

Le présent rapport est basé sur une recherche organisée par le BTS depuis plusieurs années sur la transposition des directives communautaires. Au cours d'une première étape, nous avons tenté d'analyser les différents systèmes de prévention pour voir quel était l'impact potentiel de la directive-cadre sur chacun d'entre eux. Dans une deuxième étape, nous avons suivi les transpositions de la directive-cadre. Celles-ci ont suivi un parcours beaucoup plus tourmenté que ce que l'on aurait pu prévoir en 1989 au moment de l'adoption unanime de la directive par le Conseil. Dans une troisième étape, nous avons cherché de préciser notre analyse des problèmes liés aux transpositions à partir de l'expérience d'un certain nombre d'autres directives. Nous avons choisi un échantillon de cinq directives en raison de leur importance pratique, de leur caractère innovateur ou de la marge d'imprécision de certaines de leurs dispositions qui rendait indispensable un travail d'interprétation¹. Nous nous limitons ici à une présentation provisoire et inévitablement sommaire de certains aspects de notre recherche. Au cours de l'année 1999, le BTS publiera un rapport de synthèse global qui développera les thèmes abordés ici.

Notre plan sera le suivant. Une première section décrira l'acquis communautaire que constituent les directives adoptées sur la base de l'article 118A. La deuxième section présentera un bilan synthétique des enseignements que l'on peut tirer des transpositions nationales. Dans la troisième section, nous indiquerons les raisons qui nous conduisent à formuler l'hypothèse d'une perte de substance réelle entre les objectifs des directives et leur application dans les réalités nationales. Nous formulerons également quelques propositions destinées à améliorer le passage des directives à la pratique sur les lieux de travail.

¹ Les directives choisies concernaient les thèmes suivants: travail sur écran; manutention manuelle de charges; santé et sécurité des travailleuses enceintes et allaitantes, utilisation des équipements de travail et chantiers mobiles et temporaires. Des rapports concernant les trois premières directives ont été publiés dans la *Newsletter du BTS*. Nous tenons à remercier la cinquantaine de correspondants nationaux qui ont bien voulu répondre aux questionnaires qui leur ont été adressés.

L'observatoire du BTS sur l'application des directives européennes: un premier bilan

LAURENT VOGEL

Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité



LAURENT VOGEL

L'acquis des directives communautaires concernant la santé au travail

Une période exceptionnelle de production normative

L'introduction de l'article 118A dans le Traité communautaire par l'Acte Unique a fourni la base juridique de la production normative la plus abondante en matière sociale. Quatre facteurs au moins contribuent à expliquer le dynamisme communautaire dans le domaine du milieu de travail pendant une courte période² :

- le fait que la santé au travail constitue le domaine où l'adoption de législations a été traditionnellement acceptée même par la plupart des courants libéraux;
- l'importance d'harmoniser la matière dans la mesure où elle aurait pu faire obstacle à la libre circulation des marchandises et des services;
- la nécessité de la part des institutions communautaires de faire un certain nombre de concessions au mouvement syndical dans le cadre de la réalisation du marché unique;
- la capacité du mouvement syndical européen de formuler de façon indépendante des propositions systématiques, cohérentes et unitaires. Cette autonomie syndicale trouve ses fondements dans une décennie de luttes massives autour des conditions de travail qui ont abouti à une refonte complète des conceptions syndicales dans ce domaine. L'élaboration des conventions 155 et 161 de l'OIT constitua un précédent important qui a permis au mouvement syndical d'élaborer des stratégies communes et de les traduire en des propositions de réformes législatives.

Un acquis incontestable

Les directives adoptées entre 1989 et 1992 constituent un acquis incontestable susceptible de contribuer à une harmonisation dans le progrès des conditions de travail.

Parmi les éléments positifs de la directive-cadre, nous mentionnerons:

- l'élargissement du champ d'intervention traditionnel des politiques de prévention à l'ensemble des facteurs qui ont une incidence sur la santé au travail;
- la volonté d'impulser la participation des travailleurs;
- la définition de l'objectif de la création de services de prévention multidisciplinaires;
- la formulation de l'obligation de sécurité à charge des employeurs en des termes inconditionnels (sauf les quelques exceptions prévues par l'article 5.4) mettant fin à la clause du "raisonnablement praticable" qui avait été utilisée dans la production normative antérieure (directive-cadre de 1980);
- la définition d'un champ d'application plus vaste que dans de nombreuses législations nationales devait permettre -entre autres- une unification ou un rapprochement des règles entre la fonction publique et le secteur privé.

La plupart des directives particulières adoptées sur la base de la directive-cadre contiennent également des règles susceptibles d'améliorer les législations nationales. Dans certains cas, elles portent sur des thèmes peu ou mal couverts antérieurement (travail sur écran de visualisation, manutention manuelle de charges) qui permettent d'enrichir les pratiques de prévention en évitant de se limiter aux accidents du travail et aux maladies professionnelles reconnues et indemnisées. Dans d'autres cas, elles abordent des risques dont la gravité particulière rend indispensable une intervention plus systématique (directive sur les agents cancérogènes, sur les agents biologiques, sur les chantiers mobiles et temporaires, notamment). D'autres directives ont pour vocation de couvrir un vaste ensemble de situations qui concernent des quantités importantes de travailleuses et travailleurs (directives sur les équipements de travail, sur les lieux de travail, sur les agents chimiques, notamment).

² Si l'on considère les dates d'adoption des directives, la période à considérer s'étend de 1989 à 1992. Après Maastricht, il se produira un épuisement assez rapide de la production normative en raison d'un contexte politique de plus en plus défavorable. Si l'on considère les travaux préparatoires, le début de la période peut être avancé à 1987 avec les débats sur le programme de la Commission dans le domaine de la sécurité, de l'hygiène et de la santé sur le lieu de travail.

Un acquis menacé

L'acquis de la période 1989-1992 est cependant menacé. Après Maastricht (1992), les pressions exercées par le monde patronal et une partie importante des Etats membres en vue d'une dérégulation ont entraîné des conséquences graves:

La production normative a été fortement entravée.

- La plupart des directives adoptées à partir de 1992 ne contribuent que faiblement à une harmonisation dans le progrès. Leur niveau est assez médiocre et souvent inférieur à la législation existante dans de nombreux Etats-membres.

C'est certainement le cas de la directive sur certains aspects de l'organisation du temps de travail qui représente une menace sérieuse en ce qui concerne la hiérarchie des normes qui caractérise le droit du travail dans la plupart des Etats membres. Non seulement elle permet des dérogations in pejus à travers la négociation collective, mais son article 18 prévoit que les Etats membres peuvent ne pas appliquer l'article 6 (le maximum de quarante-huit heures hebdomadaires) à condition, entre autres, que les mesures adoptées requièrent le consentement du travailleur à dépasser la limite des quarante-huit heures et que des registres de tous les travailleurs dépassant cette limite soient tenus et mis à la disposition des autorités compétentes. Ainsi cette directive favorise-t-elle un retour à la fiction de la liberté contractuelle individuelle pour paralyser des dispositions qui, dans la plupart des Etats membres, avaient toujours été considérées comme étant d'ordre public. Par ailleurs, la directive remet en cause la cohérence de la directive-cadre en excluant de son champ d'application de nombreux secteurs qui sont sans doute ceux qui auraient pu le plus bénéficier des dispositions de celle-ci.

