

pour pratiquer leur ablation. Un élément important du dépistage consiste à renseigner le public sur les premiers signes et symptômes du cancer pour l'inciter à consulter un médecin dès leur apparition.

Tout examen médical systématique devrait comprendre la recherche de cancers au stade précoce. De plus, le dépistage généralisé de certains types de cancers peut être effectué sur le lieu de travail ou dans un établissement proche. Pour être acceptable et justifiable, toute campagne de dépistage du cancer sur une population asymptomatique devrait respecter les critères suivants:

- la maladie en question devrait représenter une charge importante pour la santé publique et comporter en général une phase asymptomatique non métastatique;
- la phase asymptomatique non métastatique devrait être identifiable;
- l'opération de dépistage devrait être suffisamment spécifique, précise et efficace; elle devrait comporter peu de risques et être peu coûteuse tout en étant acceptable pour l'opérateur comme pour le patient;
- la détection précoce et le traitement subséquent devraient offrir une chance nettement plus grande de guérison qu'en cas de découverte tardive;
- le traitement des lésions détectées lors du dépistage devrait offrir de meilleurs résultats sur le plan de la morbidité et de la mortalité liées à une cause précise.

Les critères supplémentaires suivants conviennent particulièrement aux lieux de travail:

- Les salariés (et les personnes à leur charge, lorsqu'elles participent au programme) devraient être informés de l'objet, de la nature et des résultats éventuels du dépistage et il conviendrait de leur faire signer un «consentement éclairé» en bonne et due forme;
- le programme de dépistage devrait tenir compte du confort, de la dignité et du respect de la vie privée des individus qui acceptent de passer les examens et devrait perturber au minimum les horaires de travail et les calendriers de production;
- les résultats du dépistage devraient être communiqués rapidement et sur un mode confidentiel, avec copie au médecin de famille du travailleur. Des professionnels de la santé ayant reçu la formation voulue devraient conseiller les personnes qui souhaitent avoir des précisions sur les résultats des examens;
- les personnes ayant subi les examens devraient savoir qu'elles peuvent fort bien avoir des résultats négatifs aux tests alors qu'elles sont malades et il faudrait alors leur conseiller de consulter sans tarder un médecin si elles constatent des signes ou des symptômes peu après le dépistage;
- il conviendrait d'établir à l'avance un réseau de spécialistes vers lesquels seraient orientées les personnes qui ont obtenu des résultats positifs aux examens et qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas consulter leur médecin traitant;
- le coût des examens de confirmation nécessaires et le coût du traitement devraient être pris en charge par l'assurance maladie ou, à défaut, être abordables;
- un système de suivi devrait être instauré par avance pour que les résultats positifs puissent être rapidement confirmés et que les interventions voulues soient organisées.

Un dernier critère revêt une importance primordiale: le dépistage devrait être effectué par des professionnels de la santé dûment qualifiés et accrédités utilisant un matériel de pointe, et l'interprétation et l'analyse des résultats devraient être de la plus haute qualité et de la plus grande exactitude possibles.

En 1989, le groupe de travail américain sur les services de prévention (US Preventive Service Task Force), qui rassemble 20

experts du secteur médical et d'autres domaines apparentés, s'appuyant sur les conclusions de centaines de «conseillers» des États-Unis, du Canada et du Royaume-Uni, a évalué l'efficacité de quelque 169 actions de prévention. Ses recommandations concernant le dépistage du cancer sont résumées au tableau 15.4. Etant donné l'attitude généralement prudente du groupe de travail et les critères rigoureux qui sont appliqués, ces recommandations peuvent différer de celles d'autres groupes.

Le dépistage du cancer du sein

Les experts s'accordent en général pour dire qu'un dépistage comportant une mammographie et un examen clinique des seins tous les ans ou tous les deux ans permettrait de réduire jusqu'à 30% le nombre de décès dus au cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Ils ne sont toutefois pas d'accord sur l'intérêt du dépistage du cancer du sein par mammographie chez les femmes asymptomatiques de 40 à 49 ans. Le NCI recommande que les femmes de ce groupe d'âge subissent un examen de dépistage tous les ans ou tous les deux ans et que les sujets à risque demandent à leur médecin s'il juge opportun de commencer les examens de dépistage avant 40 ans.

Dans bien des entreprises, il ne se justifie pas, vu le petit nombre de femmes, de disposer sur place des équipements radiologiques nécessaires aux mammographies. En conséquence, la plupart des entreprises qui organisent des programmes parrainés par les employeurs ou les syndicats (ou par les deux) font appel à des entreprises extérieures qui apportent leur propre matériel sur les lieux de travail, ou invitent les employées participantes à se rendre dans des services de consultation proches pendant leurs heures de travail, soit pendant leur temps libre. Dans un cas comme dans l'autre, il convient de s'assurer que le matériel respecte les normes de sûreté radiologique du Collège américain de radiologie (American College of Radiology) et que la qualité des clichés et leur lecture sont satisfaisantes. Il est de plus indispensable de prendre à l'avance des dispositions avec un spécialiste dans le cas des femmes qui auront besoin d'une biopsie par aspiration ou d'un autre examen pour confirmer le diagnostic.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

D'après les preuves scientifiques dont on dispose, le dépistage régulier par frottis vaginaux permettrait de réduire de façon sensible la mortalité due au cancer du col de l'utérus chez les femmes sexuellement actives ou ayant atteint l'âge de 18 ans. La survie semble être directement liée à la précocité du diagnostic. La détection précoce, à l'aide d'un examen cytologique de la muqueuse vaginale, est actuellement le seul moyen pratique de déceler le cancer du col de l'utérus lorsqu'il est encore localisé ou à l'état précancéreux. Le risque de généralisation du cancer de l'utérus est de trois à dix fois plus important chez les femmes qui n'ont jamais été soumises à un dépistage que chez celles qui ont eu des frottis vaginaux tous les deux ou trois ans.

S'agissant du coût des programmes de dépistage, il est utile de préciser que les frottis vaginaux pour l'examen cytologique peuvent fort bien être pratiqués par des infirmières dûment formées et n'exigent pas l'intervention d'un médecin. Mais il est indispensable que les prélèvements soient envoyés pour analyse à des laboratoires compétents et spécialisés.

Le dépistage du cancer du côlon et du rectum

On estime que la détection précoce des polypes précancéreux et des cancers du côlon et du rectum par la recherche régulière de sang dans les selles, par le toucher rectal et les examens au sigmoïdoscope, ainsi que leur ablation rapide, réduisent la mortalité par ce type de cancer chez les sujets de 50 ans et plus. L'examen est rendu moins gênant et plus fiable grâce au remplacement du sigmoïdoscope rigide par le fibroscope, qui est plus

Tableau 15.4 • Dépistage des affections néoplasiques

Type de cancer	Recommandations du groupe de travail américain sur les services de prévention (Preventive Services Task Force)
Sein	Toutes les femmes âgées de plus de 40 ans devraient passer un examen clinique annuel des seins. Pour les femmes de 50 ans à 75 ans, on préconise une mammographie tous les ans ou tous les deux ans, sauf si un état pathologique a été détecté. Il peut être sage de commencer les mammographies plus tôt chez les sujets qui ont des risques élevés de cancer du sein. Bien que l'on ne recommande pas expressément d'apprendre à faire soi-même l'examen d'autopalpation des seins, l'état des connaissances n'est pas suffisant pour que l'on conseille de modifier les pratiques actuelles en la matière (en d'autres termes ceux qui l'enseignent pour l'instant devraient continuer à le faire).
Côlon et rectum	Les preuves ne sont pas suffisantes pour recommander ou non la recherche de sang occulte dans les matières fécales ou une sigmoidoscopie aux fins du dépistage du cancer colorectal chez les personnes asymptomatiques. Les raisons ne sont pas non plus suffisantes pour arrêter ce genre de dépistage s'il est pratiqué actuellement ou pour le refuser aux personnes qui le demandent. Il peut être cliniquement prudent d'offrir ce dépistage aux personnes de 50 ans et plus qui présentent des facteurs de risque connus de ce type de cancer.
Col de l'utérus	Le frottis vaginal est recommandé pour toutes les femmes qui sont ou ont été actives sexuellement. Les frottis vaginaux devraient commencer avec le début de l'activité sexuelle et être répétés selon l'avis du médecin tous les un à trois ans. Après 65 ans, on peut cesser de les faire si les frottis précédents ont toujours été normaux.
Prostate	Il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander ou non le toucher rectal courant aux fins du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques. Chez ces derniers, il n'est pas non plus recommandé de procéder régulièrement au dépistage par échographie transrectale et marqueurs tumoraux sériques.
Poumon	Aucune recommandation ne peut être faite quant à l'efficacité du dépistage du cancer du poumon chez les personnes asymptomatiques grâce à une radiographie thoracique ou à un examen cytologique systématique des expectorations.
Peau	Le dépistage systématique du cancer de la peau est recommandé chez les personnes à haut risque. Les cliniciens devraient conseiller à tous les patients passant beaucoup de temps à l'extérieur de se protéger contre les rayons ultraviolets par des crèmes solaires ou d'autres moyens. A l'heure actuelle, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour demander aux patients d'effectuer ou non un auto-examen de la peau.
Testicule	Le dépistage périodique du cancer du testicule par un examen est recommandé dans le cas des hommes qui ont des antécédents de cryptorchite, d'orchitopexie ou d'atrophie testiculaire. Aucun argument ne prouve qu'il y ait un avantage ou un inconvénient clinique à recommander ou non le dépistage systématique du cancer du testicule chez les autres hommes. Actuellement, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour conseiller ou non aux patients d'effectuer un auto-examen périodique des testicules.
Ovaire	Le dépistage du cancer de l'ovaire chez les femmes asymptomatiques n'est pas expressément recommandé. Il est prudent d'examiner les annexes lorsqu'on effectue un examen gynécologique pour d'autres raisons.
Pancréas	Le dépistage systématique du cancer du pancréas chez les personnes asymptomatiques n'est pas expressément recommandé.
Bouche	Le dépistage systématique du cancer de la bouche chez les personnes asymptomatiques par des cliniciens spécialistes des soins primaires n'est pas expressément recommandé. On devrait conseiller à tous les patients de se faire examiner les dents régulièrement, d'arrêter l'usage du tabac sous toutes ses formes et de limiter leur consommation d'alcool.

Source: Preventive Services Task Force, 1989

long et plus souple. Des divergences existent cependant quant aux examens à privilégier et à leur fréquence.

Les avantages et les inconvénients du dépistage

On admet généralement l'intérêt du dépistage du cancer chez les sujets à risque en raison d'antécédents familiaux ou personnels, ou encore chez les sujets exposés à des substances potentiellement cancérigènes, mais on s'inquiète avec raison du dépistage généralisé parmi une population saine.

Ses partisans arguent que la détection précoce permettrait une diminution des taux de morbidité et de mortalité, ce qui s'est révélé exact dans certains cas, mais pas toujours. Par exemple, bien qu'il soit possible de déceler plus tôt le cancer du poumon grâce à la radiographie pulmonaire ou à l'examen cytologique des expectorations, cette détection précoce n'a pas entraîné une amélioration des résultats de la thérapie. De même, on craint que le déclenchement rapide de la thérapie dans les cancers précoces de la prostate ne présente en fait plus d'inconvénients que d'avantages, car les patients dont on reporte le traitement bénéficient d'un répit.

Lorsqu'on prévoit des programmes généralisés de détection, il faut également tenir compte des répercussions que les résultats faussement positifs peuvent avoir sur le bien-être et le budget des patients. Par exemple, dans plusieurs séries de cas, 3 à 8% des

femmes qui avaient présenté des résultats positifs au dépistage du cancer du sein ont subi des biopsies inutiles pour des tumeurs bénignes; et lors d'une campagne de dépistage du cancer du côlon et du rectum par la recherche de sang dans les selles, sur un tiers des participants qui avaient été envoyés chez un spécialiste pour une coloscopie diagnostique, la plupart ont obtenu des résultats négatifs.

De toute évidence, des recherches supplémentaires s'imposent. C'est pourquoi, le NCI a lancé une étude importante, intitulée Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trials (PLCO) (Essais de dépistage du cancer de la prostate, du poumon, du côlon et du rectum, et de l'ovaire), pour évaluer l'intérêt des différentes techniques de détection précoce pour ces quatre types de cancer. Ce programme qui a débuté en novembre 1993 doit porter sur 148 000 hommes et femmes, âgés de 60 à 74 ans, répartis au hasard entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Dans le groupe d'intervention, on procédera au dépistage du cancer du poumon, du côlon et du rectum et de la prostate chez les hommes tandis que l'on recherchera le cancer du poumon, du côlon et du rectum, et de l'ovaire chez les femmes; les sujets du groupe témoin recevront les soins médicaux habituels. Pour le cancer du poumon, on étudiera l'intérêt d'un seul cliché thoracique par année; dans le cas du cancer colo-rectal, on effectuera une sigmoidoscopie fibroscopique tous les ans également; on

procédera à un toucher rectal et à une analyse du sang pour détecter l'antigène prostatique spécifique pour le cancer de la prostate et, pour le cancer de l'ovaire, on pratiquera un examen médical, une échographie transvaginale et une analyse de sang chaque année afin de déceler le marqueur tumoral CA-125. Ce programme qui doit durer seize ans et coûter 87,8 millions de dollars devrait permettre d'obtenir des données sérieuses sur l'intérêt du dépistage pour les diagnostics précoces susceptibles de prolonger la vie et de réduire la mortalité.

La thérapie et les soins prolongés

La thérapie et les soins prolongés visent à améliorer la qualité de la vie des personnes atteintes d'un cancer et de celles qui les soignent. Les services de santé au travail et les programmes d'assistance aux salariés offerts par les employeurs et les syndicats peuvent fournir des conseils et un accompagnement utiles aux travailleurs qui sont soignés pour un cancer ou qui ont une personne à charge qui suit une thérapie. On peut notamment donner des explications sur la situation et sur l'évolution probable de la maladie, informations que ne donnent pas toujours les oncologues et les chirurgiens; on peut aussi orienter les intéressés vers des spécialistes pour obtenir d'autres avis, et vers des services de consultation et d'aide pour l'accès à des centres de soins hautement spécialisés. Grâce aux congés de maladie et à des aménagements des horaires de travail, les travailleurs peuvent continuer à travailler tout en suivant une thérapie et ils peuvent même reprendre le travail plus tôt en cas de rémission. Dans certaines entreprises, on a constitué des groupes de soutien où chacun parle de son expérience et où les travailleurs faisant face à des problèmes semblables peuvent s'entraider.

Conclusion

Les programmes de prévention et de détection du cancer peuvent contribuer réellement au bien-être des travailleurs et des personnes qui sont à leur charge et être très rentables pour les employeurs et les syndicats qui les proposent. Comme pour les autres actions de prévention, il est nécessaire que ces programmes soient bien conçus et mis en œuvre avec soin et, étant donné que leurs avantages s'échelonnent sur plusieurs années, on doit continuer à les proposer régulièrement.

● LA SANTÉ DES FEMMES

Patricia A. Last

On croit généralement, mais à tort, qu'en dehors des différences liées aux fonctions de reproduction, les risques pour la santé sur le lieu de travail et les mesures destinées à les limiter sont comparables pour les travailleurs et les travailleuses. Même si hommes et femmes souffrent la plupart du temps des mêmes maladies, ils sont différents sur le plan physique, métabolique, hormonal, physiologique et psychologique. Par exemple, la taille moyenne et la masse musculaire moindres des femmes imposent que l'on accorde une attention particulière à l'ajustement des vêtements et du matériel de protection et à la fourniture d'outils à main spécialement conçus. Par ailleurs, leur masse corporelle généralement inférieure les rend en moyenne plus sensibles aux effets de l'abus d'alcool sur le foie et le système nerveux central.

Les femmes diffèrent également par le type d'emploi qu'elles occupent, par leur situation socio-économique qui influe sur leur mode de vie et par leur participation et leurs réactions aux activités de promotion de la santé. Bien que des changements se soient produits, les femmes ont plus de chances de se retrouver dans des

emplois routiniers et monotones où elles sont exposées aux accidents dus aux gestes répétitifs. Elles souffrent de l'absence d'équité salariale et sont beaucoup plus souvent que les hommes accablées par les responsabilités ménagères, les soins aux enfants et aux personnes âgées à charge.

Dans les pays industriels, les femmes, quelle que soit la tranche d'âge considérée, ont une plus grande espérance de vie que les hommes. A 45 ans, on peut s'attendre à ce qu'une Japonaise vive en moyenne encore 37,5 ans et une Ecossoise 32,8 ans, tandis que les femmes de la plupart des autres pays développés se situent entre ces deux limites. De ce fait, on a tendance à conclure que les femmes sont généralement en bonne santé. On semble oublier que ces années «supplémentaires» sont souvent gâchées par des maladies chroniques et des invalidités qui sont en grande partie évitables. De nombreuses femmes mesurent mal les risques qu'elles encourrent et sous-estiment de ce fait les précautions qu'elles pourraient prendre pour les limiter et se prémunir contre les maladies et les accidents graves. Elles sont, par exemple, nombreuses à s'inquiéter avec raison du cancer du sein, mais elles ignorent aussi que les maladies cardiaques représentent chez elles de loin la principale cause de décès et que, en raison essentiellement du développement de leur tabagisme — et la cigarette représente un facteur de risque important de maladies coronariennes —, la fréquence du cancer du poumon est en augmentation.

Aux Etats-Unis, une enquête nationale réalisée en 1993 (Harris et coll., 1993), dans laquelle on a interrogé plus de 2 500 femmes et plus de 1 000 hommes, adultes dans les deux cas, confirme que les femmes souffrent de graves problèmes de santé et que beaucoup d'entre elles ne reçoivent pas les soins voulus. Selon l'étude, entre trois et quatre femmes sur dix risquent de souffrir d'une maladie guérissable non diagnostiquée parce qu'elles n'ont pas accès à des services cliniques de prévention et n'ont pas d'assurance maladie, ou que leur médecin ne les a jamais informées de l'existence de certains examens. De plus, un grand nombre des Américaines interrogées n'étaient pas satisfaites de leur médecin personnel: quatre sur dix (deux fois plus que chez les hommes) déclarent qu'il s'adresse à elles sur un ton condescendant et 17% (contre 10% chez les hommes) qu'il leur avait dit que leurs symptômes étaient «dans leur tête».

Si les taux globaux de maladies mentales sont à peu près les mêmes chez les hommes et chez les femmes, leur expression diffère: les femmes souffrent davantage de dépression et d'anxiété, alors que la toxicomanie, l'alcoolisme et les troubles de la personnalité psychopathiques sont plus courants chez les hommes (Glied et Kofman, 1995). Les hommes ont davantage tendance à consulter des spécialistes de la santé mentale, tandis que les femmes sont souvent traitées par des médecins généralistes qui, pour la plupart, s'intéressent peu aux troubles psychiques quand ils ne manquent pas carrément de compétences pour les traiter. Les femmes, et en particulier les femmes âgées, se voient bien plus souvent prescrire des psychotropes, au point que l'on se demande si le recours à ces médicaments n'est pas excessif. Trop souvent, les problèmes découlant d'un stress trop intense ou de maladies évitables et guérissables sont associés par les professionnels de la santé, les autres membres de la famille, l'encadrement et les collègues de travail, et même par les femmes elles-mêmes, à la ménopause et ne sont donc pas traités.

