La transposition de la directive 92/85/CEE relative à la sécurité et à la santé des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes (I)

Les directives communautaires sur la santé au travail concernent des "travailleurs" dont le sexe n'est jamais précisé. L'ignorance du genre ne permet pas de tenir compte du rôle très important de la division sexuelle du travail dans la santé des travailleuses et des travailleurs. Conformément à la plupart des législations nationales, le seul moment où le corps des travailleuses est reconnu comme un corps féminin concerne les fonctions reproductives qui, elles, semblent n'être considérées que comme spécifiquement féminines. C'est pourquoi il n'existe pas de directive communautaire sur les risques reproductifs (comme dans les pays scandinaves) mais une directive concernant les travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes.

*Nous n'examinons ici que quelques aspects des transpositions nationales de la directive¹. **Les matières qui ne sont pas abordées ici seront examinées ultérieurement.** La réglementation existante était, dans la plupart des pays communautaires, plus avancée sur bien des points que la directive. Les données de cet article proviennent d'une enquête menée par le BTS entre décembre 1996 et avril 1997. Elles ont été synthétisées avec l'aide de Barbara Costa, de l'Université de Messine, stagiaire au BTS.*

Le champ d'application

La directive exclut de son champ d'application les travailleuses domestiques. Le législateur communautaire a-t-il considéré que, par sa nature, le travail domestique était adapté au corps des femmes au point de ne pas pouvoir constituer un facteur de risque durant la grossesse ?

Une appréciation exacte du respect des exigences minimales de la directive en ce qui concerne le champ d'application des transpositions nationales n'est guère aisée dans la mesure où dans de nombreux pays, les dispositions de la directive ont été scindées et transposées sous forme d'instruments séparés. C'est ainsi qu'au Royaume-Uni, les dispositions sur l'évaluation des risques s'appliquent à l'ensemble des travailleuses salariées (à l'exception des domestiques) tandis que les règles concernant la protection contre le licenciement ou la rémunération en cas de dispense de travail excluent les travailleuses faisant l'objet d'un contrat de sous-traitance ou de service. La situation italienne est encore plus confuse. La loi de 1971, restée en vigueur, couvre en principe l'ensemble des travailleuses mais elle exclut les travailleuses domestiques et à domicile d'un certain nombre de dispositions. Le décret législatif de 1994 transposant la Directive-cadre exclut les travailleuses domestiques et à domicile de la plupart de ses dispositions. Le décret législatif de 1996 qui transpose certains aspects de la directive communautaire non couverts par la législation antérieure ne définit pas explicitement la notion de "travailleuses". Par ailleurs, il ne s'applique qu'aux travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes qui ont informé l'employeur de leur état. Il semble bien qu'il faille situer son champ d'application dans le cadre restrictif du décret législatif de 1994. Les transpositions nationales incluent parfois les travailleuses domestiques (Autriche, Allemagne).

Les principaux apports positifs de la directive concernent l'extension d'un certain nombre de droits à des travailleuses auparavant exclues, totalement ou partiellement, des législations nationales soit en raison d'un travail précaire (le cas du Royaume-Uni était le plus frappant) soit parce qu'elles appartenaient à la fonction publique (cas de la Belgique en ce qui concerne les mesures de dispense du travail).

Définitions et formalités

Il existe cependant une ambiguïté qui risque de limiter le champ d'application réelle de la directive. L'article 2 contient trois définitions. La première concerne les femmes enceintes, la seconde les travailleuses accouchées, la troisième les travailleuses allaitantes. Si la première catégorie renvoie à une donnée biologique, les deux autres sont à interpréter au sens des législations nationales qui peuvent procéder à une définition plus ou moins large. Ainsi, que couvre exactement la notion de travailleuse allaitante? Quelle est la période pendant laquelle une travailleuse peut être considérée comme allaitante? ou comme travailleuse ayant récemment accouché? Pour cette dernière notion, l'on observe des écarts importants entre six semaines (Finlande) et six mois (Royaume-Uni). La transposition italienne ne définit pas explicitement ces notions mais limite le champ d'application de la directive à une période de sept mois suivant la naissance, ce qui constitue une définition indirecte de la période pendant laquelle une travailleuse est considérée comme ayant récemment accouché ou est allaitante.