Des critiques comparables peuvent être formulées à l'encontre des directives sur le travail des jeunes et sur la protection des travailleuses enceintes. Cette dernière ne prévoit pas le maintien de la rémunération durant le congé de maternité et les périodes de dispense de travail de sorte qu'elle place les travailleuses concernées devant le dilemme suivant: protéger leur santé au risque de subir une perte de revenus

parfois importante ou maintenir leurs revenus au détriment de leur santé. L'introduction de clauses de non régression ne change rien à l'affaire. Ces clauses sont rédigées de telle manière qu'elles n'ont aucune efficacité juridique. Elles ne font que refléter l'embarras du législateur qui n'a pas respecté l'exigence d'harmonisation dans le progrès.

- La directive sur les agents chimiques est restée bloquée pendant de longues années pour n'être finalement adoptée au stade de position commune qu'en 1997. D'autres propositions de directives restent bloquées par le Conseil des Ministres et il ne semble pas que l'on puisse prévoir leur adoption dans des délais rapides (directives sur les agents physiques, sur l'adaptation des moyens de transport pour les travailleurs handicapés). Des directives annoncées à différentes reprises n'ont même pas fait l'objet de propositions officielle de la part de la Commission (protection des travailleurs de l'agriculture, information et formation des travailleurs en matière de santé et de sécurité, notamment). Il semble bien que la seule directive qui puisse être adoptée dans des délais raisonnables concerne les échafaudages et le travail en hauteur.

- Les révisions de directives prévues explicitement (directive sur le bruit 1986, sur les travailleuses enceintes de 1992) ou rendues indispensables par l'évolution de la situation (la directive sur l'amiante maintient une ligne d'usage contrôlé alors que la plupart des Etats-membres ont adopté des mesures d'interdiction) n'ont pas fait l'objet de propositions formelles de la part de la Commission.

Les principes mêmes qui inspirent la production normative ont été violemment remis en question.

Différentes initiatives - dont le statut, l'inspiration et les acteurs varient³ - ont eu en commun de vouloir subordonner l'harmonisation dans le progrès du milieu de travail à d'autres considérations. C'est le sens de l'activité du groupe germano-britannique pour la dérégulation (formé en avril 1994 par des représentants du monde patronal avec le soutien des gouvernements allemand et britannique), du groupe Molitor (créé à l'initiative de la Commission et dont le rapport a été rendu public en 1995), de l'UNICE (et, en particulier, de son rapport sur la dérégulation de juin 1995). Le recours présenté par le Royaume-Uni contre la directive sur le temps de travail poursuivait les mêmes objectifs et remettait en cause les bases mêmes de l'article 118A. Si l'ensemble de ces pressions n'ont pas nécessairement abouti (l'arrêt de la Cour de Justice a confirmé notre interprétation de l'article 118), elles ont contribué de façon efficace à créer un climat politique défavorable à l'amélioration du milieu de travail. L'organisation récente, aux Pays-Bas, d'une conférence sur les rapports "coûts-bénéfices" dans la définition des politiques de prévention reflète bien la pression croissante visant à faire dépendre la vie et la santé des travailleurs de considérations liées à la rentabilité des entreprises⁴. Au niveau institutionnel communautaire, l'on peut observer une évolution similaire qui va du sommet d'Edimbourg à la récente Conférence Inter-gouvernementale d'Amsterdam. La caractéristique principale de cette évolution est la tentative de conditionner la production normative en santé au travail par des critères extrinsèques aux objectifs poursuivis. Ces critères sont eux-mêmes formulés de façon très vague (la compétitivité, l'emploi, la création de petites et moyennes entreprises) et reposent sur des assumptions incontrôlables sur les liens de causalité qui pourraient exister entre le cadre législatif et la réalité socio-économique. Ainsi, dans le plan proposé par la Commission aux Etats-membres pour rédiger les rapports sur l'application des directives concernant la santé au travail, l'on trouve des questions sur l'impact de celles-ci en terme de productivité, d'emploi et de compétitivité. Aucune boule de cristal n'a été fournie par les services de la Commission. En général, l'on assiste à une tentative de diluer la responsabilité politique des autorités publiques en ce qui concerne la vie et de la santé des travailleurs. Cela s'inscrit dans une tendance lourde de remise en question de l'en-

semble des domaines dans lesquels le mouvement ouvrier était parvenu à "démarchandiser" la force de travail en la soustrayant au jeu pur et simple de la contrainte économique.

On peut observer une démobilisation réelle de la Commission.

Le nouveau programme d'action adopté par la Commission avec un retard de trois ans⁵ est centré sur des actions non-législatives. Les thèmes retenus ne sont pas particulièrement innovateurs. L'ensemble du programme est en retrait par rapport aux propositions conjointes du patronat et des syndicats, formulées en 1992. De façon significative, la Division Générale V (affaires sociales) a subi une réorganisation qui a réduit fortement le personnel s'occupant de santé au travail et cela dans un contexte où le suivi de la mise en oeuvre des directives par les Etats-membres exigerait un travail redoublé. La mise en place de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité à Bilbao a été effectuée avec un retard considérable. Prévue pour 1992 de manière à coïncider avec l'année européenne pour la santé et la sécurité, la fondation de cette Agence n'a été décidée qu'à l'occasion d'un partage entre les Etats-membres des sièges de différentes institutions et ses activités n'ont réellement commencé qu'en 1997. Quant au programme SAFE, présenté comme l'initiative communautaire centrale de la période 1996-2000, il est toujours bloqué au Conseil. Mais en dehors du cadre strict des activités concernant la santé au travail, l'on observe aussi des difficultés croissantes à intégrer les préoccupations de santé au travail dans les autres politiques communautaires.

- Les nouvelles compétences communautaires en matière de santé publique auraient pu déboucher sur une reconnaissance de la place essentielle des conditions de travail dans toute politique de santé publique à partir d'un objectif essentiel: la réduction des inégalités en matière de santé. Il n'en a rien été. Le rapport sur l'état de santé des femmes dans la Communauté, récemment présenté, ne considère comme des déterminants de la santé des femmes que des facteurs individuels (consommation de tabac, d'alcool, diète, absence d'exercice) et ne souffle mot de la double journée de travail ni des caractéristiques du travail salarié féminin.

³ Le précédent gouvernement conservateur britannique tenta discrètement de coordonner le front dérégulationniste. Nous avons appris de source sûre que le Chancelier Roger Freeman a fait un travail intensif de lobbying auprès de responsables de la Commission, du Parlement Européen et des gouvernements des Etats-membres. Au début de l'année 1996, dans un mémorandum interne, le gouvernement du Royaume-Uni estimait pouvoir compter sur l'appui particulier des gouvernements allemand, néerlandais, italien et finlandais (dans ces deux derniers cas, des changements de majorité se sont produits entre temps et ont pu modifier l'attitude des gouvernements de ces Etats).

⁴ Voir O. Tudor, 1997.