Ces problèmes sont accentués par la croyance que les femmes — jeunes et moins jeunes — sont très bien renseignées sur leur corps et son fonctionnement. C'est pourtant bien loin d'être le cas. Il existe une ignorance très généralisée et des idées fausses que l'on accepte sans sourciller. De nombreuses femmes ont honte de révéler leur manque de connaissances et s'inquiètent inutilement de symptômes qui sont en fait «normaux» ou parfaitement explicables.

Etant donné que les femmes constituent 50% de la population active dans un segment important du marché de l'emploi et qu'elles sont nettement plus nombreuses dans certains secteurs de services, les conséquences de leurs problèmes de santé évitables et auxquels on pourrait remédier pèsent lourdement et inutilement sur leur bien-être et sur leur productivité, ainsi que sur l'entreprise elle-même. On pourrait nettement réduire cette charge en offrant des programmes de promotion de santé sur le lieu de travail spécialement conçus à leur intention.

La promotion de la santé des femmes dans l'entreprise

L'information en matière de santé est en grande partie fournie par les journaux, les revues et la télévision, mais elle est bien souvent incomplète et entachée de sensationnalisme ou conçue pour promouvoir des produits ou des services particuliers. Trop souvent, lorsqu'ils rendent compte des progrès récents de la médecine et de la science, les médias soulèvent davantage de questions qu'ils ne donnent de réponses et causent même une angoisse inutile. Les professionnels de la santé dans les hôpitaux, les cliniques et les cabinets privés ne prennent pas toujours soin de vérifier que leurs patients sont bien informés de leurs problèmes ni de les renseigner sur des problèmes de santé graves sans rapport avec leurs symptômes.

Un programme de promotion de la santé au travail bien conçu et bien géré devrait fournir des renseignements exacts et complets, la possibilité de poser des questions en groupe ou au cours de séances individuelles, des services cliniques de prévention, l'accès à diverses activités de promotion de la santé et des séances d'orientation pour prévenir ou diminuer le sentiment de détresse et l'invalidité. Le milieu de travail offre un cadre idéal pour la mise en commun des expériences et de l'information médicales, surtout lorsqu'elles sont directement liées à des situations vécues dans le cadre professionnel. On peut aussi profiter des pressions exercées par les collègues pour inciter davantage les travailleurs à participer durablement aux activités de promotion de la santé et à adopter des habitudes de vie saines.

Les programmes destinés aux femmes peuvent être élaborés de diverses façons. Ernst and Young, important cabinet d'experts-comptables, a organisé à l'intention de ses employées de Londres une série de séminaires sur la santé conçus pour les femmes et conduits par un consultant extérieur. Tous les échelons du personnel y étaient représentés et ces séminaires ont été bien accueillis. Les participantes étaient à l'aise avec la méthode choisie pour les exposés. En tant que personnalité extérieure, le consultant ne constituait pas, pour ces femmes, une menace pour leur emploi et elles ont pu préciser ensemble de nombreux domaines où une certaine confusion régnait en matière de santé féminine.

Marks and Spencer, importante chaîne de magasins de détail au Royaume-Uni, propose dans le cadre de son service médical interne un programme faisant appel à des ressources extérieures afin de fournir des services aux employées des nombreuses succursales régionales. On offre des examens de dépistage et des conseils individuels à tout le personnel, ainsi que de nombreuses brochures de documentation et vidéocassettes sur la santé, produits en grande partie par l'entreprise.

De nombreuses entreprises ont recours à des conseillers médicaux indépendants. Par exemple, au Royaume-Uni, la BUPA (British United Provident Association) propose ce genre de services dans ses centres médicaux qui suit des milliers de femmes grâce à un réseau de 35 centres intégrés, mais éparpillés géographiquement et que viennent compléter des unités mobiles. La plupart de ces femmes sont envoyées là dans le cadre de programmes de promotion de la santé offerts par l'employeur; les autres viennent à titre personnel.

La BUPA a sans doute été la première association, du moins au Royaume-Uni, à créer un centre de santé féminine consacré exclusivement aux services de prévention destinés aux femmes. Les centres de santé féminine en milieu hospitalier ou les centres indépendants deviennent de plus en plus courants et semblent attirer les femmes qui ne sont pas satisfaites du système médical en place. Outre des soins prénatals et obstétricaux, ils offrent des soins de santé primaires très variés et la plupart d'entre eux accordent une importance particulière à la prévention.

Il ressort de l'enquête nationale sur les centres de santé féminine (Women's Health Centers), réalisée en 1994 par des chercheurs de l'École d'hygiène et de santé publiques de la Johns Hopkins School avec le soutien de la Fondation du Commonwealth (Weisman, 1995), qu'il existe 3 600 centres de santé féminine aux Etats-Unis, dont 71% sont des centres de soins gynécologiques qui proposent essentiellement des examens gynécologiques systématiques en consultation externe, des frottis vaginaux et des services de planification familiale. Ils offrent également des tests de grossesse, des conseils en matière d'avortement (82%), organisent si nécessaire des interruptions volontaires de grossesse (IVG) (50%), des tests de dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, la palpation des seins et la prise de la tension artérielle.

Douze pour cent sont des centres de soins primaires (y compris des services de santé universitaires destinés aux femmes) qui offrent les soins essentiels de prévention et de maintien de la forme physique, notamment les examens cliniques réguliers, les examens gynécologiques et les frottis vaginaux de routine, le diagnostic et le traitement des problèmes menstruels, des conseils relatifs à la ménopause, ainsi qu'une hormonothérapie substitutive, et des services de santé mentale comportant notamment des conseils et des traitements aux toxicomanes et aux alcooliques.

Les centres de dépistage de cancer du sein constituent 6% du total (voir ci-dessous), alors que les autres centres offrent des combinaisons variables de services. La plupart se sont dits intéressés par les contrats de services destinés aux salariées des entreprises voisines dans le cadre de leurs programmes de promotion de la santé des travailleurs.

Quel que l'endroit choisi, le succès des programmes de promotion de la santé des travailleuses dépend non seulement de la fiabilité de l'information et des services offerts, mais encore et surtout, de la façon dont ils sont présentés. Les programmes doivent prendre en compte la mentalité et les aspirations des femmes, ainsi que leurs inquiétudes, et s'ils proposent une aide, ils doivent éviter l'attitude condescendante que l'on retrouve généralement face à ces problèmes.

Le reste du présent article sera consacré à trois catégories de problèmes considérés comme particulièrement importants pour la santé des femmes — les troubles menstruels, les cancers du col de l'utérus et du sein, et l'ostéoporose. Toutefois, lorsqu'il aborde des problèmes qui entrent dans d'autres catégories, le programme de promotion de la santé au travail ne doit pas négliger ceux qui présentent un intérêt particulier pour les femmes.

Les troubles de la menstruation

Pour la majorité des femmes, les règles sont un processus «naturel» qui pose peu de problèmes. Le cycle menstruel peut être perturbé pour diverses raisons et donner lieu de ce fait à une certaine gêne ou à une inquiétude chez l'employée. Elle peut ainsi être poussée à prendre un congé de maladie régulièrement, déclarant souvent qu'elle a «pris froid» ou qu'elle a «mal à la gorge», au lieu de dire qu'elle a un problème de menstruation, surtout si elle doit présenter sa feuille d'absence à un supérieur de sexe masculin. Toutefois, la régularité des absences est révélatrice et l'orientation vers un professionnel de la santé qualifié pourrait permettre de résoudre rapidement le problème. Les troubles

menstruels qui peuvent avoir un effet sur le travail sont l'aménorrhée, la ménorragie, la dysménorrhée, le syndrome prémenstruel et la ménopause.

L'aménorrhée

Si l'aménorrhée peut susciter une inquiétude, elle n'affecte généralement pas le rendement au travail. La cause la plus fréquente d'aménorrhée chez les femmes jeunes est la grossesse et chez les femmes âgées la ménopause ou l'hystérectomie. Toutefois, on peut également l'attribuer à d'autres causes :

- *Mauvaise alimentation ou maigreur.* La mauvaise alimentation peut avoir une raison socio-économique dans le cas où il y a peu d'aliments à un prix abordable, mais ce peut être aussi le résultat d'une privation de nourriture que l'on s'impose en raison de troubles tels que l'anorexie ou la boulimie.
- *Exercices physiques intenses.* Dans de nombreux pays développés, les femmes suivent avec excès des programmes sportifs ou de conditionnement physique. Même si leur apport alimentaire est suffisant, elles peuvent souffrir d'aménorrhée.
- *Problèmes médicaux.* Les problèmes d'hypothyroïdisme ou d'autres troubles endocriniens, la tuberculose, l'anémie, quelle qu'en soit l'origine, et certaines maladies graves qui mettent la vie de la personne en danger peuvent causer l'aménorrhée.
- *Contraception.* Les traitements progestatifs non associés à des œstrogènes entraînent fréquemment une aménorrhée. Il faut savoir qu'une stérilisation sans ovariectomie n'entraîne pas nécessairement l'arrêt des règles.

La ménorragie

En l'absence de toute mesure objective du flux menstruel, il est généralement admis qu'un écoulement menstruel suffisamment important pour empêcher une femme de vaquer à ses occupations normales ou pour causer une anémie, est excessif. Lorsque l'écoulement est suffisamment important pour neutraliser le facteur anticoagulant circulant normal, une femme qui a des «règles abondantes» peut se plaindre du passage de caillots. L'insuffisance des protections périodiques normales, en l'occurrence, peut gêner considérablement l'intéressée dans son travail et la contraindre à s'absenter régulièrement un ou deux jours par mois.

La ménorragie peut être due à des fibromes ou à des polypes. Elle peut aussi être due à l'usage du stérilet et, plus rarement, être le premier signe d'une anémie grave ou d'autres troubles sanguins sérieux tels que la leucémie.

La dysménorrhée

Bien que la grande majorité des femmes réglées ressentent une certaine gêne au moment des règles, rares sont celles ayant des douleurs assez pénibles pour les empêcher de vaquer à leurs occupations habituelles et nécessitant donc de consulter un médecin. Ici encore, on peut se douter que ce problème existe s'il y a absences mensuelles régulières. Il est possible, pour des raisons pratiques, de classer les troubles de la menstruation de la façon suivante :

1. *Dysménorrhée primaire.* Les jeunes femmes chez qui aucun signe de maladie n'est évident peuvent ressentir, le jour qui précède les règles ou le premier jour de celles-ci, des douleurs suffisamment fortes pour qu'elles s'absentent de leur travail. Bien que l'on n'ait trouvé aucune cause à ce phénomène, on sait qu'il est lié à l'ovulation et que l'on peut donc l'éviter en prescrivant la pilule contraceptive ou un autre médicament qui empêche l'ovulation.
2. *Dysménorrhée secondaire.* L'apparition de règles douloureuses chez une femme approchant les 35 ans, ou plus, peut être le signe d'un problème pelvien et doit faire l'objet d'un examen gynécologique complet.

Il faut savoir que certains analgésiques en vente libre ou donnés sur ordonnance pour la dysménorrhée peuvent entraîner une somnolence et constituer de ce fait un problème pour les femmes dont l'emploi exige de la vigilance à l'égard des risques professionnels.

Le syndrome prémenstruel

Le syndrome prémenstruel, ensemble de symptômes physiques et psychologiques que ressentent un pourcentage relativement restreint de femmes de sept à dix jours avant les règles, a donné lieu à une véritable mythologie. On le rend à tort responsable de la prétendue émotivité ou de l'instabilité de l'humeur des femmes. Selon certains hommes, toutes les femmes en souffrent, alors que les féministes acharnées prétendent le contraire. Au travail, on l'a invoqué comme prétexte pour ne pas offrir aux femmes de postes à responsabilités exigeant l'exercice du jugement, et il sert d'excuse pratique pour leur refuser des promotions à des postes d'encadrement et de direction. On l'a rendu responsable des problèmes relationnels féminins et, en Angleterre, il a même servi à étayer un plaidoyer de folie passagère qui a permis à deux prévenues dans des causes différentes d'échapper à une inculpation pour meurtre.

Les composantes physiques du syndrome prémenstruel peuvent comprendre le gonflement abdominal, la sensibilité des seins, la constipation, l'insomnie, la prise de poids due à une augmentation de l'appétit ou à une rétention de sodium et d'eau, une maladresse lors des mouvements fins et des erreurs de jugement. Les symptômes psychiques comprennent les crises de larmes, les accès de colère, la dépression, la difficulté de prendre des décisions, l'incapacité de faire face à certaines situations et l'absence de confiance en soi. Ils apparaissent toujours pendant les journées qui précèdent les règles et s'atténuent immédiatement après. Les femmes qui prennent des œstrogènes progestatifs comme contraception orale et celles qui ont subi une ovariectomie connaissent rarement ce syndrome.

Le diagnostic du syndrome prémenstruel repose sur son lien temporel avec les règles; en l'absence de causes précises, il n'existe pas d'examen de diagnostic. Son traitement, dont l'intensité est déterminée par la gravité des symptômes et leur effet sur les activités normales, est purement empirique. On obtient dans la plupart des cas de bons résultats avec des mesures simples que l'on applique soi-même, comme la suppression de la caféine du régime alimentaire (le thé, le café, le chocolat et la plupart des boissons non alcoolisées à base de cola contiennent tous des quantités importantes de caféine), des en-cas fréquents pour minimiser une tendance à l'hypoglycémie, la réduction de la consommation de sel pour limiter la rétention aqueuse et la prise de poids et des exercices réguliers et modérés. Lorsque ces mesures ne réussissent pas à faire disparaître les symptômes, les médecins peuvent prescrire des diurétiques faibles (pendant deux ou trois jours seulement) pour lutter contre la rétention de sodium et d'eau, ou des hormones par voie orale pour modifier l'ovulation et le cycle menstruel. Le syndrome prémenstruel est généralement curable et ne devrait pas constituer un problème grave pour les femmes qui travaillent.

La ménopause

La ménopause correspond à une cessation de l'activité ovarienne qui peut se produire dès la trentaine ou bien au-delà de 50 ans; à l'âge de 48 ans, la moitié des femmes environ sont ménopausées. Le moment de son apparition dépend de la santé générale, de l'alimentation et de facteurs héréditaires.

Les symptômes de la ménopause sont un espacement des règles allant généralement de pair avec un flux menstruel réduit, des bouffées de chaleur avec ou sans sueurs nocturnes, une diminution des sécrétions vaginales qui peut rendre les rapports sexuels

douloureux. Les autres symptômes fréquemment attribués à la ménopause sont la dépression, l'anxiété, les crises de larmes, l'absence de confiance en soi, les maux de tête, la modification de la texture cutanée, la diminution de la libido, les problèmes urinaires et l'insomnie. Chose curieuse, une étude contrôlée sous forme de questionnaire portant sur les symptômes soumis à des hommes comme à des femmes montre que les hommes du même âge se plaignent aussi de la plupart de ces symptômes (Bungay, Vessey et McPherson, 1980).

La ménopause, puisqu'elle survient vers l'âge de 50 ans, peut coïncider avec ce phénomène que l'on appelle la «crise de la quarantaine ou de la cinquantaine», qui désigne collectivement ce que vivent apparemment les hommes comme les femmes vers le milieu de leur vie (en fait, elle semble plus courante chez les hommes). Elle entraîne une démotivation, l'insatisfaction dans le travail et dans la vie en général, la dépression, une baisse de la libido et une tendance à réduire les contacts sociaux. Ces phénomènes peuvent être accentués par la perte du conjoint, du compagnon ou de la compagne du fait d'une séparation ou d'un décès ou, en ce qui concerne l'emploi, par la non-matérialisation d'une promotion attendue, la cessation d'emploi par suite d'un licenciement ou d'une retraite volontaire. Contrairement à la ménopause, cette crise du milieu de la vie n'a pas de cause hormonale connue.

Cette période peut être associée, plus particulièrement chez les femmes, au «syndrome du nid vide», sentiment d'inutilité qui peut être ressenti lorsque les enfants ayant quitté le foyer, toute raison d'être peut sembler perdue. Dans de tels cas, les contacts professionnels et sociaux ont souvent un effet stabilisateur, voire thérapeutique.

Comme de nombreux autres «problèmes féminins», la ménopause a suscité sa propre mythologie. Une information préalable permettant de détruire ces mythes grâce à des conseils judicieux et amicaux fera beaucoup pour prévenir ces bouleversements. Il peut être particulièrement utile, pour qu'une femme reste en bonne forme à ce moment de sa vie, qu'elle continue à travailler et à bien faire son travail.

C'est à ce moment-là que l'on peut envisager une hormonothérapie substitutive (HS). Bien qu'actuellement controversée, l'HS était à l'origine prescrite pour corriger les symptômes ménopausiques lorsqu'ils devenaient particulièrement sérieux. Bien qu'en principe efficaces, les hormones couramment utilisées entraînaient souvent des saignements vaginaux et, chose plus grave, on les soupçonnait d'être cancérogènes. De ce fait, on ne les prescrivait que pour des périodes limitées, le temps de corriger les symptômes gênants de la ménopause.

L'HS n'a pas d'effet sur les symptômes de la «crise de la quarantaine ou de la cinquantaine». Toutefois, lorsqu'on aura réglé le problème des bouffées de chaleur chez une femme et qu'elle pourra bien dormir parce qu'elle n'aura plus de sueurs nocturnes, ou si elle réagit mieux aux rapports sexuels parce qu'ils ne seront plus douloureux, certains de ses autres problèmes seront peut-être aussi résolus.

A l'heure actuelle, l'intérêt d'une HS prolongée est de plus en plus reconnu pour le maintien de l'intégrité osseuse chez les femmes atteintes d'ostéoporose (voir ci-dessous) et pour la réduction du risque de maladies coronariennes, qui sont actuellement la première cause de décès chez les femmes dans les pays industriels. Avec les nouvelles hormones, les nouvelles associations d'hormones et une chronologie d'administration différente, on peut éliminer l'apparition prévisible des saignements vaginaux et il semble qu'il y ait peu ou pas de risques oncologiques, même chez les femmes ayant déjà eu un cancer. Toutefois, comme de nombreux médecins ont un net préjugé pour ou contre ce type de thérapie, les femmes doivent en connaître les avantages et les inconvénients pour accepter en connaissance de cause d'y avoir ou non recours.