Mais l'élément d'incertitude majeur est constitué par l'inclusion dans chacune de ces définitions de l'obligation d'informer l'employeur de son état conformément aux législations ou pratiques nationales. La presque totalité des obligations de l'employeur (à l'exception de l'article 4.2 concernant l'information sur l'évaluation des risques dont nous traiterons plus bas) fait référence à ces définitions. Or, il est clair qu'entre le début de la grossesse de la travailleuse et le moment où l'employeur en est informé (avec, éventuellement, l'obligation de produire un certificat médical), il peut s'écouler une période plus ou moins longue pendant laquelle les exigences de prévention sont réelles. Cette période risque de ne pas être couverte par les dispositions de la directive. Une travailleuse peut être enceinte sans le savoir de même qu'elle peut se savoir enceinte et ne pas vouloir en informer immédiatement son employeur (par exemple, si elle envisage d'avorter ou si elle attend le renouvellement de son contrat, etc.). L'obligation d'information n'a de sens que par rapport à la mise en oeuvre de droits individuels. On imagine mal pouvoir bénéficier d'un congé de maternité, d'un aménagement du poste de travail ou d'une dispense de travail sans informer l'employeur de sa grossesse. Par contre, en ce qui concerne l'obligation de réaliser une prévention collective par l'élimination des risques, l'évaluation des conditions de travail, l'information, etc., l'on voit mal pourquoi subordonner l'action de l'employeur à la notification d'une grossesse. Le débat n'est pas purement académique. Beaucoup de travailleuses précaires ont un intérêt réel, du point de vue de la défense de leur emploi, à ne pas informer l'employeur dès le début de leur grossesse.

Certaines transpositions, en suivant de façon trop littérale les formulations de la directive, ont introduit des ambiguïtés qui affaiblissent le niveau de protection antérieur. Tel paraît le cas de la Belgique où l'ensemble des mesures de prévention est désormais subordonné à la déclaration faite par la travailleuse de son état. A l'opposé, en Autriche, le fait de la grossesse et la connaissance qu'en a l'employeur peuvent suppléer à l'absence de notification par la travailleuse.

Les principales dispositions de la Directive

La directive 92/85/CEE organise la protection de la santé des travailleuses enceintes dans quatre domaines principaux.

- Sur la base d'une évaluation des risques, l'employeur adopte des mesures de prévention. Celles peuvent être de diverses natures:
  - prévention à la source conformément à la hiérarchie des mesures de prévention de l'article 6 de la Directive-cadre;
  - mesures provisoires individuelles d'aménagement des conditions de travail et/ou du temps de travail;
  - changement de poste de travail;
  - dispense de travail.
- La directive prévoit que l'exposition à certains agents et le travail de nuit ne peuvent pas être imposés aux travailleuses concernées.
- Un congé de maternité doit être accordé aux travailleuses concernées. Il comprend une période de deux semaines à laquelle il n'est pas possible de renoncer et un minimum de quatorze semaines dont les travailleuses doivent

pouvoir bénéficier. Le niveau de la rémunération pendant cette période n'est garanti qu'à concurrence des indemnités que la travailleuse obtiendrait en cas de maladie.

- La directive impose aux Etats membres de prévoir des procédures juridictionnelles permettant aux travailleuses de garantir le respect des obligations qu'elle détermine. Pendant la période de la grossesse et de l'allaitement, les travailleuses ne peuvent être licenciées que pour des motifs non liés à leur état et avec l'accord des autorités compétentes.

Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail, *J.O.C.E.* n° L 348 du 28 novembre 1992, p. 1.

Evaluation des risques

L'évaluation des risques joue un rôle central dans la directive. En effet, celle-ci ne définit aucune mesure de prévention précise. Elle se limite à définir des facteurs de risque de façon non exhaustive et à prévoir que ces facteurs seront pris en considération dans la définition des mesures de prévention. La directive est malheureusement très ambiguë en ce qui concerne la manière de procéder à cette évaluation des risques. D'une part, l'article 4.1 pourrait être interprété de façon restrictive en considérant que l'évaluation des risques n'est effectuée que dans la mesure où il y a dans l'entreprise des femmes enceintes, ayant accouché récemment ou allaitantes qui ont informé l'employeur de leur état et qu'elle ne porte que sur les postes de travail occupés par ces travailleuses. D'autre part, l'art. 4.2 va à l'encontre d'une conception aussi étroite. En effet, il prévoit que l'information sur l'évaluation des risques doit être mise à la disposition des travailleuses visées à l'article 4.1 et/ou de leurs représentants, mais aussi des travailleuses **susceptibles** de se trouver dans une des situations visées par la directive (c'est-à-dire susceptibles d'être enceintes, d'accoucher, etc.). L'on admettra que pour que cette information puisse être communiquée, il faut avoir réalisé au préalable une évaluation des risques. Dès lors, à notre avis, cette évaluation doit porter sur tous les postes de travail occupés ou susceptibles d'être occupés par des femmes. En effet, la grande majorité des femmes en âge de travailler sont susceptibles d'être enceintes et, en tout état de cause, il serait discriminatoire et attentatoire au respect de la vie privée de permettre à l'employeur de vérifier si les travailleuses qu'il occupe ne sont pas "susceptibles" d'être enceintes. Une telle interprétation est cohérente avec le rappel qui est fait à l'article 5 de la hiérarchie des mesures de prévention de la Directive-cadre. En effet, si l'on veut éliminer les risques à la source et privilégier les mesures collectives et permanentes par rapport aux mesures individuelles et provisoires, l'on voit mal comment une évaluation des risques réalisée après la communication par la travailleuse de son état de grossesse permettrait une politique de prévention efficace.