⁵ Voir Communication de la Commission sur un programme communautaire dans le domaine de la sécurité, de l'hygiène et de la santé sur le lieu de travail (1996-2000), COM(95) 282 final, du 12 juillet 1995.

■ De même, la politique des transports continue à être caractérisée par l'absence d'harmonisation des conditions de travail. Dans un secteur où la politique communautaire vise à mettre en concurrence les entreprises de différents pays, une telle carence ne peut que déboucher sur une détérioration des conditions de travail dont attestent les luttes des travailleurs de ce secteur en France en 1996 et 1997.

■ Mais la menace la plus grave est représentée par les orientations communautaires concernant l'emploi. Celles-ci mettent en avant la nécessité d'accroître la flexibilité et de multiplier les concessions au monde patronal (*"promouvoir l'esprit d'entreprise"*). S'il est douteux que de telles politiques fassent reculer le chômage de masse, elles aboutissent à une précarisation de l'emploi et des conditions de travail dont l'impact négatif sur la santé et la sécurité est important.

Un acquis affaibli par ses propres limites

Reconnaître que l'acquis est menacé ne nous amène pas à vouloir l'idéaliser. La défense du cadre législatif mis en place est liée à une réflexion critique sur ce qui en limite l'efficacité. A cet égard, nous mentionnerons quatre éléments.

Les textes adoptés contiennent des zones d'ambiguïté et d'indéfinition dont la fonction principale a été d'obtenir un compromis politique permettant, dans les faits, une renégociation ultérieure. Nous nous limiterons ici à quelques exemples.

■ la directive-cadre ne clarifie pas le rapport entre les services de prévention et la surveillance médicale et elle laisse aux Etats-membres le soin de définir les capacités et compétences des services de prévention. Cette ambiguïté est liée à l'incapacité politique de trancher la question soulevée par le gouvernement français qui entendait faire reconnaître les services de médecine du travail existants comme la totalité des services de prévention prévus par la directive-cadre. Il apparaît aujourd'hui que cette position aboutit à ne pas garantir l'indépendance

professionnelle, ni la consultation des travailleurs pour les activités de prévention entreprises par d'autres opérateurs. Il semblerait que la Commission soit revenue sur le compromis politique de 1987-88 et envisagerait d'intenter un recours en manquement contre la non transposition en France de l'article 7 de la directive-cadre. Si tel était le cas, l'on aura perdu au moins dix ans à cause de l'ambiguïté de la rédaction finale de la directive-cadre. Le problème relève beaucoup moins des techniques législatives que d'obscurités voulues dans une conception du pouvoir qui n'a rien de transparent.

■ La directive-cadre et de nombreuses directives particulières renvoient souvent la définition concrète du contenu de règles à la législation et aux pratiques nationales. Ce renvoi n'aurait rien de choquant en soi si des critères minimaux étaient précisés et si les objectifs à atteindre étaient définis clairement. Dans certains cas, l'indéfinition est telle que les transpositions nationales en arrivent à une négation des objectifs initiaux. Ainsi la transposition originelle italienne de la directive concernant le travail sur écran de visualisation éliminait de son champ d'application la grande majorité des travailleurs concernés!

Certaines directives sont parfois peu cohérentes par rapport à l'approche générale de la directive-cadre.

Ainsi les objectifs concrets de prévention qui se dégagent de la directive sur la manutention manuelle de charges ne constituent qu'une réponse très partielle à l'énorme problème soulevé par le développement des troubles musculo-squelettiques qui sont liés à l'augmentation de la productivité et à une organisation du travail aggravant les contraintes temporelles. De même, la directive sur le travail sur écran de visualisation privilégie la prévention des troubles de la vue et sous-estime les aspects liés à la conception ergonomique du travail, au contenu des tâches et à la conception des logiciels.

La plupart des textes adoptés reflètent une conception étriquée du fonctionnement des systèmes de prévention.

Ils se limitent généralement à édicter des obligations à charge des employeurs par rapport à "leurs" travailleurs sans aborder les autres niveaux des systèmes de prévention. Une telle vision atomisée de la prévention, entreprise par entreprise, est relativement peu efficace si on ne la complète pas par des objectifs en matière de contrôle, de socialisation des problèmes et des expériences, de formation et d'information dans la société, etc. Nous reviendrons sur cette question dans la troisième section.

Un premier bilan des transpositions

La complexité des transpositions

La législation communautaire sur la santé au travail ignore les liens qui existent entre la santé au travail et les rapports sociaux de sexe.

Il y a là une incohérence majeure. Tandis que la directive-cadre reconnaît l'importance des rapports sociaux qui caractérisent le travail, les directives adoptent systématiquement une approche qui peut être décrite comme "de neutralité de genre". L'on se prive ainsi de la possibilité d'intervenir sur les problèmes de santé au travail liés à une répartition différenciée et discriminatoire des hommes et des femmes entre les secteurs, les activités, les niveaux de responsabilité, les statuts d'emploi. C'est ce qui fait la faiblesse, entre autres, de la directive sur la manutention manuelle de charges (dont l'impact concerne plus les hommes que les femmes dans la mesure où elle n'aborde pas l'usure physique par efforts répétés en tant que telle). Une critique similaire peut être adressée à la directive sur le temps de travail qui part de l'assomption que tout temps non travaillé dans l'entreprise est un temps de repos et "oublie" l'interaction entre le travail domestique non-payé et le travail salarié de même qu'elle ne formule aucun critère en ce qui concerne le travail à temps partiel qui est massivement féminin et dont l'organisation peut provoquer des nuisances considérables notamment lorsqu'il est organisé de façon flexible en fonction des besoins de l'entreprise ou morcelé avec des amplitudes d'horaire importantes. De façon significative, la seule directive où des "travailleuses" apparaissent concernent les risques reproductifs liés à la grossesse et à l'allaitement des nouveaux nés, ce qui reste dans une optique très traditionnelle. A l'opposé, dans les pays scandinaves, la question des risques liés à la grossesse et à la maternité est intégrée dans un cadre général beaucoup plus ample qui concerne l'ensemble des risques liés à la reproduction. Cela comporte un double avantage: les règles fixées concernent autant les hommes que les femmes évitant par là de créer de nouveaux prétextes à des discriminations; la protection ne se limite pas à une période limitée de la vie humaine (la grossesse et une période généralement brève suivant l'accouchement). Cette dernière caractéristique est importante car, en règle générale, les facteurs représentant des risques pour les fonctions reproductives constituent également des risques pour la santé "en général".