Il y a quelques années, le Collège américain des obstétriciens et des gynécologues (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)), évoquant les millions de femmes nées pendant la période du «baby boom» (après la seconde guerre mondiale) et qui arriveront à l'âge de la ménopause au cours de la présente décennie, a lancé une mise en garde contre le risque de voir l'ostéoporose et les maladies cardiaques se développer de façon spectaculaire, si les femmes n'étaient pas mieux renseignées sur la ménopause et sur les interventions prévues pour prévenir la maladie et l'invalidité, de même que pour prolonger et améliorer leur vie après la ménopause (Voelker, 1995). Le président de l'ACOG, le docteur William C. Andrews, a proposé un programme en trois parties comprenant une campagne généralisée d'éducation des médecins sur la ménopause, une «visite périménopausique» chez le médecin pour toutes les femmes de plus de 45 ans afin d'évaluer les risques et de les conseiller efficacement, et la participation des médias à l'éducation des femmes et de leur famille en ce qui concerne les symptômes de la ménopause, ainsi que les avantages et les inconvénients de traitements tels que l'hormonothérapie substitutive avant la ménopause. Les programmes de promotion de la santé au travail peuvent contribuer grandement à cet effort éducatif.

Le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein

Tout programme de promotion de la santé des travailleuses doit offrir, ou du moins recommander, le dépistage périodique des cancers du col de l'utérus et du sein.

Le cancer du col de l'utérus

Le dépistage régulier est couramment pratiqué pour déceler toute manifestation précancéreuse au niveau du col de l'utérus au moyen de frottis vaginaux. De nombreuses entreprises assurent ce service sur place ou dans une unité mobile itinérante, afin d'éviter aux salariées de perdre du temps en se rendant dans un établissement local ou chez leur médecin. L'intervention d'un médecin n'est pas nécessaire pour cet acte: une infirmière ou une auxiliaire médicale ayant reçu la formation voulue peut parfaitement pratiquer ce prélèvement. Par contre, la qualité de l'interprétation du frottis et le respect des procédures d'archivage et de communication des résultats revêtent une grande importance.

Le cancer du sein

Bien que le dépistage du cancer du sein par la mammographie soit très répandu dans presque tous les pays développés, il n'y a qu'au Royaume-Uni qu'il fasse l'objet d'un programme national. A l'heure actuelle, près d'un million de femmes sont surveillées dans ce pays et toutes les femmes âgées de 50 à 64 ans passent une mammographie tous les trois ans. Tous les examens, y compris les explorations diagnostiques complémentaires pour élucider des anomalies constatées sur les clichés, sont gratuits. La participation à ces mammographies triennales est de plus de 70%. Les études concernant la période 1993-94 (Patnick, 1995) indiquent un taux de 5,5% d'orientations vers des examens complémentaires. On a découvert un cancer du sein chez 5,5 femmes sur 1 000 lors du dépistage. La valeur prévisionnelle des biopsies chirurgicales était de 70% dans ce programme contre 10% dans les programmes signalés ailleurs dans le monde.

Pour les mammographies, deux questions revêtent une importance fondamentale: la qualité de l'examen lui-même au cours duquel on prendra soin de maintenir les doses de rayonnement au niveau le plus faible possible, et la lecture précise des clichés. Aux Etats-Unis, l'Administration fédérale de contrôle des denrées alimentaires et des produits pharmaceutiques (Food and Drug Administration (FDA)) a adopté plusieurs règles de qualité proposées par le Collège américain de radiologie (American College of Radiology) et que devaient observer, à partir du 1^{er} octobre 1994, plus de 10 000 services de mammographie ou d'interprétation des

mammogrammes dans l'ensemble du pays (Charafin, 1994). Aux termes de la loi américaine sur les normes en matière de mammographie entrée en vigueur en 1992, tous les services compétents des Etats-Unis (à l'exception de ceux qui relèvent du ministère des Anciens Combattants, qui établit actuellement ses propres normes) devaient avoir reçu l'agrément de la FDA à cette date. Ce règlement est résumé à la figure 15.17.

L'augmentation du nombre de centres spécialisés dans le dépistage et le traitement des maladies du sein aux Etats-Unis est un phénomène récent puisque 76% d'entre eux datent d'après 1985 (Weisman, 1995). Ils sont en majorité affiliés à un hôpital (82%), les autres étant principalement des entreprises à but lucratif qui appartiennent à des groupes de médecins. Environ un cinquième possèdent des unités mobiles. Ils offrent des services de dépistage et de diagnostic en ambulatoire comprenant l'examen clinique des seins, le dépistage et le diagnostic par mammographie, l'échographie des seins, la biopsie par aspiration et la formation à l'autopalpation des seins. Un peu plus d'un tiers offrent également un traitement du cancer du sein. Si la plupart de ces centres essaient d'obtenir une clientèle venue d'elle-même ou orientée par le milieu médical, bon nombre s'efforcent d'obtenir des contrats dans le cadre de programmes de promotion de la santé offerts par les employeurs ou les syndicats afin de proposer des services de dépistage du cancer du sein à leurs employés.

L'introduction de ces programmes de dépistage sur les lieux de travail peut rendre certaines femmes très anxieuses, surtout celles qui ont des antécédents personnels ou familiaux de cancer ou celles chez qui les résultats sont «anormaux» (ou peu probants). Il faut, lorsqu'on présente le programme, expliquer clairement qu'il est possible d'avoir des résultats «non négatifs» de ce genre, et garantir que des dispositions seront prises pour faire effectuer des examens supplémentaires qui permettront d'expliquer ces anomalies et de prendre les mesures voulues. Les responsables devraient être informés de la conduite à tenir en cas d'absence de ces femmes lorsque le suivi nécessaire ne peut pas être organisé promptement en dehors des heures de travail.

L'ostéoporose

L'ostéoporose est un trouble du métabolisme osseux beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et qui se traduit par une réduction progressive de la masse osseuse, entraînant une prédisposition aux fractures qui risquent de se produire à la suite de mouvements et d'accidents en apparence anodins. Elle représente un important problème de santé publique dans la plupart des pays développés.

Les fractures les plus fréquentes sont celles des vertèbres, de la partie distale du radius et de la partie supérieure du fémur. Lorsque de telles fractures se produisent chez les personnes âgées, on peut supposer que l'ostéoporose en est la cause.

Même si ces fractures se produisent généralement plus tard dans la vie, après le départ à la retraite, le risque d'ostéoporose devrait faire l'objet d'une attention particulière dans les programmes de promotion de la santé des travailleurs pour plusieurs raisons: 1) les fractures peuvent survenir chez des retraités et augmenter considérablement les frais médicaux à la charge de l'employeur; 2) les fractures peuvent survenir chez les parents âgés ou les beaux-parents de salariés et ces derniers peuvent être obligés de prendre soin de ces personnes, ce qui risque de compromettre leur assiduité et leur rendement; 3) le lieu de travail est un bon endroit pour informer les plus jeunes des dangers éventuels de l'ostéoporose et les inciter à modifier assez tôt leurs habitudes de vie pour ralentir son évolution.

Il y a deux types d'ostéoporose primaire:

- *L'ostéoporose postménopausique.* Elle est liée à une chute du taux d'œstrogènes et est donc plus fréquente chez les femmes que

Figure 15.17 • Les normes américaines de qualité des mammographies

LOI AMÉRICAINE DE 1992 SUR LES NORMES RELATIVES À LA MAMMOGRAPHIE

Le règlement de la Food and Drug Administration (FDA) exige que:

- les personnes qui effectuent les mammographies et les médecins qui lisent les clichés aient la formation et l'expérience voulues;
- les installations soient vérifiées chaque année par des inspecteurs formés par la FDA;
- les services de mammographie soient sérieusement contrôlés pour s'assurer que les doses de rayonnement sont sans risque et que les appareils fonctionnent bien;
- les établissements mettent en place des programmes de contrôle pour garantir la qualité et le suivi nécessaires en cas de résultats positifs;
- le certificat d'agrément attestant qu'un organisme homologué par la FDA a vérifié la conformité des installations soit affiché à la vue de tous dans les locaux: en 1995, le Collège américain de radiologie (American College of Radiology) et trois Etats — Arkansas, Californie et Iowa — étaient accrédités.



Source: FDA, 1995.

chez les hommes (dans un rapport de 6 pour 1). On la décèle habituellement dans le groupe d'âge de 50 à 70 ans et elle est associée aux fractures vertébrales et aux fractures de Pouteau-Colles (du poignet).

- *L'ostéoporose sénile.* Elle se produit essentiellement chez les personnes de plus de 70 ans et est seulement deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. On pense qu'elle est due à une modification de la synthèse de la vitamine D qui survient avec l'âge et elle est surtout associée aux fractures vertébrales et fémorales.

Ces deux types d'ostéoporose peuvent être présents simultanément chez les femmes. De plus, dans un faible pourcentage de cas, l'ostéoporose a été attribuée à diverses causes secondaires dont l'hyperparathyroïdie, la prise de corticostéroïdes, de lévothyroxine, d'antiacides et d'autres médicaments contenant de l'aluminium, un séjour prolongé au lit, le diabète sucré, la consommation d'alcool et de tabac et la polyarthrite chronique évolutive.

L'ostéoporose peut exister pendant des années, voire des décennies, avant de provoquer des fractures. On peut la détecter par une technique désormais courante, celle de la mesure radiographique de la densité osseuse, calibrée en fonction de l'âge et du sexe, que l'on complète par une analyse de laboratoire du métabolisme du calcium et du phosphore. Une transparence relative inhabituelle de l'os aux rayons X peut constituer un indice, mais on ne peut normalement déceler de façon sûre cette ostéopénie qu'au-delà d'une perte de 30% de la masse osseuse.

Il est généralement admis que le dépistage régulier de l'ostéoporose chez les individus asymptomatiques n'est pas à conseiller, surtout dans le cadre des programmes de promotion de la santé au travail. Il est coûteux, peu fiable sauf dans les établissements dotés du personnel voulu; il implique une exposition aux rayonnements et, qui plus est, ne permet pas d'identifier les femmes atteintes d'ostéoporose et qui risquent le plus d'avoir des fractures.

En conséquence, bien que chacun subisse une certaine perte de masse osseuse, le programme de prévention de l'ostéoporose est avant tout destiné aux personnes les plus exposées à une évolution rapide, et qui sont donc plus sujettes aux fractures. Il se pose cependant un problème particulier: en effet, plus on commence

tôt à prendre des mesures de prévention, plus elles sont efficaces, mais il est néanmoins difficile d'inciter les jeunes à adopter de nouvelles habitudes de vie en vue d'éviter un problème de santé qui pourrait apparaître à un âge considéré par beaucoup comme étant très éloigné. Mais il se trouve que bon nombre des changements recommandés sont également utiles pour prévenir d'autres problèmes et favoriser une bonne santé générale.

On ne peut modifier certains facteurs de risque d'ostéoporose.

- *La race.* En moyenne, les Blancs et les Orientaux ont une densité osseuse inférieure à celle des Noirs aux mêmes âges et sont donc plus exposés.
- *Le sexe.* Les femmes ont une densité osseuse inférieure à celle des hommes de même race et de même âge et sont donc plus exposées.
- *L'âge.* Avec l'âge, la masse osseuse diminue chez tout le monde. Plus les os sont solides dans la jeunesse, moins la diminution de leur masse risque d'atteindre des niveaux dangereux au moment de la vieillesse.
- *Les antécédents familiaux.* Il est prouvé que la masse osseuse maximale et son taux de diminution ultérieur sont déterminés par une composante de nature génétique; ainsi, des fractures fréquentes dans une famille peuvent constituer un facteur de risque.

Comme ces facteurs de risque échappent à notre contrôle, il est d'autant plus important de se soucier de ceux sur lesquels on peut intervenir. Entre autres mesures que l'on peut prendre pour retarder l'apparition de l'ostéoporose ou diminuer sa gravité, on peut citer:

- *Le régime alimentaire.* Si l'alimentation ne contient pas suffisamment de calcium et de vitamine D, un apport complémentaire est recommandé, en particulier chez les personnes présentant une intolérance au lactose et qui ont tendance à éviter le lait et les produits laitiers, principales sources de calcium alimentaire. Cet apport complémentaire est d'une grande efficacité entre l'enfance et la trentaine, période de densité maximale des os. Le carbonate de calcium, forme la plus utilisée de recharge en calcium, a souvent des effets secondaires tels que la constipation, l'hyperacidité réflexe, le ballonnement abdominal et d'autres symptômes gastro-intestinaux. En conséquence, nombreux sont ceux qui le remplacent par des préparations à base de citrate de calcium qui, bien que contenant moins de calcium élémentaire, sont mieux absorbées et ont moins d'effets secondaires. Les quantités de vitamine D présentes dans les préparations multivitaminiques habituelles suffisent à ralentir la perte osseuse de l'ostéoporose. Il faut mettre en garde les femmes contre des doses excessives pouvant entraîner une hypervitaminose D, syndrome qui risque d'entraîner une insuffisance rénale aiguë et une résorption osseuse accrue.
- *L'exercice physique.* Un exercice régulier modéré pendant lequel on doit supporter le poids du corps — par exemple 45 à 60 minutes de marche au moins trois fois par semaine — est souhaitable.
- *Le tabac.* Les femmes qui fument sont en moyenne ménopausées deux ans avant les non-fumeuses. Sans hormonothérapie substitutive, la ménopause précoce accélérera la perte osseuse post-ménopausique. C'est une autre raison importante pour lutter contre la tendance actuelle au tabagisme accru des femmes.
- *L'hormonothérapie substitutive.* Si l'on entreprend une œstrogénothérapie, celle-ci doit avoir lieu au début des perturbations dues

à la ménopause étant donné que le taux de perte osseuse est plus important pendant les premières années qui suivent la ménopause. Comme la perte de masse osseuse réapparaît lorsqu'on cesse l'œstrogénothérapie, il est nécessaire de la poursuivre indéfiniment.

Une fois l'ostéoporose diagnostiquée, le traitement vise à empêcher une perte osseuse supplémentaire en suivant toutes les recommandations ci-dessus. Certains médecins conseillent la prise de calcitonine, dont il a été prouvé qu'elle augmentait la teneur totale en calcium de l'organisme. Toutefois, il faut l'administrer par voie parentérale; elle est coûteuse; et il n'est pas encore prouvé qu'elle retarde ou inverse la perte du calcium osseux, ni même qu'elle diminue la fréquence des fractures. Les biphosphonates sont en train de gagner du terrain comme agents antirésorption.

Il faut se rappeler que l'ostéoporose crée un terrain propice aux fractures, mais qu'elle ne les cause pas. Les fractures sont dues à des chutes ou à des mouvements brusques ou imprudents. Il faut donc insister, dans les programmes de sécurité au travail, sur l'importance de la prévention des chutes, en particulier chez les personnes susceptibles de souffrir d'ostéoporose. De même, le programme de promotion de la santé devrait faire connaître les précautions à prendre tant au travail qu'à la maison (par exemple, éliminer ou isoler les fils électriques qui traînent, mettre en évidence avec de la peinture le bord des marches ou les irrégularités du sol, clouer les tapis glissants et éponger rapidement tout liquide répandu sur le sol) et sensibiliser les personnes au danger des chaussures instables et des sièges dont il est difficile de se lever parce qu'ils sont trop bas ou trop mous.

La santé des femmes et le travail

Les femmes font partie de la population active rémunérée et c'est là une situation irréversible. En fait, elles constituent le pilier de nombreuses branches d'activité. Elles doivent être placées sur un plan d'égalité avec les hommes à tous égards; les seules différences concernent certains aspects de la santé. Le programme de promotion de la santé doit informer les femmes de ces différences et leur permettre de rechercher les types et la qualité de soins qui leur sont nécessaires et qui leur sont dus. Les entreprises et leurs dirigeants doivent comprendre que la plupart des femmes ne souffrent pas des problèmes décrits dans cet article, et que, pour la faible proportion de celles qui en pâissent, la prévention ou le contrôle sont possibles. Sauf dans de rares cas, ces problèmes, qui ne sont pas plus fréquents que ceux des hommes victimes de troubles comparables, ne constituent pas des obstacles à l'assiduité et au bon rendement professionnel.

Les femmes qui accèdent à des postes de direction le doivent non seulement à l'excellence de leur travail, mais également au fait qu'elles ne connaissent aucun des problèmes de santé féminine que nous avons abordés ci-dessus. Cela peut rendre certaines d'entre elles intolérantes, voire peu compréhensives à l'égard d'autres femmes vivant ces difficultés. Il semble que l'un des plus gros obstacles à la promotion des femmes en milieu professionnel soit les femmes elles-mêmes.

Un programme de promotion de la santé dans les lieux de travail qui incorpore spécialement les questions et problèmes de santé féminins et qui les traite avec la délicatesse et l'honnêteté voulues, peut avoir un réel effet positif, non seulement sur les femmes qui travaillent, mais également sur leur famille, sur la collectivité et, qui plus est, sur l'entreprise.

● ÉTUDE DE CAS: PROGRAMME DE MAMMOGRAPHIE CHEZ MARKS AND SPENCER

Jillian Haslehurst

Cette étude de cas décrit le programme de mammographie mis en place chez Marks and Spencer et qui est le premier du genre à avoir été proposé par un employeur à l'échelle nationale. Marks and Spencer est une chaîne internationale de magasins de détail qui compte 612 établissements de par le monde, la majorité étant située au Royaume-Uni, dans d'autres pays d'Europe et au Canada. Indépendamment de plusieurs contrats de concessions internationales, la société est propriétaire des supermarchés Brooks Brothers et Kings aux États-Unis, ainsi que de D'Allaird's au Canada et s'adonne à d'importantes activités financières.

La société emploie 62 000 personnes, dont la majorité travaille dans les 285 magasins situés au Royaume-Uni et en République d'Irlande. Sa réputation de bon employeur est légendaire et sa politique de relations humaines avec le personnel prévoit notamment des programmes complets de grande qualité de promotion de la santé et du bien-être.

Bien que des services thérapeutiques soient fournis dans quelques établissements, ce sont en grande partie les médecins généralistes locaux qui répondent à ce besoin. La politique de santé de la société met l'accent sur la détection précoce et la prévention des maladies. Plusieurs programmes novateurs de dépistage ont donc été mis au point au cours des vingt dernières années, dont un bon nombre reprennent des projets semblables du Service national de la santé (National Health Service (NHS)). L'effectif est féminin à plus de 80%, ce qui a influencé le choix des programmes de dépistage, lesquels comprennent notamment des analyses cytologiques des frottis vaginaux, la détection du cancer de l'ovaire et des mammographies.

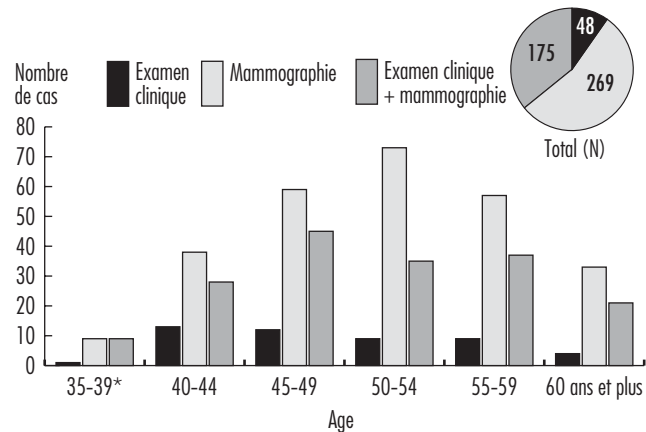
La détection du cancer du sein

Vers le milieu des années soixante-dix, l'Étude HIP de New York (Shapiro, 1977) a prouvé que la mammographie permettait de détecter des cancers du sein non décelables à la palpation, faisant par là même espérer qu'une détection précoce allait s'accompagner d'une réduction de la mortalité. Pour l'employeur d'un grand nombre de femmes d'âge moyen, l'intérêt de la mammographie était évident et un programme de détection a donc été introduit en 1976 (Hutchinson et Tucker, 1984; Haslehurst, 1986). A l'époque, il n'était pratiquement pas possible de faire effectuer une mammographie fiable et de qualité dans le secteur public, les services offerts par les établissements de soins privés étant coûteux et de qualité variable. La première tâche a donc consisté à offrir un service uniformément de bonne qualité, défi que l'on a pu relever en ayant recours à des unités mobiles itinérantes dotées chacune d'une salle d'attente, d'un espace d'examen et d'appareils de mammographie.

