie sur les lieux de travail sont indissociables. Un autre tabou majeur frappe la question du temps de travail. Elle n'est abordée nulle part dans la communication alors que la Commission a présenté des propositions d'amendement de la législation communautaire en cette matière qui sont en contradiction flagrante avec une stratégie cohérente de santé au travail.

Face à nos propres responsabilités

La communication de la Commission ne permet pas d'envisager un développement dynamique de la politique communautaire de santé au travail dans les prochaines années. Les obstacles sont nombreux. Les moyens dont dispose la Commission en interne ont été fortement réduits par rapport à ce qu'ils étaient au début des années 90 alors même que la complexité des questions à traiter et l'élargissement de 12 à 27 États exigeraient des ressources plus importantes.

La résolution du Conseil des ministres, adoptée le 25 juin 2007¹⁴, va dans le sens d'une politique aux ambitions réduites. Il s'agit d'un texte de compromis entre des États qui auraient souhaité pousser la Commission à aller plus loin et ceux qui, au contraire, considéraient que la communication ne donnait pas assez de gages aux tendances dérégulationnistes. On trouve donc dans cette résolution des signaux très contradictoires. Sur certains points, le texte améliore quelque peu le contenu de la communication. On citera, notamment, des passages plus clairs en ce qui concerne la représentation des travailleurs, l'inspection du travail ou la signification de la qualité du travail, etc. Sur d'autres points,

la résolution du Conseil semble vouloir freiner les quelques initiatives concrètes annoncées, ne fût-ce que dans un langage incertain, par la Commission.

Ainsi, la résolution du Conseil ne dit mot de la nécessaire révision de la directive sur les agents cancérogènes, pas plus que de la directive sur les troubles musculosquelettiques. Le silence du Conseil montre l'extrême division qui existe aujourd'hui parmi les États membres en ce qui concerne tout développement de la législation communautaire. De même, la résolution du Conseil insiste lourdement sur la mise sous tutelle de toute initiative législative dans le cadre hostile et étriqué de ce qu'on appelle la "meilleure réglementation". La nouvelle formule à la mode est la simplification de la législation "sans réduire les niveaux de protection déjà existants". Une telle formule plaira aux diplomates. Elle dissimule le fait que les seules propositions concrètes de simplification réduisent considérablement les niveaux de protection existants.

Une telle situation place les organisations syndicales devant une responsabilité importante. Face à l'essoufflement de l'action communautaire en santé au travail, l'action syndicale, à partir des lieux de travail, est le principal facteur susceptible d'impulser des stratégies nationales de prévention plus avancées. En un certain sens, on peut considérer que la dynamique s'est inversée entre le niveau communautaire et les niveaux nationaux. Tout au long des années 90, la politique communautaire avait été l'aiguillon de nombreuses réformes, de débats approfondis et de changements réels dans la majorité des États membres. Cette impulsion a perdu beaucoup de sa force. Elle continuera vraisemblablement à jouer un rôle positif dans les pays où la situation est la plus dégradée et où les rapports de force sont les moins favorables. Dans les autres pays, il est plus vraisemblable que seules des dynamiques internes relanceront les politiques de santé au travail. Un tel constat ne signifie pas que l'action syndicale dans ce domaine doive se replier sur un cadre strictement national. Au contraire, les problèmes posés sont convergents et la construction d'un rapport de force plus favorable passe par des initiatives communes et l'élaboration progressive d'une stratégie conjointe. Le facteur crucial de tout progrès dans les prochaines années sera donc la capacité syndicale d'organiser des coopérations, de lancer des campagnes unitaires et de donner une expression à l'immense potentiel des revendications des travailleurs concernant la santé au travail. ■

Laurent Vogel, chargé de recherches, ETUI-REHS
lvogel@etui-rehs.org

¹³ Le mot "précaire" n'apparaît qu'une seule fois dans une parenthèse descriptive, page 3. Le mot intérimaire n'apparaît nulle part !

¹⁴ JOUE, C-145 du 30 juin 2007, p. 1-4.



Ratification par les États de l'UE des conventions concernant la santé au travail adoptées par l'OIT à partir de 1980

Les pays de l'Union européenne ratifient peu les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) relatives à la santé au travail.