A cette ambiguïté initiale concernant le moment et l'objet de l'évaluation des risques s'ajoute une incertitude qui touche aux critères de l'évaluation. La directive concerne la santé et la sécurité des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes. Mais la liste non exhaustive des agents, procédés et conditions de travail reprise en annexe ne mentionne, en ce qui concerne les agents physiques, que ceux qui mettent en danger le fœtus. Or l'expérience montre que certaines situations de travail, sans mettre nécessairement en danger le fœtus, peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé de la travailleuse à moyen ou long terme (c'est-à-dire au-delà de la période où la travailleuse est protégée en tant que "reproductrice"). Ainsi, on observe une corrélation entre le travail debout pendant la grossesse et les varices.

La Commission est chargée d'élaborer des lignes directrices concernant l'évaluation des risques. Il aurait été d'autant plus logique de le faire avant l'entrée en vigueur de la directive (octobre 1994) que les annexes de la directive contiennent des listes sommaires qui sont qualifiées de "non exhaustives". Des lignes directrices communautaires adoptées en temps utile auraient aidé les Etats membres à adopter des approches communes dès la transposition nationale. En Italie, il est prévu de transposer et de compléter les lignes directrices communautaires par un texte réglementaire spécifique qui continue à se faire attendre en raison - cette fois-ci - du retard des institutions communautaires. Au moment où nous rédigeons ce rapport (juin 1997), le débat au sein du Comité Consultatif de Luxembourg ne fait que commencer et il est peu probable que les lignes directrices soient adoptées avant la fin de l'année.

Dans un certain nombre de pays, l'évaluation des risques en cas de grossesse doit être entreprise dès lors qu'une femme travaille dans l'entreprise. C'est la législation autrichienne qui formule cette obligation de la manière la plus claire. Mais l'on retrouve une approche comparable au Danemark, en Finlande, en Irlande et en Suède. Dans les pays nordiques, cette obligation correspond du reste à l'accent mis sur la prévention à la source et à la volonté de couvrir l'ensemble des risques reproductifs dans une approche globale. Ainsi, en Finlande, il existe une liste d'agents dangereux pour la reproduction plus étendue que les annexes de la directive et une liste d'agents dangereux pendant la grossesse. Ces deux listes reposent largement sur une recherche entreprise dans le cadre de la coopération entre les pays nordiques.

Au Royaume-Uni, la réglementation prévoit qu'une évaluation des risques spécifiques est obligatoire dès lors que travaillent des femmes en âge fertile et que le travail pourrait présenter un risque lié à la condition des femmes enceintes, allaitantes ou ayant récemment accouché. Le texte britannique fait la différence entre les mesures d'ordre général résultant de l'évaluation des risques et les mesures individuelles qui ne doivent être mises en oeuvre qu'après notification de la situation des travailleuses intéressées. En Irlande, le guide élaboré par l'inspection du travail indique explicitement que l'évaluation générale des risques découlant de la Directive-cadre doit, dans tous les cas, couvrir les risques liés à la grossesse et que la notification d'une grossesse dans l'entreprise a pour effet d'obliger l'employeur de procéder à une nouvelle évaluation tenant compte de la situation concrète de la travailleuse concernée et déterminant les actions à entreprendre. Les guides britanniques et irlandais sont pratiquement identiques et reprennent l'essentiel de l'annexe I. Une différence existe cependant entre la réglementation britannique et la réglementation irlandaise: au Royaume-Uni, l'information de la travailleuse n'est pas obligatoire, elle est simplement recommandée; en Irlande, elle est obligatoire.