Grâce à une gestion et à un service de développement de films centralisés, il a été possible de vérifier systématiquement tous les aspects de la qualité et de faire interpréter les clichés par un groupe de spécialistes en mammographie. Ce système présentait cependant un inconvénient dans la mesure où le technicien en radiographie ne pouvait pas examiner immédiatement le film développé pour déceler d'éventuelles erreurs techniques et, au besoin, refaire sur-le-champ de nouveaux clichés.

La participation qui a toujours été exceptionnellement élevée et est restée au-dessus de 80% dans tous les groupes d'âge est sans aucun doute due aux pressions des collègues, au fait que les prestations étaient facilement accessibles et à l'absence, jusqu'à

Figure 15.18 • Dépistage du cancer du sein. Contribution de l'examen clinique et de la mammographie à la détection du cancer par groupe d'âge



* Cette cohorte n'a fait l'objet d'un dépistage que de 1976 à 1987.

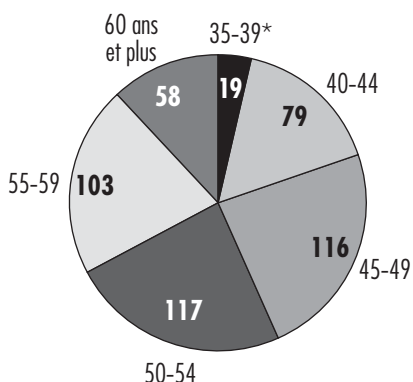
une date récente, de services de mammographie assurés par le NHS.

Les femmes sont invitées à prendre part au programme de dépistage, mais la participation est laissée à la discrétion de chacune. Avant le dépistage, une brève séance d'information est proposée par le médecin ou l'infirmière de la société, qui sont tous deux disponibles pour répondre aux questions et donner des explications ou encore dissiper les craintes concernant les rayonnements et la douleur causée par la compression du sein. Les femmes qui sont rappelées pour des examens supplémentaires les passent pendant leurs heures de travail et elles sont entièrement remboursées des frais de déplacement encourus par elles-mêmes ou par un accompagnateur.

On avait recours à trois modes d'examen pendant les cinq premières années du programme: l'examen clinique effectué par une infirmière hautement qualifiée ou un praticien, la thermographie et la mammographie. La thermographie prenait du temps, aboutissait à un nombre élevé de faux-positifs et ne contribuait guère à la détection du cancer. En conséquence, on a cessé de la pratiquer en 1981. Bien que d'une valeur limitée pour la détection du cancer, l'examen clinique, qui comprend une étude détaillée des antécédents personnels et familiaux, fournit des renseignements précieux au radiologue et donne du temps à la cliente pour discuter de ses craintes et de ses autres problèmes de santé avec un professionnel de la santé attentif. La mammographie est le plus sensible des trois examens. Au premier examen, on prend des radiographies obliques de face et de profil, alors que l'on ne fait qu'un seul cliché lors des contrôles intermédiaires. En principe, une seule lecture des clichés suffit, bien qu'une double lecture soit effectuée dans les cas difficiles et pour des contrôles aléatoires de qualité. La figure 15.18 indique la contribution de l'examen clinique et des mammographies au taux total de détection du cancer. Sur 492 cancers constatés, 10% ont été décelés par le seul examen clinique, 54% par la mammographie uniquement et 36% par les deux examens.

Lorsque le programme a été lancé, l'examen était proposé aux femmes de 35 à 70 ans, mais le faible taux de détection du cancer et la grande fréquence des anomalies bénignes du sein dans le

Figure 15.19 • Répartition par âge des cancers détectés au dépistage



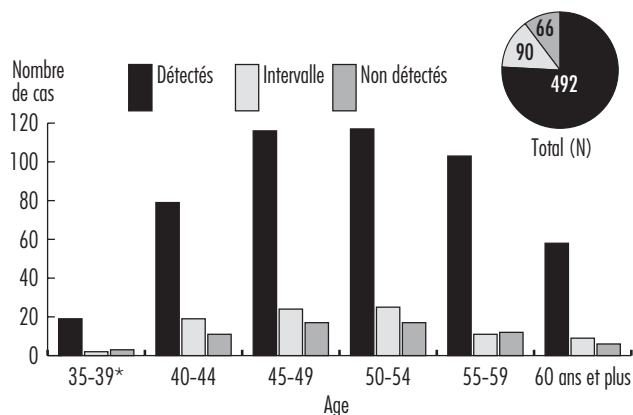
* Cette cohorte n'a fait l'objet d'un dépistage que de 1976 à 1987.

groupe des 35-39 ans ont fait que ce service n'a plus été offert à ces femmes à partir de 1987. La figure 15.19 donne les chiffres des cancers détectés au cours du dépistage, par groupe d'âge.

De même, la fréquence du dépistage a changé. D'un intervalle annuel (reflétant l'enthousiasme initial), on est passé à un examen tous les deux ans. La figure 15.20 indique le nombre de cancers décelés grâce au dépistage, par tranche d'âge, avec les chiffres correspondants des tumeurs apparues dans l'intervalle et des tumeurs passées inaperçues. Les tumeurs apparues dans l'intervalle sont celles qui sont survenues après un dépistage ayant donné un résultat négatif exact, entre deux examens de routine. Les tumeurs passées inaperçues sont les cancers que l'on peut voir rétrospectivement sur les clichés, mais qui n'ont pas été identifiés au moment du dépistage.

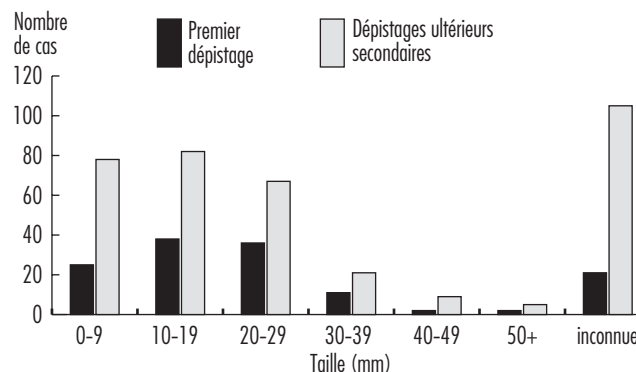
Parmi la population ayant subi le dépistage, 76% des cancers du sein ont été mis en évidence grâce au dépistage et 14% de plus sont apparus pendant l'intervalle entre les examens. Le nombre de cancers apparus dans l'intervalle est attentivement surveillé pour vérifier qu'il n'augmente pas et n'atteint pas un niveau inacceptable.

Figure 15.20 • Nombre de cancers détectés au dépistage, de cancers apparus dans l'intervalle et de cancers non détectés, par groupe d'âge



* Cette cohorte n'a fait l'objet d'un dépistage que de 1976 à 1987.

Figure 15.21 • Taille des cancers détectés au dépistage



L'avantage que présente le dépistage pour la survie des femmes de moins de 50 ans n'est pas encore prouvé, bien que l'on s'accorde généralement pour dire que l'on détecte des cancers de plus en plus petits et que ce diagnostic précoce permet à certaines femmes de choisir entre une mastectomie et un traitement conservateur — choix auquel de nombreuses femmes sont très attachées. La figure 15.21 indique la taille des cancers détectés au cours du dépistage. La majorité des tumeurs sont inférieures à 2 cm et sans atteinte ganglionnaire.

Les répercussions du rapport Forrest

A la fin des années quatre-vingt, le professeur Patrick Forrest a recommandé que le dépistage régulier du cancer du sein soit proposé aux femmes de plus de 50 ans par le NHS (c'est-à-dire gratuitement sur le lieu de prestation du service) (Forrest, 1987). Il préconisait surtout que le dépistage ne commence pas avant que le personnel spécialisé ait reçu la formation multidisciplinaire complète nécessaire au diagnostic du cancer du sein. Ce personnel doit comprendre des radiologues, du personnel infirmier chargé de conseiller les patientes et des médecins spécialistes. Depuis 1990, le Royaume-Uni est doté d'un remarquable service d'évaluation et de détection du cancer du sein pour les femmes de plus de 50 ans.

La coïncidence a voulu que, pendant la mise en place de ce service à l'échelle nationale, Marks and Spencer examine ses résultats et constate une lacune importante dans son programme. Le taux de rappel, après le dépistage de routine, était supérieur à 8% chez les femmes de plus de 50 ans et de 12% chez les femmes plus jeunes. Après analyse des données, on a conclu que les raisons du rappel étaient fréquemment des problèmes techniques, c'est-à-dire un mauvais positionnement du sein, des erreurs de développement des clichés, des problèmes de correspondance avec les lignes de la grille ou la nécessité de radiographies supplémentaires. Par ailleurs, on s'est aperçu que le recours à l'échographie, à la mammographie spécialisée et à la biopsie cytologique par aspiration pouvait réduire encore davantage le taux des rappels et d'orientation vers un médecin. Une première étude a confirmé ces impressions, et il a été décidé de revoir le protocole de dépistage pour que les patientes qui auraient besoin d'examen supplémentaires ne soient pas renvoyées à leur médecin de famille, mais continuent à faire partie du programme de dépistage jusqu'à ce que l'on ait établi un diagnostic définitif. La plupart de ces femmes reviennent à un calendrier de rappel de routine après les examens complémentaires, ce qui permet de réduire au minimum le taux d'orientation vers les services de chirurgie.

Plutôt que de reproduire les prestations offertes par le NHS, on a opté chez Marks and Spencer pour un partenariat qui lui a permis de profiter du savoir-faire du secteur public. Par ailleurs,

L'apport financier de la société contribue à améliorer les services destinés à toute la population. Le programme de détection du cancer du sein est maintenant proposé par un certain nombre de fournisseurs de services: environ la moitié des besoins est couverte par des services mobiles, mais les employées des magasins, dans les grandes villes, vont maintenant passer leur examen de dépistage de routine dans des centres spécialisés privés ou publics. Cette coopération avec le NHS a été une expérience enrichissante des plus réussies qui a permis d'améliorer les normes générales de diagnostic et de traitement du cancer du sein au bénéfice de toute la population. En associant les programmes du secteur public à ceux des entreprises privées, il est possible d'offrir un service d'une qualité exceptionnelle à la population la plus large qui soit.

● LES STRATÉGIES DU MILIEU DE TRAVAIL POUR PROTÉGER LA SANTÉ DE LA FUTURE MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ: L'EXPÉRIENCE DES EMPLOYEURS AUX ÉTATS-UNIS

Maureen P. Corry et Ellen Cutler

Les employeurs des secteurs public et privé des États-Unis sont de plus en plus nombreux à se rendre compte du lien qui existe entre une naissance bien vécue, la productivité et la situation économique de l'entreprise. De même, ils s'inquiètent davantage des risques professionnels encourus par les femmes enceintes. Jamais les employeurs n'ont eu autant de raisons de protéger la santé des employées enceintes et de leurs nouveau-nés. L'augmentation des frais médicaux, l'évolution démographique de la population active et les preuves toujours plus nombreuses d'un lien entre une meilleure productivité et des salariés en bonne santé sont des raisons convaincantes d'ajouter la santé de la future mère et du nouveau-né aux programmes de promotion de la santé et d'éducation en matière de santé.

On parle généralement de stratégie pour la santé de la future mère et du nouveau-né pour désigner toute initiative soigneusement conçue par l'employeur ou un syndicat visant à favoriser la bonne santé et le bien-être des femmes avant, pendant et après la grossesse, ainsi que celle des nouveau-nés pendant leur première année de vie. Il n'existe pas de solution ou de méthode unique pour protéger la santé de la future mère et du nouveau-né. Il s'agit plutôt, pour la plupart des employeurs, de conjuguer les diverses initiatives évoquées ci-dessous et de les adapter aux conditions particulières à chaque lieu de travail.

Les prestations médicales

Il faut considérer les prestations médicales destinées à la femme enceinte et au nouveau-né comme formant un tout avec les services de sensibilisation à la santé génésique et avec les conseils et services de planification familiale tout au long de la phase reproductive de la vie. Les prestations sont énumérées au tableau 15.5.

L'analyse des prestations

De nombreux régimes américains d'assurance maladie offrent une garantie pour la période qui précède la conception et pour les soins prénatals. Pourtant, il s'avère parfois difficile — et ce pour de multiples raisons — pour certaines femmes d'obtenir des soins abordables et de qualité. Par exemple, dans certains cas, l'assurée doit payer à l'avance les soins prénatals et les services d'accouchement mais n'est remboursée qu'après l'accouchement. D'autres obstacles entravent l'accès aux soins, notamment les franchises élevées ou les avances demandées, les heures d'ouverture peu pratiques, la non-ouverture des personnes à charge et l'éloignement géographique. Les employeurs ne peuvent pas tous les éliminer, mais ce serait un excellent début s'ils prenaient à leur charge les paiements anticipés ainsi que les franchises trop élevées et s'ils aidaient l'employée à trouver un prestataire de soins prénatals qui leur convienne.

Chez Texas Instruments (TI), l'objectif est de rendre les soins prénatals abordables quel que soit le salaire de l'employée ou le prestataire des soins. Les futures mères qui essaient d'obtenir des soins prénatals dans le réseau de TI ne paient que 10% d'un prix

Tableau 15.5 • Prestations d'assurance maladie

Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse	Première enfance
Visite annuelle avant la conception ou entre deux grossesses (comprend des services de planification familiale)	Conseils et examens génétiques	Soins postnatals	Soins normaux du nouveau-né
Conseils et examens génétiques	Soins prénatals — devraient être proposés sans franchise ni paiement partiel par l'intéressée	Médicaments	Soins néonataux intensifs — sans conditions préalables d'exclusion de certains nouveau-nés
Médicaments	Le travail et l'accouchement à l'hôpital ou dans une maternité devraient être offerts sans franchise ni paiement partiel par l'intéressée	Soins à domicile	Médicaments
Traitement des toxicomanies	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de séjour à l'hôpital ou à la maternité • Services d'anesthésie • Assurance maladie (y compris les vitamines prénatales) • Soins à domicile • Traitement des toxicomanies 	Traitement des toxicomanies	Soins à domicile

Source: March of Dimes Birth Defects Foundation, 1994.

Tableau 15.6 • Autres services liés aux prestations et offerts par l'employeur

SERVICES			
Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse	Première enfance
	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de gestion de la maternité • Gestion des maternités à haut risque (peut faire partie du programme de gestion de la maternité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations pour incapacité de travail due à la maternité 	<ul style="list-style-type: none"> • Services pour les nouveau-nés à haut risque • Remboursement des soins des personnes à charge
PROGRAMMES			
Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse	Première enfance
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé avant la conception • Programmes d'abandon du tabagisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé prénatale • Sensibilisation des cadres • Cours destinés aux parents sur le soin et le développement du nouveau-né • Programme de sevrage tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins pédiatriques offerts sur place • Orientation vers des services pédiatriques

Source: March of Dimes Birth Defects Foundation, 1994.

négocié au départ pour les services de soins prénatals et les accouchements sans complication, ainsi que les césariennes.

La société Haggart Apparel Company assume intégralement les frais des soins prénatals dès le début si l'employée ou la personne à charge se présente pour ces soins pendant le premier trimestre de la grossesse. Home Depot (chaîne de magasins de détail commercialisant des matériaux et des fournitures pour le bâtiment) ne fait pas payer la franchise hospitalière à la femme enceinte si les visites prénatals commencent au premier trimestre de la grossesse.

Si de nombreux régimes d'assurance incluent les soins requis aux premiers jours de la vie du nouveau-né, la couverture des soins préventifs permanents du nourrisson une fois qu'il a quitté l'hôpital est souvent insuffisante, quand bien même elle existe.

A la First National Bank de Chicago, les femmes enceintes qui ont souscrit un plan de prise en charge et qui suivent un cours d'enseignement prénatal avant la fin du quatrième mois de grossesse n'ont pas à payer la franchise de 400 dollars prévue au titre de l'assurance maladie de la première année de la vie du nouveau-né. La Monfort Company, usine de conditionnement de la viande de bœuf à Greeley (Colorado), couvre entièrement les soins donnés à l'enfant jusqu'à trois ans.

Services liés aux prestations et programmes en faveur des salariés

On trouvera au tableau 15.6 la liste des services et des programmes liés aux prestations qui sont considérés comme des éléments importants d'une stratégie médicale à l'intention de la future mère et du nouveau-né. Ces services et ces programmes peuvent être proposés directement par l'employeur soit au travail, soit à proximité, ou encore dans le cadre d'un contrat avec un organisme extérieur, selon l'organisation, la situation et la taille de l'entreprise, et ils peuvent être administrés par le service des prestations, de santé du personnel, de promotion de la santé ou d'aide aux salariés.

Rares sont les entreprises qui peuvent offrir toutes ces prestations; or, plus le plan est complet, mieux la santé des jeunes mères et des nourrissons est protégée.

Avant et pendant la grossesse

Les programmes de «gestion» de la maternité sont de plus en plus recherchés, car ils présentent des avantages tant pour les parents qui attendent un enfant que pour l'employeur. Bien qu'elle ne soit

pas conçue pour remplacer les soins prénatals prodigués par un spécialiste, la gestion de la maternité s'apparente à une prestation dans le cadre de laquelle des conseils et un soutien personnalisés sont prodigués à la mère en fonction des besoins et des risques.

Levi Strauss and Company, l'un des plus gros fabricants de vêtements des Etats-Unis, offre un programme de gestion de la maternité administré par une compagnie d'assurances. Les employées sont encouragées à participer au programme dès qu'elles sont enceintes et reçoivent 100 dollars en espèces lorsqu'elles appellent le numéro gratuit mis à leur disposition. En 1992, les frais acquittés par les mères qui participaient au programme pour leurs nouveau-nés étaient inférieurs de près de 50% à ceux des mères qui n'y participaient pas.

La First National Bank de Chicago offre le programme de promotion de la santé prénatale *Babies and You* (Les bébés et vous), dans le cadre de la campagne appelée March of Dimes. Ce programme fait partie de la stratégie médicale menée en faveur de la future mère et du nouveau-né. On trouvera ci-dessous une description du programme; voir aussi supra l'étude de cas de Burton sur le rôle du service de santé de l'entreprise dans les programmes de prévention.