Quel a été l'impact des directives dans les différents Etats-membres? Il importe de distinguer deux étapes à cet égard: la première étape est constituée par les transpositions nationales, la seconde concerne le passage à la pratique sur les lieux de travail. L'analyse concrète des situations nationales montre cependant qu'il existe une imbrication de ces deux étapes dans le temps. En effet, les transpositions ne se limitent pas à l'adoption de textes législatifs ou réglementaires qui introduisent les exigences minimales des directives dans la législation nationale. Le plus souvent, les transpositions se présentent comme une cascade de textes qui partent d'un premier acte de transposition de caractère général et débouche ensuite sur une multitude de textes d'application aux statuts les plus variés sans lesquels les exigences minimales ne seront pas satisfaites. Nous illustrerons ce constat par deux cas exemplaires. Le Portugal a été le premier pays à transposer la directive-cadre. Cependant le règlement sur la participation des travailleurs n'a toujours pas été adopté, plus de cinq ans après l'entrée en vigueur du décret-loi de transposition. Dans ces conditions, une part essentielle des dispositifs prévus par la directive-cadre a été paralysée. En Italie, le décret législatif de transposition étend son champ d'application à la fonction publique, mais les budgets adoptés ultérieurement ne prévoient pas le financement de l'organisation de la prévention dans ce secteur. Ce constat est important: tout contrôle des transpositions qui se limiterait à la vérification de l'insertion formelle des dispositions des directives dans un "texte" national sans poser la question de la réalisation effective des objectifs fixés serait insuffisant. Nous y reviendrons.

Dans le bilan des transpositions, il convient de faire la part des facteurs objectifs liés aux caractéristiques des systèmes nationaux de prévention et des facteurs socio-politiques qui ont conditionné les transpositions.

Les directives communautaires dessinent une sorte de modèle des systèmes de prévention. Non seulement, ce modèle est implicite, il est également imparfait dans la mesure où il ne couvre pas l'ensemble des fonctions qu'un système de prévention doit assurer. Enfin, il n'est pas entièrement cohérent parce que les directives font des emprunts à différents modèles nationaux⁶. Cela ne devrait pas constituer un problème en soi. Si l'on tient compte du fait que les directives communautaires proposent des prescriptions minimales, il apparaît que chaque système national peut maintenir ou créer des améliorations par rapport aux règles des directives. Ajoutons à ces trois facteurs qui nous semblent être conditionnés objectivement par les caractères essentiels du processus d'harmonisation communautaire⁷ l'ambiguïté d'un certain nombre de formulations que nous avons déjà relevée.

⁶ Le modèle français de la médecine du travail est dominant dans les premiers textes communautaires. Au cours des années quatre-vingts, l'inspiration britannique, centrée autour de l'hygiène industrielle, devient très forte. Après l'Acte unique (1986), le modèle scandinave d'une approche intégrée du "milieu de travail" est certainement la référence principale mais les strates antérieures n'en ont pas disparu pour autant.

⁷ Les textes adoptés en santé au travail se trouvent à mi-chemin entre des domaines où l'on procède à une harmonisation totale (conception des équipements de travail, règles concernant la circulation des substances chimiques) et d'autres domaines où aucune harmonisation n'est à l'ordre du jour (responsabilité civile et pénale de l'employeur, fonctionnement des inspections du travail, rapports entre la santé publique et la santé au travail, etc...).

Des situations très inégales dans les différents pays

Si les directives contiennent des éléments d'innovation pour chacun des Etats membres, ceux-ci ne se situent pas tous à égale distance des objectifs fixés par les directives. Les systèmes nationaux de prévention en Europe sont caractérisés par des différences importantes. Qu'il s'agisse des cultures scientifiques et techniques dominantes (médecine du travail dans les pays latins, hygiène industrielle en Grande-Bretagne, sécurité des équipements liée à la normalisation technique en Allemagne); qu'il s'agisse des formes de participation des travailleurs, elles-mêmes étroitement liées à des contextes de relations industrielles; qu'il s'agisse du rôle des acteurs publics (natures différentes des systèmes d'inspection du travail, articulation réelle ou inexistante entre la santé publique et la santé au travail, etc...), la réalité variée des systèmes nationaux de prévention rend délicate toute tentative d'harmonisation. A l'égard du modèle implicite communautaire, les transformations à accomplir peuvent apparaître comme relativement secondaires dans certains pays (c'est le cas des pays scandinaves qui, pour l'essentiel, remplissent les exigences minimales) ou énormes dans d'autres pays (Espagne, Allemagne, par exemple). L'on aura tort de réduire cette diversité à l'existence de retards nationaux. S'il existe incontestablement des pays où les systèmes de prévention fonctionnent moins bien que dans d'autres pays, le problème principal n'est pas là. Chaque système de prévention a une histoire et s'inscrit dans des contextes plus larges⁸ qu'il serait absurde de vouloir ignorer. Chaque pays connaît des situations où la prévention est efficace et d'autres où elle ne l'est pas. Le défi ne consiste pas à aligner toutes les situations nationales sur un modèle européen dont on fournit parfois des lectures mythiques, mais plutôt d'atteindre les objectifs minimaux substantiels posés par les directives tout en conservant ce que chaque système national peut avoir de plus avancé et de mieux adapté aux conditions générales de son pays.

A cette difficulté objective du travail de transposition il faut ajouter des conditions politiques qui ne sont pas nécessairement favorables. Tout cela contribue à expliquer des disparités significatives dans les transpositions nationales. Dans un certain nombre de pays, les directives n'ont rien modifié d'essentiel en raison d'une transposition minimaliste qui vise uniquement à prouver qu'on s'est mis formellement en règle sans se poser la question des objectifs substan-

tiels à atteindre. C'est, dans une large mesure, le cas de l'Allemagne, de la Grande-Bretagne et de la France. Dans d'autres pays, la minceur des changements s'explique plutôt par le fait que la législation existante correspondait dans les grandes lignes aux exigences des directives (c'est le cas des pays scandinaves). Ailleurs, des changements législatifs réels pourraient déboucher sur des transformations profondes. C'est notamment le cas en Autriche, en Espagne et en Italie.

Une remise en cause politique

L'on peut discerner comme tendance principale la remise en cause de principes sur lesquels les Etats-membres s'étaient mis d'accord. L'expression la plus visible de ce phénomène a été le non-respect des délais de transposition dans de nombreux Etats, mais ce n'en est certainement pas la manifestation la plus grave. La plupart des Etats ont commencé par sous-estimer la portée réelle des directives par rapport aux systèmes nationaux de prévention et ils ont cru pouvoir minimiser les changements à introduire. Cette attitude a été facilitée par l'absence de consultations systématiques à l'échelle européenne entre les Etats, la Commission et les organisations syndicales et patronales sur les objectifs substantiels des directives. En outre, dans certains pays, il existait une claire volonté politique de procéder à une transposition minimaliste (ce fut indiqué explicitement au Royaume-Uni). Dans un deuxième temps, les Etats-membres se rendaient compte de la nécessité d'introduire des transformations parfois profondes et ils s'inquiétaient brusquement de la brièveté des délais ou des coûts supposés de mesures qu'ils avaient eux-mêmes approuvées. Les débats de la deuxième période ont surtout mis en évidence à quel point les règles antérieures étaient mal appliquées de sorte que la mise en oeuvre des directives ne pouvait pas être envisagée simplement par rapport à l'état antérieur du droit (par rapport auquel les éléments innovateurs des directives n'étaient pas nécessairement des plus radicaux) mais aussi par rapport à des pratiques patronales et administratives d'adaptation "vers le bas" de ces règles.

La virulence des campagnes patronales sur les coûts supposés des directives a montré le caractère illusoire des thèses suivant lesquelles la santé et la sécurité auraient cessé de représenter des enjeux conflictuels

⁸ Par exemple, si l'on examine le thème de la surveillance médicale, une différence culturelle importante apparaît entre pays de tradition catholique et pays de tradition protestante. Il serait absurde de nier ce facteur. De même, l'existence d'un système national de santé ou, au contraire, une organisation sanitaire basée sur la médecine libérale induisent des différences importantes dans le rôle de la médecine du travail.