Une des conceptions les plus restrictives de l'évaluation des risques se trouve dans la réglementation française. Celle-ci s'est limitée à transposer la directive sur deux points: les mesures d'interdiction et l'évaluation des risques. En ce qui concerne l'évaluation des risques, une évaluation spécifique n'est requise qu'en ce qui concerne les agents biologiques de l'annexe II (toxoplasme et virus de la rubéole) et vise à vérifier l'immunité éventuelle de la travailleuse à l'égard de ces agents. Cette obligation a été ajoutée aux diverses mesures d'évaluation prévues par la transposition de la directive communautaire sur les agents biologiques. De cette manière, la législation française contourne l'ensemble des conditions de travail de l'annexe I (qui, malgré ses limites, est plus étendue que l'annexe II). L'absence de transposition de la directive en ce qui concerne l'évaluation des risques serait considérée comme justifiée par les autorités françaises en raison de l'évaluation générale des risques à laquelle doit procéder tout employeur (sur la base de la Directive-cadre). Une telle argumentation serait recevable si l'évaluation générale adoptait comme critère que tout poste de travail doit convenir en permanence à une femme enceinte. Tel n'est pas le cas. Tant la législation que les différents documents officiels destinés à orienter l'évaluation générale des risques ne formulent pas cette exigence. Selon l'un de nos correspondants, M. Philippe Martin de l'Université de Bordeaux, l'on observe une confusion dans la transposition française entre l'évaluation des risques, centrée sur l'analyse des conditions de travail, et la surveillance médicale individuelle destinée à vérifier l'aptitude des travailleuses. En effet, les travailleuses enceintes et les mères d'un enfant de moins de deux ans sont, au même titre que les handicapés et les travailleurs de moins de dix-huit ans (l'assimilation est significative!), l'objet d'une surveillance médicale particulière. Quant à la transposition espagnole, elle est restée très sibylline en ne reprenant même pas les quelques conditions des annexes de la directive pour orienter l'évaluation des risques de l'employeur.

Les mesures de prévention

L'article 5 de la directive contient une hiérarchie des mesures à adopter. Il s'agit, en premier lieu, de respecter le programme de prévention de l'article 6 de la Directive-cadre (priorité à l'élimination du risque et à la prévention à la source), ensuite de prendre des mesures d'aménagement temporaires. En cas d'impossibilité technique ou objective, l'employeur doit assurer un changement de poste. En cas d'impossibilité technique ou objective de changement de poste, la travailleuse doit être dispensée du travail pendant la période nécessaire à la protection de sa santé. La directive ne fournit pas de critère

pour apprécier ce qu'est une impossibilité objective. La volonté de tirer un profit économique suffit-elle à exclure des mesures dont le coût serait élevé ?

La plupart des transpositions nationales n'ont pas clarifié cette question. Le plus souvent, elles reprennent de façon presque textuelle les dispositions de la directive. Certains Etats ont cependant lié de façon plus explicite les mesures concernant la protection de la maternité au programme général de prévention qui découle de la Directive-cadre (Autriche, Espagne, Royaume-Uni). De cette manière, une plus grande sécurité juridique devrait exister quant au respect d'une hiérarchie des mesures de prévention mettant l'élimination permanente des risques au premier plan. Dans le cas du Royaume-Uni, il subsiste cependant des incertitudes importantes. Alors que les dispositions qui proviennent de la Directive-cadre sont généralement conditionnées par une clause "*raisonnablement praticable*" - qui nous semble déjà en contradiction avec le droit communautaire -, les obligations de prévention découlant de la directive sur la maternité sont assorties d'une clause d'une portée encore plus aléatoire: l'employeur n'est tenu d'agir que "*si c'est raisonnable*". La marge de discrétion qui lui est laissée est donc considérable.

Activités interdites ou non-obligatoires?

Sous la rubrique "*interdictions d'exposition*", la directive prévoit que les travailleuses enceintes "*ne peuvent en aucun cas être tenues d'accomplir des activités dont l'évaluation a révélé le risque d'une exposition*" à quelques facteurs contenus dans l'annexe II, A. Cette liste brève est qualifiée de non exhaustive. Une telle précision révèle plus le malaise du législateur communautaire qu'elle n'a de portée juridique dans la mesure où, sur la base de l'article 118A, il va de soi que des mesures plus protectrices, et donc un élargissement des facteurs considérés dans la liste, sont toujours possibles. La liste se limite au travail dans une atmosphère de surpression élevée, à deux agents biologiques (toxoplasme et rubéole), au plomb et à ses dérivés et aux travaux souterrains miniers. Pour les femmes allaitantes, seuls les deux derniers facteurs sont considérés. Il existe une différence entre le titre de l'article ("*interdictions d'exposition*") et le contenu qui est une interdiction d'obliger à être exposées. Cela reflète de très âpres polémiques qui ont entouré l'élaboration de la directive entre les tenants d'une interdiction de certaines activités et les personnes qui craignaient que de telles interdictions ne stimulent d'une manière ou d'une autre la discrimination envers les femmes. L'article 7 concernant le travail nocturne est rédigé dans des termes assez semblables à l'article 6.