Babies and you: un programme de promotion de la santé prénatale

Le programme de promotion de la santé prénatale *Babies and You* (Les bébés et vous) mentionné ci-dessus a été lancé en 1982 en association avec des spécialistes des soins à donner à la future mère et au nouveau-né de l'ensemble du pays. Très largement évalué sur le terrain par les sections locales de la March of Dimes et par les établissements participants, le programme est sans cesse actualisé et amélioré.

Babies and You enseigne aux adultes comment adopter des habitudes de vie saines avant et pendant la grossesse, incite les femmes à recevoir des soins prénatals réguliers dès le début de la grossesse et pousse les employeurs à prendre des dispositions favorables à une grossesse bien vécue.

Les activités de promotion de la santé prénatale devraient s'adresser aussi bien aux employés, hommes ou femmes, qu'à leur conjoint et aux autres membres de la famille et amis. Le programme est adaptable en fonction des besoins particuliers de l'entreprise. Il tient compte du niveau d'instruction, de la culture

Babies and You: niveaux d'intervention

Niveau I: la campagne d'information est conçue pour montrer aux salariées l'importance du suivi prénatal dès le début de la grossesse et avec des contrôles réguliers. Pour cette intervention, on peut obtenir auprès de la «March of Dimes» toute une série de documents imprimés et audiovisuels.

Niveau II: les séminaires d'éducation sont proposés sur les lieux de travail par des spécialistes bénévoles de la «March of Dimes». On peut choisir parmi 14 thèmes où figurent les soins avant la conception, les soins prénatals, l'alimentation, l'exercice et la grossesse, la grossesse après l'âge de 35 ans, le stress et la grossesse, les complications de la grossesse, les soins au nourrisson, le rôle du père dans la grossesse et l'allaitement maternel.

Niveau III: la formation des professionnels de la santé permet à une entreprise d'intégrer le programme *Les bébés et vous* au nombre des activités de mieux-être. La «March of Dimes» offre une formation d'une journée sur la mise en œuvre du programme destinée aux professionnels de la santé de l'entreprise tels que les infirmières du travail, les responsables des prestations, les directeurs médicaux et les spécialistes de la promotion de la santé.

Mais quel que soit le niveau du programme que l'entreprise décide d'offrir, il y a huit objectifs à viser pour que l'effort de promotion de la santé prénatale soit un succès:

- participation de la direction;
- planification interdépartementale du programme;
- intervention des employées;
- mesures d'incitation;
- prestations et politiques favorables;
- création d'un réseau de communication;
- accès aux ressources locales;
- évaluation.

et de la langue des participants éventuels, ainsi que des restrictions qui existent dans le travail et des ressources disponibles localement.

Comme les employeurs ne sont pas tous au même stade en ce qui concerne les activités de promotion de la santé, le programme offre trois possibilités de mise en œuvre: une campagne d'information, des séminaires pédagogiques et la formation des professionnels de la santé (voir encadré). Les sujets les plus fréquemment abordés dans les documents d'information et au cours des séminaires pédagogiques sont la période qui précède la conception et les soins prénatals, le développement du fœtus, la génétique, le rôle de l'homme dans la grossesse, l'alimentation pendant la grossesse et l'éducation des enfants. D'après une enquête réalisée par le New York Business Group on Health (groupe new-yorkais d'entreprises sur la santé) auprès de 3 entreprises sur les sujets couverts dans les programmes prénatals, les thèmes dominants sont la compréhension des événements pendant la grossesse et lors de l'accouchement, la surveillance précoce par des spécialistes, les habitudes de vie saines durant la grossesse permettant d'éviter les risques pour la mère et le fœtus, les soins au nouveau-né et le maintien de relations familiales et professionnelles satisfaisantes (Duncan, Barr et Warshaw, 1992).

Après la grossesse et pendant la petite enfance

Outre la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé et d'autres services qui insistent sur la santé de la future mère, avant et pendant la grossesse, de nombreux employeurs offrent également après la grossesse des programmes de soutien aux parents et aux nouveau-nés pendant la période critique des douze premiers mois et au-delà. Les prestations d'incapacité de travail

pour cause de maternité, les programmes d'allaitement, le remboursement des soins aux personnes à charge (par exemple, les retenues salariales avant impôt dont pourront se servir les employés pour payer les frais médicaux des personnes à charge), les cours sur l'éducation des enfants et la protection infantile sur place sont un des nombreux services et programmes offerts actuellement.

Par exemple, pour maintenir de bonnes relations avec leurs employées, les laboratoires Lancaster, situés à Lancaster (Pennsylvanie), qui fournissent des services de recherche en laboratoire et de consultation sous contrat à des entreprises des secteurs de l'environnement, de l'alimentation et de l'industrie pharmaceutique, continuent d'offrir à leurs salariées des prestations d'assurance maladie pendant le congé de maternité et le congé parental non payé, et ce, qu'elles envisagent ou non de reprendre le travail après la naissance. Cette méthode de gestion favorable à la famille a donné des résultats convaincants: dans un secteur où il n'est pas rare que le taux de mobilité de la main-d'œuvre soit de 27%, il n'est que de 8% chez Lancaster (March of Dimes, 1994).

Les programmes d'allaitement offerts par les entreprises sont une autre mesure facile à mettre en œuvre et rentable. Les avantages de l'allaitement maternel pour la santé dépassent le bien-être de l'enfant proprement dit. D'après une étude, en améliorant la santé du nourrisson par l'allaitement maternel, on influe directement sur le rendement de l'employée. Lorsque les nouveau-nés sont en bonne santé, les parents s'absentent beaucoup moins souvent pour s'occuper d'un enfant malade (Ryan et Martinez, 1989). Or, les moyens à mettre en œuvre sont simples et peu onéreux: il suffit de prévoir un local et le matériel voulu pour recueillir le lait maternel et le conserver.

À Los Angeles, le service de l'eau et de l'électricité a pu quantifier certains avantages de son programme d'allaitement: 86% des participantes ont affirmé que le programme avait facilité leur retour au travail; 71% ont déclaré prendre moins de congés et les départs chez les participantes n'est que de 2% (March of Dimes, 1994).

Les mesures prises par les employeurs

Les employeurs disposent de toute une panoplie de mesures pour créer un cadre favorable à la santé de la future mère et du nouveau-né. L'instauration de nouvelles politiques et la modification des anciennes est un gage de la volonté de changement de l'entreprise.

Certaines mesures comme la réglementation du tabagisme ont une influence directe sur la santé de tous les travailleurs. D'autres s'adressent à des groupes particuliers, telles celles qui concernent les risques professionnels pour la santé prénatale et qui cherchent à répondre aux besoins des hommes et des femmes souhaitant avoir un enfant. Citons aussi l'adoption de régimes de travail souples, le soutien apportés aux femmes enceintes pour les aider à organiser leurs visites prénatales et l'allègement de la charge des parents de nouveau-nés et d'enfants en bas âge. On peut aussi aménager les tâches de la travailleuse pendant la grossesse et proposer des solutions en cas d'incapacité de travail, protéger sa santé et limiter les répercussions de son état sur les tâches qui lui sont confiées.

Lorsque l'entreprise Warner-Lambert Company, chef de file dans le secteur des produits pharmaceutiques, des produits de santé destinés aux consommateurs et des produits de confiserie, a lancé ses programmes de gestion de la maternité et d'éducation prénatale, elle a également proposé tout un ensemble de recommandations pour protéger la maternité. Ces directives encouragent les employées à remplir des questionnaires afin d'évaluer les risques que leur emploi ou leur poste de travail présentent pour une femme enceinte. Au besoin, un ingénieur de la sécurité de Warner-Lambert peut effectuer une étude pour établir si des

La santé maternelle et infantile en France

Peu après la seconde guerre mondiale, la France a instauré la *Protection maternelle et infantile* (PMI), système national grâce auquel les professionnels de la santé des secteurs public et privé, en collaboration avec les services sociaux, offrent des services de prévention médicale de base, des services médicaux, sociaux et éducatifs aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

En général, les familles et les médecins du secteur privé prévoient pour chaque cas des rencontres avec une conseillère pour la période précédant la conception, des consultations de planification familiale, des soins prénatals précoces et réguliers, ainsi que des examens médicaux de prévention et des vaccinations pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. On encourage à participer au programme en offrant le remboursement à 100% des frais par la sécurité sociale (pour avoir droit à cette prise en charge, les femmes doivent déclarer leur grossesse dans les 15 premières semaines de la gestation), des allocations de maternité mensuelles entre le quatrième mois de grossesse et le troisième mois de la vie de l'enfant, afin d'inciter les mères à respecter les lignes directrices nationales en matière de soins préventifs, et un programme permanent d'information et d'éducation.

Les femmes qui ne peuvent pas obtenir les soins dans le secteur privé peuvent se rendre dans l'un des 96 centres locaux de PMI (il en existe un par département). Dispensaires de quartier gratuits, ces centres identifient les femmes enceintes et les enfants à risque et prévoient les interventions voulues, effectuent des visites à domicile et suivent les progrès de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés dans le but de vérifier que les services de prévention prévus dans les lignes directrices nationales sont bien administrés.

Le rôle des employeurs dans ce système est régi par la loi. Ils doivent offrir aux femmes enceintes:

- de nouveaux emplois, des horaires souples pour faciliter les trajets et des périodes de repos afin de réduire la tension et la fatigue qui pourraient provoquer un accouchement prématuré;
- un congé de maternité avec sécurité de l'emploi aux mères qui portent ou adoptent un enfant afin de faciliter l'instauration de relations étroites et la croissance normale de l'enfant (des prestations de maternité correspondant à 84% du salaire sont payées par la sécurité sociale jusqu'à concurrence d'un certain plafond);
- des aménagements de travail à temps partiel et un congé parental sans solde avec sécurité de l'emploi pour permettre aux parents d'assumer de façon équilibrée leurs responsabilités familiales et professionnelles (une allocation parentale nationale permet de compenser le coût des congés sans solde) (Richardson, 1994).

mesures de prévention des risques ou des restrictions pour certains emplois s'imposent, et le cas échéant, lesquelles.

Indépendamment des mesures concernant les risques pour la maternité, plusieurs employeurs offrent des possibilités de congés familiaux sur une base souple. Par exemple, chez AT&T, le géant des communications, les salariés peuvent prendre jusqu'à 12 mois de congé sans solde après la naissance d'un enfant ou après une adoption. Plus de la moitié des salariés qui se sont prévalus de ce congé depuis 1990 ont repris le travail dans les 3 mois qui ont suivi et 82% dans les 6 mois (March of Dimes, 1994).

Chez PepsiCo Inc., le plus gros conglomérat de boissons et de produits alimentaires situé à Purchase (New York), les pères des nouveau-nés peuvent prendre jusqu'à huit semaines de congé payé et huit semaines supplémentaires de congé sans solde avec la garantie de retrouver le même travail ou un emploi comparable à leur retour (March of Dimes, 1994).

Elaboration d'une stratégie de la santé pour la future mère et le nouveau-né afin de répondre aux besoins de l'entreprise

Toute stratégie de santé à l'intention de la future mère et du nouveau-né mise en place par l'employeur qui se veut viable doit être acceptable aux yeux des travailleurs et, de plus, correspondre à des objectifs commerciaux valables. Selon les objectifs de l'entreprise, on peut privilégier divers programmes, prestations ou mesures. Il est utile de suivre les étapes ci-dessous lorsqu'on définit une nouvelle stratégie:

1. Se renseigner sur les prestations, programmes et politiques qui existent déjà en matière de santé de la future mère et du nouveau-né pour élaborer une stratégie de base.
2. Voir quelles sont les ressources disponibles localement pour aider l'entreprise dans ses efforts.
3. Etablir une liste, par ordre de priorité, des initiatives préliminaires de santé à l'intention de la future mère et du nouveau-né qui prévoient la modification ou la mise en place des prestations, des programmes ou des politiques.
4. Obtenir l'appui de la direction avant de passer à l'étape suivante.
5. Evaluer les besoins pressentis et les stratégies proposées à l'essai avec les employées pour confirmer les recommandations provisoires.
6. Développer une stratégie proprement dite de la santé de la future mère et du nouveau-né en précisant sa mission et ses objectifs, en lui accordant les ressources nécessaires, en prévoyant les obstacles éventuels et les principaux acteurs, en préparant un calendrier de mise en œuvre et en obtenant le soutien voulu de tous les échelons de l'entreprise.

La mise en œuvre des initiatives de santé à l'intention de la future mère et du nouveau-né

L'étape suivante consiste à mettre en œuvre les prestations, les programmes et les politiques qui entrent dans le cadre de la stratégie. Les diverses étapes sont en principe les suivantes:

1. Désigner les responsables de la mise en œuvre.
2. Choisir les méthodes d'évaluation de la qualité permettant de gérer le programme.
3. Choisir à bon escient les fournisseurs de services.
4. Etudier les incitations et autres méthodes visant à accroître la participation des employées.
5. Faire connaître les initiatives aux employées et aux membres de leur famille.

Le succès de la stratégie visant à assurer la santé de la future mère et du nouveau-né

Une fois la stratégie mise en œuvre, il faut en vérifier l'efficacité en fonction des objectifs fixés au départ et en fonction des besoins de l'entreprise. L'évaluation de la stratégie, d'une part, et les réactions des participants, de l'autre, sont des éléments essentiels, car ils sont le gage que les initiatives de santé maternelle et infantile répondent à la fois aux besoins des employeurs et des salariées.

Conclusion

Avec le développement du travail des femmes, la nécessité de prendre des dispositions en faveur de la santé maternelle et infantile sur les lieux de travail aux Etats-Unis va s'accroître, car il n'est pas possible de dissocier les problèmes familiaux des problèmes professionnels. Les entreprises tournées vers l'avenir l'ont déjà reconnu et font preuve de créativité dans leur façon d'aborder la question. Les employeurs sont bien placés pour influencer sur le changement et pour montrer la voie en matière de promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

● INFORMATION SUR LE VIH ET LE VIH/SIDA

B.J. Stiles

A mesure que la contamination par le VIH s'aggrave et s'étend, un nombre sans cesse croissant d'entreprises, de syndicats, d'employeurs et de salariés sont touchés par la menace d'infection par le VIH et du VIH/sida (désigné ci-après VIH/sida). Les effets sont souvent spécifiques et très visibles; ils peuvent également être insidieux et discrets. Depuis le début de l'épidémie due au VIH, les conséquences directes et indirectes du VIH/sida pour les entreprises et les lieux de travail (à distinguer de ses conséquences sur le plan médical) ont été considérées comme étant un aspect secondaire de la gravité et de l'ampleur de cette maladie.

L'attitude et l'opinion des salariés à l'égard du VIH/sida revêtent une importance capitale et on se doit de les évaluer si l'on veut implanter et gérer efficacement un programme en milieu de travail. L'ignorance des salariés et leurs connaissances insuffisantes du problème peuvent constituer des obstacles considérables à un programme d'information; elles peuvent semer la méfiance et le trouble en cas d'évaluation inexacte ou maladroite et aggraver du même coup les préjugés et les craintes déjà très répandus au sujet de cette maladie.

Aux Etats-Unis, «le VIH/sida a entraîné plus de procès pour des problèmes de santé toutes causes confondues que toute autre maladie», note Lawrence Gostin, membre du projet d'enquête concernant les poursuites sur le VIH (HIV Litigation Project). Une enquête nationale sur les attitudes des travailleurs américains à l'égard du VIH/sida, menée en 1993 par la Coalition nationale sur le sida (National Leadership Coalition on AIDS), montre qu'un grand nombre d'entre eux continuent à avoir des attitudes négatives, voire discriminatoires, à l'égard de leurs collègues porteurs du VIH; elle indique en outre que la plupart des salariés ne savent pas comment leur employeur réagirait s'il apprenait qu'un de ses salariés est séropositif ou infecté par le VIH/sida, ou pensent que leur employeur licencierait un employé infecté dès les premiers signes de maladie. La discrimination à l'encontre des salariés, fondée uniquement sur l'incapacité de travail, est expressément interdite aux Etats-Unis en vertu de la loi sur les Américains porteurs de handicaps (Americans with Disabilities Act) qui couvre les personnes séropositives et celles qui sont atteintes du VIH/sida. Cette loi oblige les employeurs de plus de quinze personnes à prévoir des «aménagements raisonnables» ou des adaptations de poste en faveur des salariés atteints d'invalidité, y compris ceux qui sont infectés par le VIH ou ceux qui ont le VIH/sida.

Par exemple, 32% des travailleurs américains interrogés dans le cadre de l'enquête estimaient qu'un employé infecté par le VIH serait licencié ou mis en congé d'invalidité aux premiers signes de maladie. Il est évident que l'employeur qui déciderait de licencier un employé ainsi atteint en se fondant uniquement sur le diagnostic enfreindrait la loi. Une telle ignorance des responsabilités légales expose les employeurs — et, par extension, leurs cadres et leur personnel — à des poursuites judiciaires coûteuses pour discrimination, à des interruptions du travail et à des problèmes de moral et de rendement.

Les préjugés sur l'épidémie peuvent également engendrer des attitudes et un comportement discriminatoires de la part des cadres et du personnel, attitudes qui peuvent aussi faire courir des risques à l'employeur. En effet, 67% des travailleurs qui ont participé à l'enquête estimaient que leurs collègues seraient mal à l'aise de devoir travailler avec un séropositif. Si l'on n'y prend pas garde, de telles attitudes et les types de comportements qu'elles engendrent peuvent être très préjudiciables à l'employeur. Les

cadres peuvent présumer à tort que la discrimination à l'encontre des personnes atteintes, ou que l'on croit atteintes par le VIH et le VIH/sida, est justifiée.

Les défis lancés par le VIH/sida

L'épidémie du sida, et les problèmes médicaux, juridiques, financiers et professionnels qu'elle engendre, confrontent les victimes, mais aussi leur famille, les syndicats et les employeurs à de multiples défis. Les dirigeants syndicaux, les chefs d'entreprise, les spécialistes en ressources humaines et les cadres doivent faire face à des responsabilités de plus en plus mal définies, notamment en ce qui concerne la maîtrise des coûts, la confidentialité des renseignements médicaux personnels et l'obligation d'offrir des «aménagements raisonnables» à leurs salariés atteints du VIH ou du VIH/sida, sans parler de la protection des personnes atteintes, ou que l'on croit atteintes par la maladie, contre toute discrimination en matière de recrutement et d'avancement. Les personnes séropositives conservent maintenant leur emploi plus longtemps, si bien que les employeurs doivent prévoir un moyen de traiter équitablement et efficacement leurs salariés victimes de cette maladie pendant plus longtemps et, le plus souvent, sans avoir reçu la moindre formation ou les moindres conseils. Pour pouvoir bien gérer cette question, il faut se tenir au courant de toutes les nouvelles options thérapeutiques, des questions d'assurance maladie et du coût des soins, ainsi que des prescriptions légales et réglementaires. Il faut en outre prévoir des «aménagements raisonnables» et régler les problèmes que peut poser cette maladie: confidentialité et respect de la vie privée, discrimination, craintes du personnel, harcèlement envers les salariés séropositifs, préoccupations de la clientèle, interruptions de travail, actions en justice, baisse du rendement et mauvais moral des intéressés, tout en assurant la productivité et la rentabilité de l'entreprise et en s'efforçant d'atteindre les objectifs fixés.