Nous avons examiné les dix conventions adoptées dans ce domaine depuis 1980. La convention n° 187 n'a pas été prise en considération. Son adoption en 2006 est trop récente pour tirer des conclusions significatives du nombre de ratifications. Par ailleurs, son application dépend étroitement de la ratification des autres conventions par les États. L'ensemble des autres conventions concernant la santé au travail adoptées entre 1980 et 2001 a été examiné.

Le bilan des ratifications montre une situation globalement mauvaise, avec d'importantes différences d'un État à l'autre. Dans certains États, il faut bien parler d'un blocage politique manifeste. Quatre pays, la France, la Grèce, Malte et le Royaume-Uni n'ont pas ratifié une seule de ces conventions. Dans un autre groupe de huit pays, la situation est à peine plus favorable, l'Autriche, la Bulgarie, l'Estonie, l'Irlande, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg et la Roumanie se situent au-dessous du seuil déjà très bas de la moyenne des ratifications communautaires avec une ou deux ratifications pour les dix conventions examinées. Le groupe le plus important comprend onze pays. Le score y est médiocre. L'Allemagne, la Belgique, Chypre, le Danemark, l'Espagne, la Hongrie, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal et la Slovénie se limitent à trois ou quatre ratifications. Avec cinq ratifications au moins, on trouve un groupe de quatre pays plus dynamiques qui comprend la Finlande, la Slovaquie, la Suède et la Tchéquie.

Le pays qui ratifie le plus de conventions de l'OIT concernant la santé au travail est la Suède avec huit conventions ratifiées sur les dix examinées. Une seule convention a été ratifiée par au moins la moitié des pays de l'UE. Il s'agit de la convention n° 155 qui a un caractère assez général et correspond dans une large mesure au contenu de la directive-cadre de 1989.

Une des deux conventions les moins ratifiées est la convention n° 170 concernant les produits chimiques, avec à peine trois ratifications sur les 27 États. C'est assez paradoxal. À l'époque de son adoption, les États membres s'étaient battus, à juste titre, contre la Commission qui considérait qu'ils n'étaient pas compétents pour négocier une convention qui comportait des implications concernant la libre circulation des marchandises. La Cour de justice avait donné raison aux États membres (et au Conseil) contre la Commission. Après s'être battus pour négocier la convention, les États ont boudé sa ratification ! La convention n° 184 concernant la santé et la sécurité dans l'agriculture est également très peu ratifiée. Son adoption plus récente (2001) peut expliquer partiellement cette situation. La convention n° 174 concernant la prévention des accidents majeurs a également été très peu ratifiée (quatre États). C'est pourtant une convention qui complète très utilement les directives communautaires en la matière. En effet, elle prévoit d'associer la représentation des travailleurs aux différentes activités de prévention des accidents majeurs. Ce point constitue une des graves lacunes des directives Seveso.

Source : ILOLEX, 2 octobre 2007

Liste des conventions examinées

- Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981
- Convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985
- Convention (n° 162) sur l'amiante, 1986
- Convention (n° 167) sur la sécurité et la santé dans la construction, 1988
- Convention (n° 170) sur les produits chimiques, 1990
- Convention (n° 171) sur le travail de nuit, 1990
- Convention (n° 174) sur la prévention des accidents industriels majeurs, 1993
- Convention (n° 176) sur la sécurité et la santé dans les mines, 1995
- Convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000
- Convention (n° 184) sur la sécurité et la santé dans l'agriculture, 2001

La stratégie communautaire 2007-2012

	C155	C161	C162	C167	C170	C171	C174	C176	C183	C184	Nombre de conventions ratifiées sur les 10
Allemagne	-	+	+	+	-	-	-	+	-	-	4
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	2
Belgique	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	3
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	1
Chypre	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	3
Danemark	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	3
Espagne	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	3
Estonie	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	1
Finlande	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	6
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Hongrie	+	+	-	+	-	-	-	-	+	-	4
Irlande	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	2
Italie	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	3
Lettonie	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Lituanie	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	2
Luxembourg	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Pays-Bas	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	3
Pologne	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	3
Portugal	+	-	+	-	-	+	-	+	-	-	4
Roumanie	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	1
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Slovaquie	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	7
Slovénie	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	3
Suède	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	8
Tchéquie	+	+	-	+	-	+	-	+	-	-	5
Nombre total de ratifications par des États de l'UE	14/27	8/27	10/27	8/27	3/27	6/27	4/27	10/27	7/27	3/27	73 ratifications sur 270

Source : ILOLEX, 2 octobre 2007