Le problème de la cohérence et des objectifs

entre le travail et le capital. D'un pays à l'autre, les calculs de coûts peuvent être multipliés par dix ou par cent sans que ces écarts ne s'expliquent par des différences objectives⁹.

Parmi les solutions adoptées par les Etats-membres se trouvent différentes formules qui leur permettent de louver en attendant un éventuel contrôle de la part de la Commission. C'est ainsi que le Royaume-Uni n'avait adopté aucune mesure améliorant le système de représentation des travailleurs qui restait subordonné à l'arbitraire patronal¹⁰ et s'était employé à contourner la contradiction entre la clause du raisonnablement praticable de sa législation et l'absence d'une telle clause dans les obligations de sécurité de la directive-cadre. En France, c'est l'article 7 de la directive concernant les services de prévention dont la transposition a été "oubliée" et la transposition des directives dans la fonction publique a été différée.

Ces transpositions "tronquées" ont abouti à de multiples retouches, révisions et, parfois, régressions qui contribuent peu à la cohérence de la matière et à la transparence dans son application. Ainsi, au Royaume-Uni, une nouvelle réglementation dut être adoptée en ce qui concerne la participation des travailleurs en 1996 mais la question du "raisonnablement praticable" reste entière. En France, l'ensemble des règles applicables à la fonction publique furent modifiées en 1995 mais la réglementation des services de prévention autres que la médecine du travail reste bloquée. En Italie, nous en sommes au troisième décret législatif de transposition en un peu plus de deux ans. Chaque décret a pour fonction de corriger ses prédécesseurs et malheureusement aussi de retarder l'application effective des règles.

⁹ Ainsi, en Italie, le "paquet" de directives transposées en septembre 1994 coûterait plus de dix milliards d'ECU pour les seules entreprises artisanales. (*Il Sole-24 Ore*, 15 décembre 1995) et autour de 60 milliards d'ECU dans la fonction publique (*Il Sole-24 Ore*, 21 décembre 1996). En France, la directive sur l'utilisation des équipements de travail se traduirait par une dépense de 30 milliards de francs français pour la seule industrie métallurgique. En Espagne, le coût supposé du premier projet de transposition de la directive-cadre avait été calculé par le patronat avec une précision étonnante. Le seul chapitre sur la participation des travailleurs revenait à 294 milliards de pesetas d'après la Confédération patronale qui était parvenue à calculer le nombre de délégués de prévention élu à l'unité près (996.025) et à 52 milliards d'après le Gouvernement.

¹⁰ La réglementation britannique de 1977 limite la représentation des travailleurs en matière de santé et de sécurité aux entreprises où l'employeur accepte de reconnaître une organisation syndicale à cet effet. Il peut à tout moment retirer cette reconnaissance. La Cour de Justice des Communautés Européennes a condamné un système comparable en ce qui concerne les licenciements collectifs. Le gouvernement britannique a introduit une nouvelle réglementation en 1996 qui coexiste avec la réglementation de 1977. Cela signifie que chaque employeur a le choix entre le système antérieur et de nouvelles formes de consultation des travailleurs passant en-dehors des organisations syndicales et marquées par une très grande indéfinition des règles. Tout employeur peut même librement alterner des périodes de reconnaissance syndicale - ce qui implique l'application de la réglementation de 1977 - et des périodes de refus du dialogue avec les syndicats - ce qui lui permet d'appliquer d'autres mécanismes de consultation largement laissés à sa discrétion (voir James et Walters, 1997).

L'ensemble des transpositions pose le problème de la cohérence des textes adoptés. Cette cohérence s'inscrit dans une double dimension: celle du système national de prévention et celle des objectifs communautaires. Dans la mesure même où l'harmonisation communautaire proposée n'est pas une harmonisation totale (et il nous paraît juste que cela soit ainsi), l'introduction de nouvelles dispositions doit se faire en veillant à ce que les diverses fonctions du système national de prévention soient adaptées par rapport aux objectifs fixés. En d'autres termes, l'harmonisation communautaire n'intervient que sur un segment des activités (le plus souvent, le rapport entre employeurs et travailleurs sur les lieux de travail) sans apporter une réponse à ce qu'il convient d'entreprendre sur les autres segments.

A cet égard, on peut sommairement opposer deux philosophies dans la transposition. L'une consiste à se limiter au minimum indispensable et procède généralement par "photocopies". Cela permet de gagner du temps par rapport à la Commission¹¹ qui n'est pas très dynamique dans ses fonctions de contrôle et tend à se limiter à un contrôle formel de la "traduction" de chaque article quelque part dans une législation nationale. Si cette approche devait se généraliser, il faudrait renoncer entièrement à l'idée d'une harmonisation dans le progrès.

L'autre approche consiste à intervenir de manière articulée sur toutes les composantes du système national de prévention qu'elles aient été mentionnées explicitement ou non par la directive. C'est seulement ainsi qu'une amélioration réelle pourra résulter de la "greffe" du droit communautaire sur le droit national. Une telle approche est certainement plus difficile au plan de la technique législative puisqu'elle impose de considérer l'ensemble des interactions entre une directive communautaire et la réglementation nationale. Par contre, elle est beaucoup plus féconde, permettant à l'occasion de la transposition d'une directive de procéder à une réforme systématique de réglementations nationales souvent inadéquates. Dans ce cas, la transposition devient une opportunité de dépasser des blocages nationaux.

La transposition de la directive sur l'utilisation des équipements de travail en France est révélatrice de la tension qui peut exister entre l'obligation formelle de transposition et l'objectif substantiel d'une directive.

¹¹ La République fédérale d'Allemagne s'est montrée la plus imaginative dans la recherche de procédés dilatoires. Alors que la transposition des directives n'a commencé à être effectuée qu'à partir de l'été 1996, elle a inondé la Commission de références à des textes antérieurs - et parfois très anciens - dont la portée et le champ d'application ne correspondaient pas aux exigences des directives.

Afin d'atteindre cet objectif, la transposition française avait prévu que les employeurs adoptent des plans de mise en conformité permettant à l'inspection du travail de vérifier l'existence d'un programme planifié de transformation des équipements existants qui garantirait le respect des exigences de la directive. Cette exigence n'était formulée nulle part de façon explicite dans la directive, mais elle était cohérente avec l'approche de la directive-cadre qui fait de l'adoption d'un programme planifié de prévention un élément central des pratiques de prévention dans les entreprises. Le patronat français s'opposa avec véhémence à ce qu'il considérait comme une transposition allant au-delà des exigences minimales (les arguments patronaux étaient quelque peu embrouillés: ils s'en prenaient tantôt à la directive elle-même, tantôt à la transposition française, tantôt à l'absence supposée de transposition dans les autres Etats membres). Outre le fait qu'aller au-delà des exigences minimales est conforme à l'article 118A, ce qui était contesté était moins le dépassement supposé des objectifs de la directive que les moyens pratiques d'en assurer l'application effective.