Il s'agit d'un ensemble vaste et complexe de responsabilités qui dicte la conduite à tenir si l'on veut instaurer un programme d'information interne. Pour cela, il faut commencer par former les membres de l'encadrement et les inciter à considérer le VIH/sida en milieu de travail comme un facteur à part entière des stratégies et des objectifs à long terme de l'entreprise.

Face à la multitude de questions et de problèmes soulevés par cette épidémie et à la nécessité de trouver les moyens d'en limiter les répercussions sur l'entreprise, les employeurs peuvent néanmoins prendre des mesures suffisamment rentables pour limiter le plus possible les risques, réduire les frais médicaux, protéger l'avenir de leur entreprise et surtout, sauver des vies humaines.

Première étape: instaurer une réglementation interne concernant le VIH/sida

Pour gérer de manière efficace les difficultés que pose l'épidémie de VIH dans l'entreprise, on doit commencer par adopter une politique rationnelle. Celle-ci doit énoncer clairement les divers moyens auxquels l'entreprise aura recours pour faire face aux problèmes innombrables, mais surmontables, que pose le VIH/sida. Pour reprendre les termes de Peter Petesch, avocat de Washington spécialiste du droit du travail qui s'intéresse à la question du VIH/sida et à ses répercussions dans l'entreprise: «L'adoption d'une politique interne rationnelle, tenant compte des responsabilités de l'employeur à l'égard des travailleurs porteurs du virus ou de la maladie, permettra à l'entreprise d'éviter de créer, à ses dépens, un précédent».

Le fait d'adopter une politique interne ne fera pas disparaître comme par enchantement toutes les difficultés que peut poser l'attitude à adopter vis-à-vis d'un employé atteint d'une maladie mortelle à laquelle sont généralement associés des stigmates. Elle aura néanmoins le mérite de préparer l'entreprise à faire les efforts nécessaires pour limiter au maximum les risques et proté-

ger son personnel. Une telle politique doit être fondée notamment sur les principes suivants:

- établir une norme interne cohérente s'appliquant à l'ensemble du programme d'information de l'entreprise sur le VIH/sida;
- normaliser l'attitude et les communications de l'entreprise en ce qui concerne le VIH/sida;
- créer un précédent et fixer des critères régissant le comportement du personnel;
- faire savoir à tous les salariés où s'adresser pour obtenir des renseignements et de l'aide;
- apprendre aux cadres à gérer le problème du VIH/sida dans leur service.

Des mesures efficaces en matière de VIH devraient prévoir des directives sur le respect de la loi, la non-discrimination, la confidentialité et le respect de la vie privée, la sécurité, les normes de rendement, les «aménagements raisonnables», les préoccupations des collègues et l'information des salariés. Pour être efficaces, de telles mesures devraient être communiquées aux salariés à tous les échelons de la hiérarchie et bénéficier de l'appui franc et massif des cadres supérieurs et de la direction, y compris du président-directeur général, pour mettre en évidence l'urgence et l'importance des messages susmentionnés. En l'absence d'un tel degré d'engagement, une politique qui n'existerait que «sur le papier» risque de rester lettre morte.

L'élaboration d'une politique concernant le VIH/sida peut se faire selon deux démarches générales:

1. *La démarche axée sur le caractère potentiellement mortel de la maladie.* Certains employeurs décident de faire de leur politique concernant le VIH/sida un prolongement des mesures applicables à toutes les maladies ou invalidités qui peuvent être mortelles. Ces mesures prévoient généralement que le VIH/sida soit traité de la même façon que toutes les maladies de longue durée, à savoir avec compassion, tact et de façon non discriminatoire.
2. *La démarche axée spécifiquement sur le VIH/sida.* Cette démarche consiste à considérer le VIH/sida comme un problème de santé grave, susceptible d'avoir des conséquences en milieu de travail, et à prendre les mesures nécessaires. Outre l'énoncé de la stratégie proprement dite, cette approche est généralement assortie d'un volet pédagogique précisant que le VIH/sida n'est pas transmissible par contacts ordinaires en milieu de travail et que les salariés porteurs du VIH ou du VIH/sida ne mettent pas en danger la santé de leurs collègues ou des clients.

Deuxième étape: la formation des cadres moyens et supérieurs

Les cadres moyens et supérieurs doivent être parfaitement au courant des directives internes officielles de l'employeur concernant le VIH/sida. Il conviendrait que les cadres, à tous les échelons, disposent d'informations d'ordre médical claires et cohérentes, et qu'ils connaissent les risques — minimes — de transmission du virus ou de la maladie sur le lieu de travail. Dans les pays où il existe des lois antidiscriminatoires, les cadres doivent également en connaître les dispositions. Il faut citer ici, pour les États-Unis, la loi sur les Américains porteurs de handicap et ses dispositions en matière d'«aménagements raisonnables», de non-discrimination, de confidentialité et de protection de la vie privée, de normes sur la sécurité au travail et de rendement des salariés.

De même, tous les cadres devraient pouvoir répondre au pied levé aux questions du personnel sur le VIH/sida en milieu de travail et apaiser leurs inquiétudes. Souvent, les cadres subalternes sont les premiers à devoir fournir des renseignements, à recommander d'autres sources d'information et à donner aux salariés des réponses détaillées sur les aspects préoccupants de la séropositivité

et du VIH/sida et sur les comportements à adopter. Les cadres devraient donc recevoir une formation adéquate avant que des programmes d'information destinés aux salariés soient instaurés.

Troisième étape: l'information des salariés

Les programmes internes d'information sont des moyens peu coûteux et rentables auxquels on peut recourir pour réduire au minimum les risques, protéger la vie des salariés, maîtriser les dépenses de santé et sauver des vies humaines. M. MacAllister Booth, président-directeur général de la Polaroid Corporation, déclarait qu'il était moins coûteux d'assurer l'éducation et la formation concernant le VIH/sida de tout le personnel de l'entreprise que de traiter un seul cas.

Les programmes de bien-être et de promotion de la santé font déjà partie intégrante de la vie d'un nombre croissant de travailleurs, notamment ceux des organisations syndicales et des grandes entreprises. Les campagnes menées pour réduire les frais médicaux et les absences dues à des maladies qu'il est possible de prévenir mettaient l'accent sur les avantages qu'il y a à s'abstenir de fumer, à faire de l'exercice et à suivre un régime alimentaire sain et équilibré. Les programmes de bien-être s'appuyant sur les efforts qui visent à accroître la sécurité des lieux de travail et à protéger la santé des travailleurs sont déjà courants, car ils permettent de renseigner efficacement les salariés sur les questions de santé. Des programmes d'information sur le VIH/sida peuvent fort bien être intégrés à ces programmes.

En outre, certaines études ont montré que de nombreux salariés font confiance à leur employeur pour leur fournir des informations exactes sur toute une série de thèmes, y compris celui de la santé. La question du VIH/sida les inquiète et la plupart ne possèdent pas une compréhension suffisante des faits concernant l'épidémie, que ce soit sur le plan médical ou sur le plan juridique, et souhaitent en savoir plus.

D'après une étude du groupe new-yorkais d'entreprises sur la santé dont nous avons déjà parlé (voir p. 63) (Barr, Waring et Warsaw, 1991), les salariés ont généralement une bonne opinion des employeurs qui fournissent des informations sur le VIH/sida et — selon le genre de programme offert — estiment que ces derniers sont une source d'information plus fiable que les médias ou les pouvoirs publics. D'après les résultats de l'enquête sur l'attitude des travailleurs américains à l'égard du VIH/sida, qui a été effectuée par la Coalition nationale sur le sida, 96% des salariés ayant reçu des informations sur le VIH/sida en milieu de travail sont en faveur de ce type de sensibilisation.

En principe, la participation des salariés aux séances d'information devrait être obligatoire et le programme devrait durer au moins une heure et demie. Les séances devraient être dirigées par un instructeur compétent, capable d'exposer les données de façon objective et neutre. La possibilité de poser des questions devrait également être prévue, ainsi que celle d'obtenir de l'aide en toute confidentialité. Les initiatives internes concernant le VIH/sida devraient avoir un caractère permanent et non pas ponctuel; elles sont plus efficaces lorsqu'elles se conjuguent à des manifestations publiques soulignant l'ampleur du problème, telles que la Journée mondiale du VIH/sida. Enfin, un excellent moyen de débattre du VIH/sida avec les employés consiste à inviter une personne séropositive ou atteinte par la maladie à prendre la parole au cours d'une de ces séances. On a constaté que le contact direct avec une telle personne était particulièrement fructueux.

Enfin, un programme d'information ne saurait être complet sans des exposés sur les thèmes suivants:

- les aspects médicaux — la transmission du VIH, en insistant sur le fait qu'il ne peut pas être propagé par simple contact et qu'il est pratiquement impossible de le contracter en milieu de travail;

- les données d'ordre juridique, y compris les responsabilités de l'employeur et surtout l'importance de la confidentialité et du respect de la vie privée, ainsi que la nécessité de proposer des «aménagements raisonnables»;
- les questions d'ordre psychosocial et, notamment, la façon de réagir à l'égard d'un collègue porteur du VIH/sida et la réalité de la vie et du travail avec le VIH/sida;
- des directives sur les politiques de l'entreprise, sur les prestations sociales et sur l'information en la matière;
- de la documentation que les employés peuvent emporter pour apprendre aux membres de leur famille à se protéger;
- une information sur les ressources de la collectivité et sur les possibilités de passer un test anonyme de dépistage.

Certaines études signalent que les attitudes négatives à l'égard du VIH/sida peuvent être aggravées par une séance d'information ou de formation trop courte et peu approfondie, où le dialogue est insuffisant. On a également constaté que la simple distribution d'une brochure accroissait l'anxiété vis-à-vis de cette maladie. Lorsque la séance est de courte durée et que le sujet est abordé de façon superficielle, les participants assimilent une partie des renseignements donnés, mais repartent sans être rassurés, bien au contraire, sur la transmission du VIH. Par conséquent, il faut prévoir suffisamment de temps pour qu'une discussion en profondeur puisse avoir lieu et pour signaler d'autres sources de renseignements confidentiels. En principe, la participation à une séance de formation devrait être obligatoire, car la plupart des salariés hésitent à assister à des séances libres en raison des préjugés sur la séropositivité et le VIH/sida.

Exemples d'initiatives syndicales concernant le VIH/sida

Voici quelques exemples d'initiatives syndicales à caractère pédagogique et stratégique concernant le VIH/sida.

1. Le Syndicat international des gens de mer (Seafarers International Union) a instauré un programme d'information sur le VIH/sida qui fait partie des cours obligatoires des élèves à la Lundeberg School of Seamanship de Piney Point (Maryland). Les aspirants à cette profession peuvent suivre un cours de formation de quatorze semaines dans cette école; les marins professionnels peuvent assister à des cours gratuits pour se perfectionner et pour obtenir un diplôme correspondant au diplôme d'études secondaires. Les séminaires du syndicat sur le VIH/sida qui durent deux heures ont été conçus en partant du principe qu'il est nécessaire de donner une formation approfondie si l'on veut répondre aux besoins d'une catégorie de travailleurs appelés à voyager à l'étranger et à exercer leur métier en vase clos. Le cours de prévention du VIH fait partie d'un programme qui porte sur les pratiques d'embauche, la sécurité et la santé au travail et la maîtrise des dépenses de santé. La formation est complétée par la projection de cassettes vidéo traitant du VIH/sida sur le réseau de télévision de l'école, la publication d'articles dans sa gazette et la diffusion de brochures dans les bureaux syndicaux des ports. Des préservatifs sont également distribués gratuitement.
2. Le Syndicat international des salariés des services (Service Employees International Union (SEIU)) a décidé d'organiser des activités en liaison avec le VIH/sida en 1984, lorsque les employés de l'hôpital général de San Francisco affiliés à ce syndicat ont commencé à craindre les risques de transmission du VIH/sida. Il fallait impérativement apaiser ces craintes irrationnelles par des informations précises, tout en introduisant des mesures de précaution adéquates, pour que les travailleurs du secteur de la santé puissent continuer à dispenser des soins attentifs à leurs malades. Cette crise a incité le SEIU à instaurer son programme sur le VIH/sida, qui est un mo-

dèle de collaboration entre collègues, car les membres s'entraident pour répondre aux besoins d'information et de soutien moral. Le programme comprend des procédures de contrôle de la séropositivité dans les hôpitaux, certains membres du syndicat ayant demandé à bénéficier de programmes de formation sur le VIH/sida; par ailleurs, il encourage la direction de l'hôpital à coordonner ses initiatives avec celles du SEIU dans ce domaine.

3. Un important avantage de la façon dont le SEIU a abordé la question du VIH/sida est que ce syndicat a adopté des mesures et des programmes d'éducation de ses membres fondés sur des données scientifiques, ce qui démontre l'intérêt réel porté à toutes les personnes concernées par cette épidémie, y compris les travailleurs du secteur de la santé, les malades et le public en général. Le syndicat mène des campagnes actives de sensibilisation, tant à l'échelle nationale qu'internationale, dans le cadre de conférences et de réunions. Il est donc devenu le principal responsable de l'éducation des travailleurs immigrants à qui il enseigne la prévention du VIH ainsi que la conduite à tenir pour se protéger au travail des agents pathogènes à diffusion hémato-gène. Cet effort pédagogique tient compte de la langue maternelle ou préférée des principaux intéressés et des différences culturelles.

Conclusion

Les syndicats et les entreprises relevant efficacement les défis quotidiens posés par le VIH/sida dans les lieux de travail restent encore une minorité. Toutefois, nombreux sont ceux qui ont mis à la disposition d'autres entreprises ou organisations des modèles et des informations de plus en plus élaborées pour les aider à adopter des mesures efficaces en la matière. Les connaissances et l'expérience accumulées au cours des dernières années prouvent que des politiques bien conçues, des normes et pratiques appropriées, une direction avisée et l'éducation permanente des cadres et des salariés constituent des moyens sûrs de surmonter ces difficultés.

A mesure que les syndicats, les industriels et le milieu des affaires prennent conscience des conséquences de plus en plus graves du VIH/sida dans leurs secteurs, de nouveaux groupes se forment pour répondre à leurs besoins spécifiques. Le groupement d'entreprises thaïlandaises pour la lutte contre le VIH/sida, créé en 1993, incitera probablement d'autres groupes analogues à se former dans les pays de la région du Pacifique. Plusieurs groupes d'entreprises commerciales et industrielles d'Afrique centrale et australe ont programmé l'éducation des travailleurs et des initiatives analogues voient le jour au Brésil et dans les Caraïbes.

L'édition de 1993 du *Rapport sur le développement dans le monde: investir dans la santé* (Banque mondiale, 1993) examinait les interactions entre la santé humaine, la politique de santé et le développement économique. Ce rapport cite un certain nombre de cas où le VIH/sida représente une menace pour les stratégies et les initiatives de développement. Il explique comment il est devenu plus facile d'utiliser les compétences et les ressources mondiales en matière de financement et de développement, et de collaborer plus harmonieusement avec les responsables mondiaux du secteur de la santé publique pour élaborer des plans d'action plus efficaces dans le but de relever les défis économiques et commerciaux générés par le VIH/sida (Hammer, 1994).

Les syndicats et les employeurs constatent qu'en appliquant les politiques et les programmes d'information des salariés, avant même qu'ils ne soient confrontés à un cas de séropositivité, on peut réduire les perturbations éventuelles sur le lieu de travail, faire des économies tout en protégeant la santé des travailleurs, éviter des actions en justice coûteuses et préparer la direction et le personnel à relever efficacement les défis que pose le VIH/sida dans les lieux de travail. Les outils nécessaires pour gérer au jour

le jour les problèmes multiples et complexes liés à cette maladie sont facilement accessibles et peu coûteux. En fait, ils permettent de sauver des vies humaines et de maîtriser les dépenses.

● LA PROTECTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ: LES MALADIES INFECTIEUSES

William J. Schneider

La prévention et le contrôle des maladies infectieuses est l'une des principales responsabilités des services de santé des entreprises dans les régions où ces maladies sont endémiques, où les salariés sont exposés à des agents infectieux spécifiques auxquels la population peut être particulièrement sensible et où les services de santé publics sont déficients. Dans de telles circonstances, le directeur du service médical doit jouer le rôle d'agent de la santé publique auprès du personnel, tâche qui nécessite une surveillance de l'hygiène, de la salubrité des aliments et de l'eau et des vecteurs potentiels d'infection; elle nécessite en outre l'administration de vaccins lorsque cela est possible, ainsi qu'une détection précoce et un traitement rapide des infections.

Dans les zones urbaines développées où les salariés sont en assez bonne santé, on se préoccupe moins des maladies infectieuses que d'autres problèmes, mais la prévention et la maîtrise de ces maladies demeurent néanmoins une responsabilité importante des services de santé au travail. En vertu de leur prévalence dans toutes les tranches d'âge (y compris évidemment celles dont les membres sont les plus susceptibles d'occuper un emploi) et de leur capacité intrinsèque de propagation en raison même de la promiscuité qui caractérise un cadre de travail typique, les maladies infectieuses constituent une cible privilégiée de tout programme de promotion de la santé du personnel. Toutefois, les efforts déployés par les services de santé au travail pour lutter contre cette menace sont souvent passés sous silence. Ce manque d'intérêt peut être attribué au fait que ces efforts, qui prennent par exemple la forme de programmes saisonniers de vaccination contre la grippe, sont généralement considérés comme une simple affaire de routine. En outre, si les activités de ce type ne sont pas mentionnées, c'est parce qu'elles ne sont pas nécessairement liées aux initiatives générales de promotion de la santé, mais font partie intégrante du programme général de protection de la santé du personnel. Par exemple, les examens médicaux périodiques que passent les salariés sont généralement l'occasion — tout en leur prodiguant des soins et des conseils — de les mettre en garde contre les dangers des maladies infectieuses. Même si elles ne s'inscrivent pas dans le cadre d'un programme officiel, toutes ces initiatives peuvent fort bien être regroupées pour former une stratégie globale de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

Ces activités peuvent prendre des formes diverses: diffusion d'information et éducation du personnel; campagnes de vaccinations; réaction aux épidémies; protection de la santé des voyageurs; contacts avec les membres de la famille et mise à jour des connaissances. Pour illustrer la façon dont ces initiatives peuvent être regroupées dans le cadre d'un programme global de protection de la santé d'un grand nombre de travailleurs dans une région urbaine, des cols blancs pour la plupart, nous décrivons ci-après celui de la société J. P. Morgan and Company, Inc., dont le siège se trouve à New York. Bien que possédant certains traits originaux, ce programme ressemble à ceux de la plupart des grandes entreprises.

J.P. Morgan and Company, Inc.