Les Etats membres se divisent en deux groupes suivant qu'ils interdisent un certain nombre d'activités ou qu'ils rendent possible une dispense du travail - généralement après évaluation des risques et un certificat médical éventuel - dans certaines conditions. Par contre, quelle que soit la formule retenue, dans presque tous les pays, la liste de conditions de l'annexe II, A de la directive apparaît comme beaucoup trop sommaire et les réglementations nationales envisagent de nombreux autres facteurs.

Les Etats qui ont recours à des mesures d'interdiction sont l'Autriche, la Belgique, la France, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal et la Suisse. Les Etats qui soumettent une dispense éventuelle du travail à une évaluation concrète des risques sont le Danemark, la Finlande, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède. Cependant, dans ce dernier groupe, l'on observe une interdiction presque générale du travail avec exposition à des rayonnements ionisants. L'Espagne occupe une position particulière. La Loi 31/1995 n'a transposé la directive que de façon très incomplète et la question des travaux interdits ou que les travailleuses peuvent refuser n'a pas été abordée. Il existe par contre des mesures d'interdiction spécifiques qui remontent à des réglementations antérieures (notamment, les rayonnements ionisants, le plomb, le tabac, etc.). La correspondance entre les conditions retenues par la législation espagnole et la directive est assez faible. L'Irlande se trouve dans une position médiane: sa réglementation prévoit qu'en présence des risques de l'annexe II, A, il appartient à l'employeur d'établir que les conditions considérées sont sans danger pour la travailleuse ou le fœtus. A défaut d'une telle évaluation, la poursuite du travail dans ces conditions est interdite. La Norvège ne subordonne pas entièrement les changements d'affectation à la médiation médicale: elle prévoit que même si des conditions de travail ne sont pas considérées médicalement comme dangereuses mais qu'elles provoquent une anxiété de la travailleuse quant aux conséquences possibles sur sa grossesse, un changement d'affectation est justifié.

En ce qui concerne les conditions de travail envisagées pour des interdictions ou des dispenses, elles sont beaucoup plus nombreuses que dans la directive. Dans les limites de cet article, nous ne pouvons en faire un catalogue. L'Autriche et le Luxembourg ont inclus aussi des critères relatifs à l'organisation du travail en interdisant toute activité payée à la pièce ou sur la base du rendement.

Le travail de nuit

Un certain nombre de pays interdisent le travail de nuit des femmes enceintes ou ayant accouché récemment. Cette interdiction est parfois nuancée par certaines exceptions. C'est le cas de l'Allemagne (interdiction totale pour les femmes ayant accouché), de l'Autriche, de l'Italie, du Luxembourg, du Portugal (interdiction totale pendant une période de 112 jours qui se répartissent avant et après l'accouchement, dispense sur certificat médical au-delà de cette période) et de la Suisse. Dans d'autres pays, il appartient à la travailleuse de présenter un certificat médical attestant le danger que représente le travail de nuit pour en être dispensée. C'est le cas de la Belgique, du Danemark, de la Finlande, de l'Irlande, du Royaume Uni et de la Suède. En France, la situation est plus complexe: le travail de nuit est en principe interdit pour toutes les travailleuses quoique cette interdiction de principe soit assortie de nombreuses dérogations et qu'elle ne soit plus appliquée depuis la dénonciation de la Convention n° 89 de l'OIT par la France. La situation spécifique des femmes enceintes ou ayant récemment accouché n'est pas traitée dans la réglementation française sur le travail de nuit si ce n'est de façon marginale par des dispositions concernant l'interdiction du travail de nuit des femmes enceintes aux étalages. On peut en conclure que seule la surveillance médicale (à travers la formulation de réserves d'aptitude) permet d'obtenir une dispense du travail de nuit. En Norvège, le travail de nuit n'est autorisé (pour tous: hommes et femmes) que dans des cas énumérés de façon limitative par la loi sur le milieu du travail. Dans ses directives, l'inspection du travail considère le travail de nuit comme un exemple de condition de travail qui peut être dangereuse pour les femmes enceintes. Au Royaume-Uni, la législation ne prévoit aucune obligation de l'employeur de proposer un travail de jour à une travailleuse enceinte présentant un certificat médical la dispensant du travail de nuit.