L'inexistence d'un pilotage politique communautaire

Pour que les transpositions soient cohérentes, il faut également que les objectifs soient clairement définis. Tel n'est pas toujours le cas dans les directives. Cette situation ne serait pas particulièrement préoccupante si la Commission avait mis en oeuvre le dispositif prévu par sa décision du 24 février 1988. Cette décision devait permettre une vaste consultation dès le stade de la préparation des textes législatifs ou réglementaires de transposition. Bien des doutes auraient pu être dissipés à l'occasion de cette consultation. Hélas, presque 10 ans après son adoption, cette décision est restée lettre morte.

Les transpositions des directives ont été menées dans des cadres nationaux sans qu'il ne soit possible de discuter des problèmes communs. Un exemple presque caricatural est fourni par la transposition de l'article 7 de la directive-cadre dans différents pays. En France, les règles concernant les services de prévention ne s'appliquent qu'à la médecine du travail. Dans les pays scandinaves, aux Pays-Bas, en Espagne, elles s'appliquent à des services multidisciplinaires et les autorités publiques ont défini des critères de compé-

tence relativement précis ainsi que des procédures de contrôle. Au Royaume-Uni, la définition de la capacité et des compétences des services de prévention a été laissée à la discrétion des employeurs. En Italie, les règles adoptées définissent des compétences précises mais les services concernent l'ensemble des spécialistes de prévention à l'exception des médecins du travail.

D'autres questions communes sont apparues en ce qui concerne la portée exacte de l'évaluation des risques notamment. Elles ont dû être tranchées pays par pays et ont abouti à créer des disparités importantes. Une coopération systématique et un débat ouvert (associant les organisations syndicales et patronales) auraient certainement permis de développer des critères plus cohérents de transposition.

Le passage à la pratique

Difficultés méthodologiques

Il est évidemment trop tôt pour pouvoir prétendre présenter un bilan systématique du passage à la pratique. En-dehors même de la nécessité d'un recul temporel, nous nous heurtons à des difficultés méthodologiques de deux ordres :

■ Les directives portent sur l'organisation de la prévention et elles combinent, à juste titre, des obligations procédurales (par exemple, procéder à une évaluation des risques, constituer un service de prévention, disposer d'un comité de sécurité et d'hygiène, etc...) à des exigences précises concernant un certain nombre de facteurs de risque. Recueillir des données fiables et cohérentes concernant l'ensemble des obligations procédurales constitue une tâche d'une difficulté redoutable. Nous pouvons, tout au mieux, proposer des descriptions générales qui pourraient être complétées utilement par des études approfondies sur des questions particulières. Mais, surtout, rien ne garantit que le respect des exigences minimales en ce qui concerne les obligations procédurales débouche automatiquement sur des améliorations des conditions de travail.

■ Une autre approche possible (et complémentaire) consisterait à observer les résultats en termes de sécurité, de santé et de bien-être. A cet égard, il convient d'être prudent. D'une part, il existe un décalage temporel évident entre les mesures de prévention adoptées et leur traduction en termes de santé. Certaines mesures peuvent avoir un effet à très court terme (par exemple, le remplacement d'équipements dangereux par des équipements présentant de bonnes conditions de sécurité), d'autres ne devraient avoir d'effets qu'à long terme (par exemple, la substitution d'agents cancérigènes). Mais il n'y a pas que le temps qui s'interpose entre les mesures de prévention et les résultats quant à la santé. De façon générale, les effets de la prévention sur la santé passent par une série de médiations sociales qui font intervenir des déterminants beaucoup plus essentiels des conditions de travail. A dispositifs de prévention égaux, le taux de chômage, le niveau de ségrégation des travailleuses dans des emplois sous-qualifiés, le degré de précarisation de l'emploi, la transformation de l'organisation du travail induiront des différences significatives quant à la santé des travailleurs.

Une nécessité urgente pour faire face à la détérioration des conditions de travail

Cela dit, tous les éléments d'information disponibles montrent que le passage des directives à la pratique sur les lieux de travail est plus difficile que prévu. La nécessité de ce passage, par contre, reste d'une urgence incontestable. Les enquêtes réalisées par la Fondation de Dublin sur les conditions de travail montrent une détérioration dans une série de domaines. Cette détérioration est liée, entre autres, à la précarisation et à la flexibilité et à un accroissement des exigences de productivité. La vision optimiste que l'on pouvait avoir il y a une dizaine d'années suivant laquelle l'accroissement de la production et des profits finissait bien par se traduire par une amélioration des conditions de travail est démentie par la réalité. Nous assistons plutôt à une polarisation entre des catégories de travailleurs pour lesquels les conditions de travail tendent à s'améliorer et une masse croissante de travailleuses et de travailleurs exclus de cette évolution.

Nous touchons ici un des défis les plus importants de la prévention. L'élargissement de son champ d'activité répond à des besoins réels. La santé au travail n'est pas la seule réduction des indicateurs traditionnels de risques professionnels. Mais cela implique que les activités de prévention proprement dites (mêmes élargies) ne couvrent qu'une partie limitée des déterminants de la santé au travail. Les choix stratégiques en termes de production, d'organisation du travail, les rapports sociaux qui imbriquent le niveau micro-social de l'entreprise à la société en général ne sont pas l'objet d'activités de prévention au sens strict du terme. Tout au plus, peut-on demander aux acteurs de la prévention d'éclairer les choix, de révéler quelles sont les conséquences visibles de ceux-ci en termes de santé. Le constat des limites de la prévention débouche parfois sur l'idée qu'une intégration croissante de la gestion de la santé au travail aux autres aspects de la gestion de l'entreprise apporterait une solution. Sans nier l'importance d'une telle intégration, nous voudrions insister sur ces limites. La plus significative est la suivante: la santé au travail n'est pas un objectif de l'entreprise en tant que telle. Elle s'inscrit dans un contexte radicalement différent de la gestion de la qualité ou de la productivité. Elle repose sur la confrontation d'intérêts sociaux distincts. La participation des travailleurs a précisément pour but de permettre une confrontation entre ces intérêts. Dès lors, tout ce qui réduirait la gestion de la santé au travail à l'élaboration d'un ensemble cohé-

rent de mesures visant à assurer la mise en oeuvre des objectifs définis par la direction de l'entreprise risque de déboucher sur des activités de prévention accordant la priorité à ce qui constitue un coût direct pour l'entreprise (accidents, maladies reconnues, absentéisme) au détriment des problèmes dont la visibilité est niée parce que leur coût a été socialisé. La deuxième limite est que la santé au travail ne se joue pas au seul niveau de l'entreprise: la lutte contre les inégalités hommes-femmes, contre la précarisation du travail et le chômage, la définition d'objectifs de santé publique qui aborde les conditions de travail dépassent nécessairement les limites de l'entreprise.

Les lacunes dans l'architecture du droit communautaire

Nous avons déjà relevé certaines lacunes dans la formulation des directives qui ne définissent pas toujours avec précision les résultats à atteindre. Mais ces lacunes sont secondaires par rapport à celles que l'on peut trouver dans l'architecture même du droit communautaire de la santé au travail.