J.P. Morgan and Company, Inc. est une entreprise qui offre toute une gamme de services financiers dans le monde entier. Elle a son siège social à New York où travaillent environ 7 500 de ses 16 500 employés et possède des succursales de taille diverse dans d'autres régions des États-Unis et au Canada, ainsi que dans les principales villes d'Amérique latine, d'Australie, d'Asie et d'Europe.

Les grandes succursales sont dotées de services médicaux depuis le début du siècle; après la fusion de J.P. Morgan avec Guaranty Trust Company, le service médical du personnel a évolué. Il n'offre plus uniquement des services médicaux courants, mais également toute une palette de prestations gratuites: examens médicaux périodiques, vaccinations, soins primaires externes, programme d'assistance aux salariés et d'information sur la santé. L'équipe médicale, qui se trouve à New York, est d'autant plus efficace que la majorité de l'effectif de Morgan se trouve concentrée dans un petit nombre de bureaux centraux.

La diffusion de l'information

La diffusion de l'information est en principe la pierre angulaire de tout programme de promotion de la santé et, sans doute, la formule la plus simple à appliquer, quelles que soient les ressources dont on dispose. Fournir des renseignements précis, utiles et compréhensibles, en les adaptant, au besoin, en fonction de l'âge, de la langue, de l'origine ethnique et du niveau d'instruction des salariés, sert non seulement à leur éducation, mais également à corriger les idées fausses, à exposer des stratégies de prévention efficaces et à orienter les salariés vers les ressources nécessaires soit à l'intérieur soit hors de l'entreprise.

Cette information peut revêtir de multiples formes: documentation pouvant être distribuée aux salariés à leur poste de travail, à domicile ou dans les bureaux centraux; bulletins ou publications que l'on peut se procurer en s'adressant notamment à des organismes publics ou bénévoles du secteur de la santé, à des entreprises pharmaceutiques ou commerciales; parfois également documents internes, si l'entreprise a les moyens d'en produire.

Les conférences et séminaires peuvent se révéler plus utiles encore, surtout lorsqu'ils permettent aux travailleurs de poser les questions qui les intéressent personnellement. En revanche, ils ont l'inconvénient de devoir être facilement accessibles et exigent que l'employeur et le personnel y consacrent plus de temps; en outre, l'anonymat ne peut y être respecté, ce qui peut poser certains problèmes.

Le VIH/sida

A en juger d'après notre expérience en la matière, l'infection par le VIH peut être considérée comme un domaine de prédilection pour ce genre d'activité. Les premiers cas ont été signalés en 1981 et nous avons eu connaissance de la présence de nouveaux cas parmi notre personnel dès 1985. En 1986, les employés d'une de nos succursales en Europe (où aucun cas de maladie n'avait encore été déclaré) ont demandé que l'on organise des séances d'information sur le VIH/sida à cause, notamment, de la campagne de sensibilisation menée par les médias locaux. Étaient présents le directeur médical de la société et un spécialiste en maladies infectieuses d'un hôpital universitaire de la région. L'auditoire était composé pour près de 10% du personnel de l'établissement en question, en majorité des femmes (80%). Ces exposés et les suivants ont principalement porté sur la transmission du virus et sur les stratégies de prévention. Comme en témoigne la composition de l'assistance, le problème de la propagation chez les hétérosexuels suscitait de vives inquiétudes.

Le succès de cette initiative a facilité l'élaboration, l'année suivante, d'un programme beaucoup plus ambitieux au siège de New York. Avant les séances d'information proprement dites, un bulletin et une brochure contenant des renseignements succincts

sur la maladie, des affiches et d'autres types d'annonces ont rappelé aux intéressés la date, l'heure et l'endroit où auraient lieu les exposés, et la direction a vivement encouragé le personnel à s'y rendre. Grâce à la collaboration de la direction et à cause des inquiétudes que la maladie suscitait dans la collectivité, 25 à 30% de l'effectif des différents sites ont participé aux divers exposés.

Au cours des débats, le directeur médical de la société a annoncé que des cas avaient été déclarés parmi le personnel et a expliqué que l'entreprise maintiendrait ces salariés dans leurs fonctions tant que leur état de santé leur permettrait de bien accomplir leurs tâches. Il a exposé la politique de la société en matière de maladies potentiellement mortelles et précisé que le service médical offrait la possibilité de se soumettre à un examen de dépistage confidentiel. Une vidéo éducative sur la maladie a été projetée aux participants, puis un expert des services municipaux de santé a pris la parole. Cet exposé a été suivi d'une série de questions-réponses et, à la fin de la séance, des dossiers d'information sur l'infection par le VIH et sur les mesures préventives ont été remis à tous les participants.

La réaction du personnel a été très positive. Alors que d'autres entreprises connaissaient toutes sortes de problèmes dus à la présence de salariés séropositifs, Morgan n'en a eu aucun. Une enquête indépendante menée auprès des salariés (et de ceux de plusieurs autres entreprises ayant des programmes analogues) a révélé que les participants se félicitaient d'avoir pu assister à de telles séances et que les informations fournies étaient bien plus utiles que celles qu'ils avaient pu obtenir par ailleurs (Barr, Waring et Warshaw, 1991).

De nouvelles séances d'information sur l'infection par le VIH ont été organisées en 1989 et en 1991, mais la participation a peu à peu diminué. Cette désaffection progressive est sans doute due d'une part, au phénomène de saturation et, d'autre part, au fait que la maladie s'était propagée plutôt chez les chômeurs de longue durée (dans la région); concrètement, le nombre de nouveaux cas connus d'infection dans l'entreprise par le VIH a considérablement diminué après 1991.

La maladie de Lyme

Entre-temps, la maladie de Lyme, affection bactérienne transmise par les piqûres de tiques dans les banlieues et les lieux de villégiature locaux, a fait son apparition parmi nos salariés. Un exposé sur le sujet, complété par une documentation, a suscité beaucoup d'intérêt en 1993. Parmi les principaux sujets abordés à cette occasion figuraient la détection des symptômes de la maladie, son dépistage, son traitement et surtout sa prévention.

D'une manière générale, les programmes axés sur la diffusion d'informations, que ce soit sous une forme écrite ou de vive voix, doivent être plausibles, compréhensibles, pratiques et pertinents. Ils doivent servir à sensibiliser les principaux intéressés, à leur faire connaître les moyens de prévention individuelle, ainsi que le moment et la façon de s'adresser à un spécialiste. Par ailleurs, ils doivent servir à dissiper les craintes injustifiées.

Les programmes de vaccination

Les campagnes de vaccination en milieu professionnel répondent à un important besoin dans le domaine de la santé publique et elles peuvent présenter certains avantages concrets, non seulement pour les salariés auxquels elles sont destinées, mais aussi pour l'entreprise en général. Dans les pays développés, de nombreux employeurs ne possédant pas de service médical s'organisent pour faire venir dans l'entreprise des équipes extérieures qui se chargent sur place de vacciner les salariés.

La grippe. Alors que la plupart des vaccinations assurent une protection pendant de nombreuses années, le vaccin antigrippe doit être administré tous les ans, non seulement à cause de l'évolu-

tion constante du virus, mais aussi en raison de la baisse de l'immunité du sujet. Étant donné que la grippe est une maladie saisonnière qui sévit généralement en hiver, le vaccin doit être administré en automne. Les salariés ayant le plus besoin d'être vaccinés sont les travailleurs âgés et ceux qui sont atteints d'affections chroniques ou d'immunodéficiences: diabète, troubles pulmonaires, cardiaques ou rénaux. Le personnel des établissements de soins devrait être encouragé à se faire vacciner, non seulement parce qu'il est le plus exposé, mais aussi parce qu'il faut pouvoir compter sur sa présence en cas d'épidémie grave. Une étude montre que la vaccination des travailleurs adultes contre la grippe est également très bénéfique tant sur le plan sanitaire que sur celui de l'économie. Puisque cette maladie peut couramment entraîner une incapacité de travail d'une semaine ou plus, qu'elle frappe souvent plusieurs personnes du même service simultanément, qu'elle nuit à la productivité, les employeurs ont intérêt à recourir à cette méthode de vaccination relativement bénéfique et peu coûteuse, en particulier lorsque les autorités publiques prévoient une évolution sensible du virus et annoncent une grave épidémie.

Le principal obstacle à l'efficacité des programmes de vaccination contre la grippe (ou de tout autre programme analogue) demeure sans doute la réticence des salariés. Pour parvenir à les convaincre, il faut bien les renseigner sur la nécessité et la possibilité de se faire vacciner, tout en rendant la vaccination facilement accessible. Il conviendrait de les informer par tous les moyens, en précisant tous les cas où la vaccination s'impose, en insistant sur l'innocuité relative du vaccin et en expliquant la marche à suivre.

Le temps nécessaire pour se rendre chez le médecin de famille et les inconvénients que ce déplacement peut entraîner dissuadent bien des personnes; les programmes les plus efficaces sont donc ceux qui assurent un service de vaccination sur place, pendant les heures de travail et dans des délais les plus courts possible. Enfin, les frais, qui constituent un obstacle non négligeable, devraient être substantiellement réduits, voire entièrement pris en charge soit par l'employeur, soit par le régime d'assurance maladie collective.

La publicité et les programmes d'incitation contribuent par ailleurs à convaincre les salariés. Lorsque les médias annoncent une menace d'épidémie de grippe, les salariés ressentent le besoin de se faire vacciner. En 1993, pour inciter tous les salariés à faire vérifier leur carnet de vaccination et à mettre à jour leurs vaccins, la direction médicale de Morgan a offert à ceux qui acceptaient de participer des billets de loterie dont les prix étaient des actions de la compagnie. Cette année-là, le nombre d'employés qui se sont fait vacciner a augmenté de moitié par rapport à l'année précédente.

La diphtérie et le tétanos. Parmi les autres vaccins recommandés aux adultes en bonne santé et en âge de travailler, il faut citer ceux contre la diphtérie et le tétanos et, éventuellement, contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. La vaccination antidiphtérique-antitétanique est conseillée tous les dix ans, pendant toute la vie, à supposer que le sujet ait reçu ses primovaccinations. On constate que c'est avec cet intervalle qu'il est le plus facile de confirmer l'immunité et d'administrer le vaccin à l'occasion des visites médicales périodiques (voir ci-après), sans empêcher pour autant le lancement d'une campagne générale de vaccination, comme celle qui s'est déroulée dans le cadre du programme incitatif mentionné ci-dessus.

La rougeole. Les services de la santé publique recommandent la vaccination à toute personne née après 1956, ne pouvant prouver qu'elle a reçu deux doses de vaccin contre la rougeole à son premier anniversaire, ou après, ou qu'elle a contracté la maladie, avec confirmation par un médecin ou par un laboratoire spéciali-

sé. Ce vaccin peut être facilement administré pendant un examen médical d'embauche ou dans le cadre d'une campagne interne de vaccination.

La rubéole. Les services de la santé publique recommandent à chacun de posséder une preuve médicale de vaccination contre la rubéole ou les résultats d'examens de laboratoire confirmant l'immunité contre cette maladie. La vaccination contre la rubéole est surtout importante pour les travailleurs du secteur de la santé, et dans leur cas, elle peut même être obligatoire.

Rappelons qu'il est indispensable de s'assurer que les travailleurs sont bien immunisés contre la rubéole et ce par des campagnes de vaccination, au moment du recrutement, ou encore dans le cadre des visites médicales périodiques. Les personnes qui doivent être vaccinées contre la rubéole peuvent recevoir le vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole). Des examens sérologiques peuvent être effectués avant la vaccination pour vérifier si une personne est immunisée, mais cette formule n'est probablement pas rentable.

L'hépatite B. Comme l'hépatite B est transmise par contact sexuel et par contact direct avec du sang ou d'autres fluides biologiques, les premiers efforts d'immunisation ont été axés sur les populations à haut risque, comme les professionnels de la santé et les personnes ayant de nombreux partenaires sexuels. En outre, à cause de la prévalence accrue de la maladie dans certaines régions géographiques comme l'Extrême-Orient et l'Afrique subsaharienne, la priorité a été accordée à tous les nouveau-nés de ces régions et aux personnes qui s'y rendent fréquemment ou qui y font des séjours prolongés. Aux Etats-Unis et dans d'autres pays, la vaccination de tous les nouveau-nés a été proposée, car on considère que c'est une stratégie plus efficace pour immuniser les sujets vulnérables.

Dans l'entreprise, l'immunisation contre l'hépatite B s'adresse principalement au personnel des services de santé, étant donné les risques de contact direct avec du sang. En fait, aux Etats-Unis, les règlements officiels exigent qu'on informe ce personnel et toute autre personne susceptible d'intervenir dans des urgences médicales qu'il leur est conseillé de se faire vacciner contre l'hépatite B, tout en leur précisant les précautions générales à prendre. Il faut dès lors prévoir les services de vaccination nécessaires.

Par conséquent, dans le cas particulier de Morgan, les renseignements sur l'immunisation contre l'hépatite B sont communiqués à trois niveaux: dans le cadre de discussions sur les maladies sexuellement transmissibles comme le VIH/sida; lors d'exposés destinés à informer le personnel de santé et des services d'urgence des risques et des précautions à prendre au cours de leurs activités professionnelles; lorsque des employés et leur famille doivent être envoyés en mission dans des régions où l'hépatite B est endémique. Les services de vaccination sont assurés parallèlement à ces programmes.

L'hépatite A. Cette maladie, qui est généralement transmise par des denrées alimentaires ou de l'eau contaminées, est beaucoup plus répandue dans les pays en développement que dans les pays industriels. Les efforts de protection sont donc axés sur les personnes qui voyagent dans les régions à risque ou sur celles qui sont en contact avec des sujets atteints et dont la maladie a été récemment diagnostiquée.

Etant donné qu'il existe maintenant un vaccin efficace et sans danger contre l'hépatite A, on vaccine les personnes se rendant dans les pays en développement et celles qui sont appelées à côtoyer des sujets atteints et dont la maladie a été confirmée par un diagnostic récent. S'il ne reste pas suffisamment de temps avant le départ pour obtenir les anticorps voulus, un sérum à base d'immunoglobulines peut être administré simultanément.

Dès lors, les efforts de vaccination peuvent être axés sur un groupe cible plus large. Il faudrait au moins que les personnes qui voyagent fréquemment et les habitants des régions où la maladie est endémique soient vaccinés; on devrait également étendre la couverture vaccinale aux personnes qui manipulent des produits alimentaires en raison des risques de transmission.

Avant de procéder à la vaccination, il conviendrait de rechercher d'éventuelles contre-indications telles qu'une hypersensibilité à l'un des composants du vaccin et, dans le cas de vaccins vivants comme ceux contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, tenir compte d'une immunodéficience éventuelle ou d'une grossesse en cours ou prévisible. Il est nécessaire de fournir à l'intéressé tous renseignements utiles sur les risques éventuels et de lui faire signer une décharge, car il existe toujours un risque de réaction, même minime.

Les entreprises dotées d'un service médical interne peuvent évidemment réaliser par son entremise un programme de vaccination du personnel. Les autres peuvent faire assurer les services de vaccination soit par des médecins, soit par des infirmières ou infirmiers locaux, soit par des hôpitaux ou des centres de santé, soit encore par des services de l'Etat.

La réaction aux épidémies

Il est à proprement parler peu d'événements qui suscitent autant d'attention et d'inquiétude, dans un service particulier ou dans toute l'entreprise, que le fait d'apprendre qu'un collègue est atteint d'une maladie contagieuse. Il faut impérativement que le service médical identifie les personnes atteintes et isole tant le cas source que les cas secondaires, et qu'il diffuse des renseignements sur cette maladie afin d'apaiser les craintes des salariés pensant avoir été exposés. Certaines entreprises, dans l'espoir de minimiser une éventuelle anxiété, se contentent d'informer ceux ayant pu entrer en contact avec des sujets contagieux. D'autres, conscientes du fait que la rumeur va se répandre et que la nouvelle risque d'être déformée au point de déclencher une vague d'inquiétude, profiteront de l'occasion pour mettre tous les employés au courant des risques de propagation de la maladie et des précautions à prendre. Morgan a connu plusieurs incidents de ce genre liés à trois maladies: la tuberculose, la rubéole et la gastro-entérite due à une intoxication alimentaire.

La tuberculose. La tuberculose est redoutée à juste titre, en raison de sa morbidité potentiellement élevée, notamment depuis l'accroissement des cas de bactéries multirésistantes aux médicaments. En ce qui nous concerne, c'est avec la nouvelle de l'hospitalisation et du diagnostic définitif des premiers cas que nous avons appris l'existence de la maladie dans l'entreprise; fort heureusement, le nombre de cas secondaires a été très limité et il ne s'agissait que de virages de cuti-réactions.

En pareil cas, les services de santé publique sont généralement avertis, et il est recommandé aux personnes ayant été en contact avec un malade de se soumettre à une cuti-réaction de base ou à une radiographie thoracique; les tests cutanés sont renouvelés dix ou douze semaines plus tard. Les personnes qui, après avoir eu une réaction négative au premier test cutané, ont une réaction positive au test suivant, doivent passer une radiographie thoracique. Si les résultats sont positifs, ces personnes doivent être traitées; s'ils sont négatifs, on prescrit une prophylaxie à l'isoniazide.

A chaque étape du processus, des séances à la fois collectives et individuelles d'information sont organisées. L'inquiétude manifestée est généralement disproportionnée par rapport aux risques et les réunions d'information consistent pour l'essentiel à rassurer les intéressés et à prévoir un suivi prudent.

La rubéole. Chez Morgan, des cas de rubéole ont été diagnostiqués à l'occasion des visites médicales du personnel. Pour éviter

tout nouveau contact, les salariés en cause sont renvoyés chez eux, même s'il n'existe qu'une présomption clinique de la maladie. Après confirmation sérologique, en principe dans les quarante-huit heures, des enquêtes épidémiologiques sont effectuées pour détecter d'autres cas éventuels, et on informe le personnel de la situation. Bien que les personnes visées par ces programmes soient surtout des femmes, qui peuvent être enceintes et qui ont pu être exposées, cette première manifestation de la maladie a été également l'occasion de vérifier que les vaccinations de tous les salariés étaient à jour et de proposer de vacciner tous ceux et celles qui en auraient éventuellement besoin. Là aussi, il convient d'informer les services de santé publique et de tirer parti de leur aide et de leur compétence pour répondre aux besoins de l'entreprise.

L'intoxication alimentaire. Morgan n'a connu qu'un cas de maladie par intoxication alimentaire remontant à plusieurs années. Il s'agissait d'une intoxication par staphylocoques, imputable à un employé des services de restauration porteur d'une lésion cutanée à la main. Plus de cinquante clients du restaurant de l'entreprise avaient contracté une maladie spontanément résolutive, caractérisée par des nausées, des vomissements et des diarrhées, qui s'est déclarée environ six heures après avoir consommé de la salade de viande de canard froide; le problème a été réglé en vingt-quatre heures.