Congés de maternité

En prévoyant un congé de maternité de 14 semaines, dont deux seulement sont obligatoires, la directive ne contribue que très modestement à l'objectif d'harmonisation dans le progrès de l'article 118A. Deux pays se trouvaient cependant en deçà du seuil défini par la directive. La législation néerlandaise ne prévoyait de façon explicite aucun congé de maternité. D'après la Commission, dans la pratique, celui-ci pouvait être estimé à douze semaines au moment de l'élaboration de la directive. La législation britannique prévoyait un congé de maternité de dix-huit semaines (pouvant être étendu à quarante semaines) mais elle limitait ce droit à une double condition: une période de travail d'au moins six mois dans la même entreprise et un niveau de revenus minimal. Ces conditions excluaient la majorité des femmes travaillant à temps partiel ainsi que de nombreuses travailleuses effectuant des travaux sous-payés ou ayant un emploi précaire². Ajoutons à cela qu'en Suède, le congé de maternité n'était que de douze semaines, mais son utilisation combinée avec le congé parental permettait généralement un congé plus long.

L'étendue réelle de la protection représentée par le congé de maternité dépend évidemment du niveau de rémunération garanti. Sur ce point, la directive est très insuffisante. En ne définissant aucun niveau minimal précis et en se contentant de faire référence aux revenus d'une travailleuse en cas de maladie, la directive maintient des inégalités très importantes entre les pays, voire entre différentes catégories de travailleuses dans un même pays. Bien qu'il s'en défende, le législateur communautaire continue à considérer la grossesse comme un épisode anormal dans le cadre du travail salarié, comparable à une situation pathologique. Il a rejeté les revendications du Lobby Européen des Femmes et des organisations syndicales qui entendaient assurer le maintien intégral de la rémunération tant en cas de dispense du travail que pendant le congé de maternité.

Le tableau suivant fournit une synthèse des données disponibles concernant le congé de maternité et la protection de la rémunération pendant cette période.

Conclusions

Nous poursuivrons l'analyse de la transposition de cette directive dans un prochain numéro de notre Newsletter. Nous examinerons d'autres aspects de la directive et, en particulier, les questions liées au congé de maternité, à la dispense de travail et à la protection contre les licenciements. Nous pouvons déjà anticiper que sur l'ensemble de ces questions la directive apparaît comme extrêmement faible en raison du refus de plusieurs Etats membres (et pas uniquement le Royaume-Uni) de tenir compte du rapport existant entre la santé au travail et d'autres aspects du droit du travail et des politiques sociales. Il faut relever que la discussion de la directive s'est déroulée après Maastricht, dans un contexte défavorable pour la politique sociale. Lors de son adoption, le gouvernement italien s'était abstenu pour protester contre l'insuffisance des mesures adoptées. Il avait fait inscrire au procès-verbal l'engagement du Conseil et de la Commission de revoir et d'améliorer la directive. Dans le texte même de la directive, un tel engagement avait été affaibli. Le Conseil est tenu de réexaminer le contenu de la directive avant octobre 1997 sur la base d'un rapport fait par la Commission. Il ne l'améliorera que si cette dernière élabore des propositions dans ce sens.

En publiant ces données sur les transpositions nationales, le BTS entend interpeller l'ensemble des acteurs concernés afin que l'échéance d'octobre 1997 ne soit pas perdue et que des propositions sérieuses d'amélioration soient débattues. La crédibilité de l'engagement communautaire à intégrer la lutte contre les discriminations dans l'ensemble de ses politiques serait sérieusement remise en question si les lacunes et les contradictions de la directive devaient être maintenues.

---

¹ Nous couvrons également la Norvège et la Suisse. La Grèce et les Pays-Bas n'ont pas pu être traités faute d'informations de la part des autorités et des organisations syndicales de ces pays au moment de la rédaction de cet article.

² L'on estime que sur une moyenne annuelle de 380.000 travailleuses enceintes, 40 % étaient privées d'un congé de maternité rétribué (voir Helen Collins, *The EU Pregnancy Directive. A Guide for Human Resource Managers*, Oxford: Blackwell, 1994).