L'article 118A a fait l'objet d'interprétations très différentes. Formulé en des termes généraux et volontairement ambigus, il fait référence au "milieu de travail", notion née dans les réformes scandinaves des années '70 pour dépasser l'approche traditionnelle de la sécurité et de l'hygiène. L'interprétation dominante du Conseil et de la Commission - interprétation que tant le mouvement syndical que le Parlement européen se sont efforcés de combattre - a été de limiter l'essentiel des directives basées sur l'article 118A à des règles concernant les rapports entre employeurs et travailleurs. Rien n'est prévu en ce qui concerne les mécanismes de contrôle et de socialisation sans lesquels les politiques de prévention réalisées par les entreprises risquent de développer les inégalités entre des secteurs forts (où une politique de prévention relativement efficace peut être mise en place) et des secteurs faibles. Chaque système national de prévention constitue un ensemble complexe d'acteurs publics et privés. En n'intervenant que dans les rapports entre les employeurs et "leurs" travailleurs, les directives se privent elles-mêmes de moyens d'efficacité. Limitons-nous à un simple exemple. Il est peu utile de prévoir une consultation des travailleurs sur le choix des équipements de travail s'il n'existe pas de banques de données permettant de donner des informations pertinentes. Or, la création de telles banques de données dépasse largement les compétences des employeurs individuels.

L'oubli des responsabilités publiques et collectives dans les directives est aggravé par l'évolution même du travail. En particulier, l'on peut observer une très imparfaite adéquation entre les formules juridiques retenues avec le phénomène massif de précarisation de l'emploi et du travail¹². La multiplication des contrats "atypiques", le recentrage des entreprises sur un certain nombre d'activités considérées comme essentielles et le développement de la sous-traitance (avec notamment la sous-traitance en cascade), bien des facteurs concourent à rendre de plus en plus inefficaces des dispositifs conçus en fonction de travailleurs stables dans des entreprises grandes ou moyennes. Outre le fait que les obligations de procédure (par exemple, la création de comités de sécurité et d'hygiène, l'affiliation à un service de médecine du travail, etc...) sont généralement soumises à des conditions de seuil qui excluent un nombre important de travailleurs, la précarisation implique des risques spécifiques pour la santé que l'on ne peut réduire aux facteurs matériels constitutifs des risques professionnels traditionnels (sécurité des équipements, agents chimiques, physiques ou biologiques). Le rapport social qui sous-tend un travail précarisé constitue par lui-même un obstacle à la construction de la santé qui a été mis en avant par de nombreuses recherches récentes.

Comment mieux assurer le passage des textes à la pratique ?

Le passage des textes à la pratique ne répond donc pas simplement à une préoccupation de sécurité juridique, il s'agit d'un défi important qui demandera l'engagement du mouvement syndical. Entre l'harmonisation totale qui nous paraît illusoire (et serait dangereuse compte tenu du contexte politique actuel) et la passivité, il nous semble qu'il est possible de trouver des voies médianes reflétant l'exigence d'une harmonisation dans le progrès, c'est-à-dire d'une évolution des systèmes nationaux de prévention qui remplisse un double objectif: améliorer les situations nationales et atteindre un certain nombre d'objectifs communs. A cet égard, les échanges d'expérience, les différentes formes de coopération, la création d'instruments de socialisation communs doivent jouer un rôle important. Cela pourrait aller de pair avec la création d'un cadre adéquat d'allocation de ressources. A notre avis, l'expérience des Fonds pour le Milieu de Travail dans les pays scandinaves peut constituer un exemple stimulant dans la mesure où ils ne se limitent pas à une simple incitation financière pour faire respecter les obligations des entreprises mais qu'ils jouent un double rôle: d'encadrement sur la base de priorités clairement définies et de diffusion des expériences.

¹² Pour une analyse détaillée des rapports entre la précarisation et la santé au travail, voir Huez (1994) et Appay et Thébaud-Mony (1997).

■ Nous avons déjà relevé l'absence de pilotage politique communautaire dans les transpositions. Le problème est loin de se limiter à la seule interprétation des directives. De nombreuses directives, formulées en des termes assez généraux, rendant indispensable l'adoption d'instruments d'application intermédiaires qui fournissent des indications méthodologiques permettant le passage à la pratique. A quelques exceptions près¹³, ces problèmes n'ont été affrontés que dans des cadres nationaux. En Italie, la Conférence des Régions a produit de nombreux guides destinés à faciliter l'application des directives. Au Royaume-Uni, le Health and Safety Executive a déployé une activité intense dans certains domaines (manutention manuelle notamment). Sur l'ensemble de ces questions, la mise en commun au niveau européen des problèmes, des expériences et des solutions aurait pu contribuer à beaucoup mieux préparer le passage à la pratique¹⁴. Il est regrettable de constater que même dans les cas où les directives prévoyaient explicitement des interventions communautaires, comme c'est le cas en ce qui concerne un guide de l'évaluation des risques pour les travailleuses enceintes, le travail s'est fait avec un tel retard qu'il n'a pas permis d'appuyer les transpositions nationales¹⁵.

■ La question des indicateurs mérite une attention prioritaire. Jusqu'à présent, la plupart des documents communautaires se limitent à une assez vague référence à la quantité d'accidents du travail, voire seulement d'accidents mortels (entre 6.000 et 8.000 selon les années considérées). De tels indicateurs sont certainement révélateurs de l'ampleur du problème du non respect de l'obligation de sécurité (aucune autre forme de délinquance n'a un coût en vies humaines aussi élevé), ils n'en sont pas moins très insuffisants pour définir une politique. Ils sont biaisés par le fait qu'ils proviennent des systèmes de compensation financière et ne représentent, somme toute, qu'une faible part des problèmes de santé liés

au travail. Il est probable que la mortalité provoquée par les maladies liées au travail est nettement supérieure à celle qui résulte des accidents du travail. Un travail systématique de recueil de données et d'élaboration d'indicateurs de différents ordres reste à l'ordre du jour. La Fondation de Dublin a contribué de façon positive à ce travail par ses enquêtes sur les conditions de travail mais il n'en reste pas moins que, dans l'ensemble, le système communautaire est très peu sensible à la réalité. La montée des troubles musculo-squelettiques, les problèmes de santé mentale liés au travail, l'ampleur des cancers professionnels constituent quelques exemples de domaines dans lesquelles notre connaissance de la réalité reste très fragmentaire. L'impact de la précarisation sur la santé ne fait l'objet de recherches qu'au plan national dans un petit nombre de pays communautaires tandis que les données sur la santé au travail des femmes sont pratiquement inexistantes.

■ De façon complémentaire, un système d'information communautaire sensible à l'évolution du travail devrait recueillir des données systématiques sur les problèmes liés aux équipements de travail, aux procédés de production et aux substances utilisées. Il existe des compétences communautaires dans le domaine de la libre circulation des marchandises qui ont débouché sur une élaboration législative importante et qui se prolonge - en ce qui concerne les équipements - dans les activités de normalisation au sein du CEN. Mais ces activités ne bénéficient pratiquement pas de la remontée de l'information sur les problèmes constatés lors de l'utilisation des équipements, des procédés et des substances. Le BTS tente de remédier à cette lacune avec ses réseaux d'experts syndicaux, mais il est clair que notre contribution est nécessairement très modeste. A terme, c'est la complémentarité des directives adoptées sur la base de l'article 118A avec les directives du marché unique qui risque de devenir de plus en plus problématique si l'expérience des lieux de travail n'est pas systématisée pour évaluer les risques des matériels utilisés. Une telle remontée d'expérience devrait permettre de systématiser également les données concernant la substitution de matériels dangereux par d'autres qui ne le sont pas ou le sont moins.

¹³ La principale exception a été l'adoption d'un document sur l'évaluation des risques, élaboré de façon tripartite par le Comité Consultatif de Luxembourg. Malheureusement, la Commission n'a pas respecté son engagement d'en faire un acte juridique communautaire non contraignant (une communication). Elle s'est limitée à une publication qui ne reflète pas nécessairement ses opinions.

¹⁴ Ainsi, la directive sur la manutention manuelle de charges est difficilement applicable sans des instruments concrets d'évaluation. Voir Grieco, Occhipinti, Colombini et Molteni (1997).

¹⁵ La directive, adoptée en 1992, devait entrer en vigueur en octobre 1994 au plus tard. Une amélioration de la directive aurait dû intervenir dès octobre 1997. Mais le guide prévu pour l'évaluation des risques ne sera pas adopté avant 1998.

■ La question des contrôles et des sanctions mériterait également des échanges d'expérience plus systématiques. Elles relèvent et continueront à relever de compétences nationales, mais il existe un intérêt communautaire certain à éviter d'importantes disparités dans l'application des règles communes. On ne peut que relever à quel point, dans l'ensemble des pays concernés, les sanctions sont dérisoires à l'égard de la fréquence et de la gravité des délits commis. L'extension de l'obligation de sécurité patronale à l'ensemble des situations de travail sur lesquelles un employeur exerce son contrôle (quels que soient les statuts des travailleurs: salariés de son entreprise, salariés d'autres entreprises, travailleurs indépendants, etc.) permettrait sans doute de mieux correspondre à l'évolution du travail. La définition d'une gamme de sanctions plus diversifiée pourrait aussi trouver ses prolongements dans des initiatives communautaires. Ainsi, en Espagne, l'interdiction de passer des marchés publics pour les entreprises qui ont gravement violé la législation en santé au travail constitue probablement une sanction d'une grande efficacité. Les directives concernant les marchés publics pourraient être modifiées de façon à y inclure le respect de l'ordre public social comme un critère de sélection. De même, il apparaît que la sous-traitance en cascade provoque des situations inacceptables au plan de la sécurité. Dans ce domaine également, il serait irresponsable de ne pas lier la libre circulation des services à des règles précises mettant fin à une concurrence qui se joue sur la santé et sur la vie des travailleurs.

■ Les possibilités de recours contre des transpositions insuffisantes dépendent trop de la discrétion de la Commission. Sans entrer dans les détails techniques, il faut relever que les possibilités ouvertes aux particuliers de soumettre à la Cour de Justice des Communautés Européennes des plaintes concernant des transpositions insuffisantes sont limitées à la seule procédure des questions préjudicielles qui implique la réunion d'une série de conditions difficiles à remplir.

A notre avis, cette situation pourrait être améliorée en s'inspirant de l'expérience de l'Organisation Internationale du Travail. Rien n'empêche de concevoir un système basé sur une dualité de recours: des recours judiciaires (qui pourraient être facilités de différentes manières) devant la Cour de Justice des Communautés Européennes et des recours de nature politique dans le cadre d'un système tripartite de suivi de l'application des directives.

■ Les directives communautaires contiennent des principes inspirés par le mouvement social des années '70. Ces principes n'ont pas perdu leur validité, mais leur efficacité dans un contexte nouveau est conditionnée par deux éléments inséparablement liés. Le premier est la création d'un nouveau rapport de forces indispensable pour réaffirmer la priorité de la santé humaine face aux exigences de la compétitivité capitaliste. La seconde est la capacité d'imaginer de nouvelles modalités permettant de couvrir l'ensemble des situations de travail dans un contexte marqué par la mondialisation et la précarisation du travail. Un rapport de force ne se construit jamais sur la seule défense du passé. C'est pourquoi les deux exigences ne peuvent être dissociées. S'il est trop tôt pour connaître la musique des années à venir, quelques notes annonciatrices pointent çà et là. Dans de nombreux conflits récents (UPS aux Etats-Unis, les grèves des chauffeurs routiers en France en 1996 et 1997) les conditions de travail ont occupé une place centrale. Cette réapparition d'un thème étouffé par d'autres priorités pendant presque une décennie constitue un point d'appui précieux.

- 1 Appay et A. Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris: CNRS-IRESO, 1997.
- 2 Bagnara, S., Misiti, R. et H. Wintersberger (eds), *Work and Health in the 1980s. Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health*, Berlin: Sigma, 1985.
- 3 BTS, *Synopsis des directives communautaires en matière de santé et sécurité des travailleurs*, Bruxelles: BTS, 1994.
- 4 González Ortega, Aparicio Tovar, J., *Comentario a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales*, Madrid: Trotta, 1996.
- 5 Grieco, A., Occhipinti, E., Colombini, D. et Molteni, G., Manual handling of loads: the point of view of experts involved in the application of EC Directive 90/269, *Ergonomics*, 1997, vol. 40, n° 10, 1035-1056.
- 6 Huez (coord.), *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*, Paris: Syros, 1994.
- 7 James, Ph., Walters, D., Non-union Rights of Involvement: The Case of Health and Safety at Work, *Industrial Law Journal*, Vol. 26, n° 1, mars 1997, pp. 35-50.
- 8 Messing, K., Neis, B., Dumais, L., *Invisible. La santé des travailleuses*, Charlottetown: Gynergy Books, 1995.
- 9 OECD, *Women, Work and Health. Synthesis Report of a Panel of Experts*, Paris: OECD, 1993.
- 10 Salisch, H., Document de travail sur la notion de milieu de travail et sur le champ d'application de l'article 118A du Traité CEE, Parlement Européen, document WG(3)0179FR, 1988.
- 11 Smith, Goddard, C. et Randall, N., *Health and Safety. The new legal framework*, Londres-Dublin-Edimbourg: Butterworths, 1993.
- 12 Tudor, O., Putting a price on life and death, *Health and Safety Bulletin*, n°260, août 1997, pp. 10-13.
- 13 Vogel, L., *L'organisation de la prévention sur les lieux de travail. Un premier bilan de la mise en oeuvre de la Directive-cadre communautaire de 1989*, Bruxelles: BTS, 1994.
- 14 Vogel, L., Le rapport Molitor: banc d'essai de la dérégulation, *Nota Bene*, n°90-1995, pp. 11-15.
- 15 Vogel, L., Le droit communautaire et le milieu du travail. Pour un bilan critique, *L'Année sociale 1995*, ULB, Bruxelles, 1996, pp. 324-332.
- 16 Vogel, L., Les surprises de la directive communautaire concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ou comment les conservateurs britanniques ont fait avancer le débat sur l'Europe sociale, *L'Année sociale 1996*, ULB, Bruxelles, 1997, pp. 423-446.