Dans ce cas précis, on s'est surtout employé à sensibiliser les employés des services de restauration aux signes et symptômes de maladie qui devraient les inciter à s'arrêter de travailler et à consulter un médecin. Certaines initiatives ont été prises au niveau de la direction et de nouvelles mesures ont été adoptées. Il s'agissait :

- de sensibiliser les chefs de service à la responsabilité qui leur incombe de faire subir un examen médical aux travailleurs manifestant des signes de maladie;
- de tenir des séances d'information périodiques à l'intention de tout le personnel des services de restauration afin de lui rappeler les précautions à prendre;
- de s'assurer que ces travailleurs portent des gants à usage unique.

Deux entreprises du voisinage ont également eu des problèmes d'intoxication alimentaire. Dans un cas, l'hépatite A a été transmise à quelques salariés par un employé du restaurant de l'entreprise; dans l'autre, un certain nombre d'employés ont eu une toxoinfection alimentaire à la salmonelle après avoir consommé un dessert à base d'œufs crus dans un restaurant de la ville. Dans le premier cas, les efforts d'information de l'entreprise ont été axés sur le personnel de restauration; dans le deuxième, des renseignements sur les divers aliments à base d'œufs crus — et les risques qu'ils comportent — ont été communiqués à tout le personnel.

Les interventions individuelles

Alors que les trois expériences décrites ci-dessus correspondent au schéma-type de promotion de la santé qui vise sinon l'ensemble, du moins une grande partie du personnel, la plupart des activités dans des entreprises comme Morgan reposent, en ce qui concerne les maladies infectieuses, sur les échanges individuels. Ces interventions sont rendues possibles grâce aux visites médicales d'embauche, aux visites médicales périodiques ou de préretraite, aux demandes de renseignements lors de voyages à l'étranger et aux autres consultations du service médical.

Les examens médicaux d'embauche. Les postulants examinés à l'occasion du recrutement sont généralement jeunes, en bonne santé, peu susceptibles d'avoir reçu récemment des soins médicaux. Ils ont souvent besoin d'être vaccinés contre la rougeole, la rubéole ou la diphtérie et le tétanos. En outre, les employés pouvant être affectés à des services où les risques de transmission de

maladies sont plus élevés, comme les services médicaux ou de restauration, bénéficient des recommandations d'ordre préventif qui s'imposent.

Les visites médicales périodiques. L'examen médical périodique est également l'occasion de s'assurer que les vaccinations sont à jour, de parler des risques liés à certaines maladies chroniques et d'expliquer les précautions à prendre. Par exemple, il est nécessaire de vacciner chaque année contre la grippe les diabétiques et les asthmatiques et de donner aux diabétiques des instructions sur les soins podologiques pour éviter une infection locale.

Les informations les plus récentes sur les maladies infectieuses doivent être communiquées, notamment aux sujets qui ont des problèmes reconnus de santé. Par exemple, l'annonce d'une épidémie colibacillaire imputable à la consommation de viande hachée mal cuite intéresse l'ensemble du personnel, alors que les risques de contracter la cryptosporidiose en allant nager dans des piscines publiques concernent plus particulièrement les personnes séropositives ou atteintes d'autres types d'immunodéficience.

Les visites médicales préalables à la retraite. Il faudrait recommander vivement aux salariés qui passent un examen médical en prévision de leur retraite de se faire administrer un vaccin anti-pneumococcique et leur conseiller de se faire vacciner chaque année contre la grippe.

Les précautions à prendre avant un voyage. Le développement des affectations et des déplacements professionnels à l'étranger, de même que la vogue des voyages touristiques, font augmenter sans cesse le nombre de personnes nécessitant une protection contre des maladies infectieuses qui n'existent pas dans leur propre pays. Les visites médicales effectuées avant le départ doivent comporter un examen des antécédents médicaux pour déceler toute vulnérabilité personnelle susceptible d'accroître les risques pendant le voyage ou l'affectation en question. Un bon exemple — qui n'est pas rare — est celui de la femme enceinte qui envisage de se rendre dans une région où sévit un paludisme à souches résistant à la chloroquine, ne lui laissant pour seule alternative qu'un autre type de prophylaxie antipaludéenne qui peut être contre-indiqué pendant la grossesse.

Il importe de fournir des informations complètes sur les maladies infectieuses répandues dans les régions de destination, en particulier sur leurs modes de transmission, les techniques de prévention et les méthodes prophylactiques, de même que sur les symptômes caractéristiques et la conduite à tenir pour les faire traiter en cas d'apparition. Et, bien sûr, administrer les vaccins requis.

Les consultations du service médical. Dans la plupart des entreprises, le service médical est en mesure de traiter les premiers symptômes de maladie; certaines entreprises, comme Morgan, assurent une gamme étendue de services de soins primaires. Chaque visite est l'occasion de procéder à des interventions (vaccinations) et de donner des conseils à caractère préventif (diffusion d'informations sur les précautions à prendre contre les affections sous-jacentes ou les risques d'exposition). Cette formule offre un avantage, car si l'employé s'adresse spontanément au service médical c'est le signe qu'il est probablement plus réceptif aux conseils prodigués qu'il ne le serait si ces mêmes renseignements lui étaient communiqués dans le cadre d'une campagne générale d'information. Le professionnel de la santé devrait profiter de ces visites pour mettre à la disposition du salarié les informations requises, ainsi que les vaccins ou médicaments prophylactiques nécessaires.

L'extension des services aux membres de la famille. Bien que la médecine du travail s'adresse d'abord et avant tout au travailleur à qui l'entreprise se doit de garantir la santé et le bien-être, elle

doit aussi orienter ses efforts de promotion de la santé vers les membres de sa famille. De toute évidence, la plupart des objectifs signalés plus haut s'appliquent aussi aux autres adultes de la famille et, quoiqu'ils ne puissent pas bénéficier du service médical de l'entreprise en général, des informations peuvent fort bien leur être communiquées par le truchement de bulletins et de brochures, ainsi que par contacts personnels.

Il convient également de se préoccuper de la santé des enfants, surtout en raison de l'importance de la vaccination au cours de la petite enfance. Le fait est que l'on néglige souvent de faire les vaccins nécessaires, ou du moins certains vaccins, non seulement dans les milieux défavorisés, mais aussi dans les milieux plus aisés. Des séminaires sur les soins à donner aux enfants et des documents d'information publiés par l'employeur ou par sa compagnie d'assurance maladie peuvent contribuer à améliorer la situation à cet égard. En outre, il est bon de modifier la couverture du régime d'assurance maladie pour y inclure des mesures prophylactiques comme les vaccinations, car on pourrait ainsi inciter les parents à leur porter toute l'attention qu'elle mérite.

La nécessité de se tenir au courant

Bien que l'avènement des antibiotiques vers le milieu du XX^e siècle ait laissé espérer une éradication prochaine des maladies infectieuses, l'expérience a en fait prouvé le contraire. Non seulement de nouvelles maladies infectieuses sont apparues (VIH et maladie de Lyme, par exemple), mais certains agents infectieux sont toujours plus résistants à des médicaments qui étaient efficaces auparavant (paludisme, tuberculose, etc.). Il est donc impératif que les professionnels de la santé au travail se tiennent au courant de l'évolution des connaissances dans le domaine des maladies infectieuses et de leur prophylaxie. Bien qu'il existe une foule de possibilités, certains rapports et bulletins périodiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'organismes de santé nationaux, comme les centres de lutte contre la maladie (US Centers for disease Control and Prevention (CDC)), aux Etats-Unis, sont particulièrement utiles.

Conclusion

La prévention et la lutte contre les maladies infectieuses dans l'entreprise constituent une des principales responsabilités des employeurs en matière de santé. Il leur appartient notamment d'identifier les sujets contaminés, de les isoler et de leur donner le traitement qui leur convient, en évitant qu'ils transmettent ces infections à leurs collègues et aux membres de leur famille. Il leur appartient aussi d'apaiser les craintes des personnes qui pensent avoir été en contact. Enfin, il convient d'éduquer et de protéger dûment les employés exposés à ce type de maladies dans leur cadre de travail ou ailleurs. Les services médicaux d'entreprise (voir ci-dessus la description des activités de J. P. Morgan and Company, Inc., à New York) ont un rôle à jouer à cet égard dans l'intérêt des employés, de l'entreprise dans son ensemble et de la collectivité.

● LA PROTECTION DE LA SANTÉ DU VOYAGEUR

Craig Karpilow

A une époque où les organisations multinationales se multiplient et où le commerce international est en pleine expansion, les salariés sont de plus en plus souvent appelés à entreprendre des voyages d'affaires. Ils sont aussi plus nombreux à passer leurs

vacances dans des contrées éloignées en compagnie de leur famille. Si, pour la plupart des gens, ces voyages sont passionnants et agréables, ils peuvent être pénibles, voire périlleux, surtout pour ceux qui ne sont pas bien préparés. Il peut bien sûr arriver qu'on se trouve dans des situations dangereuses, mais la plupart des problèmes liés aux voyages ne sont pas très graves. Pour les touristes, ces problèmes sont surtout source d'inquiétude et de désagrément, voire de déception ou de dépenses inattendues s'ils se voient contraints d'interrompre leur voyage et de prendre de nouvelles dispositions. En revanche, pour les personnes en voyages d'affaires, des difficultés de cet ordre peuvent avoir des répercussions graves sur l'entreprise, car elles peuvent nuire au bon déroulement des négociations ou autres démarches que leurs représentants sont censés mener, sans parler des frais que peut causer l'annulation ou le report d'une mission ou encore la nécessité d'envoyer un remplaçant pour terminer le travail.

Cet article propose un programme global destiné à la protection des personnes faisant de courts voyages d'affaires et décrit brièvement les diverses précautions à prendre pour se prémunir des risques les plus fréquents (le lecteur pourra consulter d'autres sources, par exemple, Karpilow, 1991, pour obtenir des renseignements sur les programmes destinés aux personnes envoyées en longues missions à l'étranger et sur les programmes s'adressant à des services entiers ou à des groupes de salariés affectés à des postes de travail éloignés).

Le programme complet de protection du voyageur

Les entreprises, surtout celles qui envoient souvent des collaborateurs en déplacement à l'étranger, organisent des séminaires sur la gestion des risques inhérents aux voyages dans le cadre des programmes de promotion de la santé au travail. Ces entreprises disposent souvent d'un service des voyages qui peut être chargé d'organiser des séances d'information et de se procurer les dépliants et autre documentation. L'éducation du futur voyageur et les services éventuellement nécessaires sont toutefois assurés, la plupart du temps, sur une base individuelle plutôt que collective.

En principe, cette tâche incombe au service médical de l'entreprise qui se compose d'un médecin-conseil ou d'un autre professionnel de la santé, chargé de renseigner les salariés envisageant de partir en voyage. Outre la commodité d'accès, l'existence d'un tel service dans l'entreprise même comporte les avantages suivants: connaissance de l'entreprise, de ses politiques et de son personnel; possibilité de collaboration étroite avec d'autres services concernés (services du personnel et des voyages); accès aux dossiers médicaux contenant des renseignements sur l'état de santé des salariés qui doivent voyager, y compris sur les difficultés rencontrées lors de voyages antérieurs; et connaissance générale de la nature et de l'intensité du travail à accomplir pendant le voyage.

Lorsqu'il n'existe pas de service médical dans l'entreprise, le voyageur peut être envoyé dans un des services de pathologie tropicale dont sont dotés de nombreux hôpitaux publics et établissements médicaux privés. Ces services présentent notamment l'avantage de mettre les voyageurs en contact avec un personnel médical spécialisé dans la prévention et le traitement des maladies des voyageurs, de connaître parfaitement les pathologies propres aux régions à visiter et de posséder des lots frais de tous les types de vaccins requis.

Pour qu'un programme de protection du voyageur soit vraiment complet, il devrait comprendre un certain nombre d'éléments examinés ci-après.

Une politique précise

Bien que les déplacements à l'étranger soient le plus souvent décidés longtemps à l'avance, on attend souvent le dernier moment pour prendre les mesures de protection qui s'imposent

quand bien même on les prend. Par conséquent, il est indispensable que l'entreprise dispose d'un règlement écrit à cet égard. Comme la plupart des personnes entreprenant des voyages d'affaires sont des cadres supérieurs, cette politique devrait être décidée et cautionnée par le président-directeur général de l'entreprise afin qu'elle soit appliquée par tous les services s'occupant des missions et des préparatifs de voyage, lesdits services pouvant être dirigés par des cadres de rang inférieur. Dans leur règlement, certaines entreprises interdisent expressément à leurs salariés de partir en voyage d'affaires s'il n'ont pas reçu l'agrément du service médical. Certains règlements sont tellement détaillés qu'ils précisent même à partir de quelle taille et de quel poids les salariés sont autorisés à voyager en classe affaires, plus coûteuse, plutôt que dans les sections économique ou touristique plus fréquentées des vols commerciaux; ils peuvent aussi spécifier dans quelles circonstances le voyageur peut être accompagné de son conjoint ou d'autres membres de sa famille.

La préparation du voyage

Le chef du service médical ou le professionnel de la santé responsable devrait participer à la préparation de l'itinéraire avec l'agence de voyages et le supérieur du salarié concerné en tenant compte des questions suivantes: 1) importance de la mission et de ses aspects connexes (y compris obligations sociales); 2) exigences du voyage et maladies endémiques dans les régions visitées; 3) état de santé physique et mental du voyageur, ainsi que son aptitude à supporter les rigueurs de l'expérience tout en s'acquittant bien de son travail. Idéalement, il faudrait que le voyageur soit consulté si l'on décide de reporter ou d'annuler son voyage, de raccourcir ou de modifier l'itinéraire ou la mission (nombre de personnes à voir ou nombre et durée des réunions, par exemple), s'il doit se faire accompagner par un collaborateur ou encore pour établir les pauses ou les périodes de repos dans l'itinéraire.

La visite médicale avant le départ

Si le candidat au départ n'a pas eu de bilan de santé récent, il conviendrait de procéder à un examen clinique général complété par les analyses de laboratoire habituelles, y compris un électrocardiogramme, pour s'assurer qu'il tolérera bien les rigueurs du voyage proprement dit et les autres circonstances. Il faut évaluer l'état de santé des personnes souffrant de maladies chroniques et recommander certaines adaptations, dans le cas des diabétiques, des sujets immunodéprimés ou encore des femmes enceintes. Il conviendrait d'établir un rapport écrit contenant les résultats des examens et certaines recommandations à l'intention des médecins qui pourraient être consultés pour des problèmes de santé survenant au cours du voyage. L'examen doit également fournir une base d'évaluation des maladies que le voyageur risque de contracter après son retour.

Au cours de la consultation, il conviendrait également d'envisager de faire certains vaccins sans oublier de mentionner leurs effets secondaires possibles et établissant bien la distinction entre les vaccins indispensables et ceux qui sont seulement recommandés. Un calendrier de vaccination personnalisé devrait être établi en fonction des besoins du voyageur et de la date de départ et les vaccins nécessaires devraient lui être administrés.

Tous les médicaments pris par le voyageur devraient être contrôlés et des ordonnances prévoyant des quantités suffisantes devraient lui être délivrées en tenant compte des risques de détérioration ou de perte. Il faut adapter les ordonnances (doses et prises) lorsqu'il s'agit de voyageurs traversant plusieurs fuseaux horaires (pour les diabétiques qui doivent prendre de l'insuline, par exemple). Il conviendrait aussi de prescrire des médicaments pour la prévention de certaines maladies comme le paludisme, la diarrhée du voyageur, les effets du décalage horaire et de l'altitude, en fonction de la nature de la mission et du mode de

transport. En outre, il conviendrait de prescrire ou de fournir des médicaments pour le traitement immédiat de maladies bénignes comme les infections des voies respiratoires supérieures (et plus particulièrement la congestion nasale et la sinusite), la bronchite, le mal des transports, les affections cutanées et d'autres troubles raisonnablement prévisibles.

Les trousse de premiers secours

Dans le cas du voyageur qui ne tient pas à perdre un temps précieux à chercher une pharmacie en cas de besoin, une trousse de premiers secours peut rendre bien des services. A destination, le pharmacien ne connaîtra pas nécessairement les problèmes de santé dont il souffre et l'obstacle de la langue peut poser de graves problèmes de communication. En outre, les médicaments proposés risquent d'être peu sûrs ou peu efficaces. Dans bien des pays, il n'existe pas de réglementation formelle en matière d'étiquetage des médicaments et, parfois, aucune quant à la garantie de qualité. Les petites pharmacies ne tiennent généralement pas compte des dates de péremption et, dans les pays tropicaux, les températures élevées peuvent neutraliser certains médicaments qui sont exposés à la chaleur sur les rayons des officines.

Il existe dans le commerce des trousse de premiers secours contenant des médicaments courants, mais il est recommandé d'en compléter le contenu en fonction des besoins particuliers du voyageur. Parmi les médicaments les plus utiles, outre ceux qui ont été prescrits pour des problèmes de santé bien précis, il faut mentionner les médicaments contre le mal des transports, la congestion nasale, les allergies, l'insomnie et l'anxiété, les analgésiques, les antiacides et les laxatifs, ainsi que les médicaments pour les hémorroïdes, les troubles menstruels et les crampes nocturnes. La trousse peut également contenir des antiseptiques, des bandages et d'autres fournitures chirurgicales.

Il est recommandé d'emporter des lettres sur papier à en-tête signées par un médecin ou des ordonnances vierges contenant la liste des médicaments transportés et indiquant les problèmes de santé pour lesquels ils ont été prescrits. Cette mesure simple peut éviter bien des ennuis et de longs retards aux postes frontière internationale où les agents des douanes recherchent les drogues illicites avec un zèle particulier.

Il est également recommandé d'emporter une paire de lunettes ou de lentilles de contact de rechange, ainsi qu'une quantité suffisante de solutions de nettoyage et d'autres accessoires (il est conseillé aux personnes qui voyagent dans des régions très empoussiérées de porter des lunettes plutôt que des lentilles de contact). Il faudra aussi se munir d'une copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste afin de pouvoir, au besoin, racheter des lunettes pour remplacer celles qui auraient été perdues ou cassées.

Les grands voyageurs devraient vérifier leurs nécessaires de soins avant chaque voyage pour s'assurer que leur contenu convient bien à l'itinéraire choisi et que les médicaments ne sont pas périmés.

Les dossiers médicaux

En plus des ordonnances justifiant l'usage des médicaments emportés, le voyageur devrait également se munir d'une carte ou d'une lettre décrivant brièvement tout problème médical important, les résultats du bilan de santé dressé avant le départ et une copie d'un électrocardiogramme récent et de tout autre examen de laboratoire. S'il présente une liste de ses vaccins récents, le voyageur peut être dispensé de l'inoculation obligatoire au poste frontière. Ce document devrait préciser les nom, adresse, numéro de téléphone et de télécopie d'un médecin susceptible de fournir au besoin des renseignements supplémentaires sur le voyageur (à cet effet, le port d'un insigne ou d'un bracelet du genre Medic-Alert peut être utile).

Quelques commerces spécialisés peuvent fournir des fiches médicales avec plaquettes de microfilm contenant le dossier médical

complet du voyageur. Cependant, le médecin étranger ne possède pas nécessairement un lecteur de microfilms ou une loupe suffisamment forte pour pouvoir lire ces documents. Il faut également s'assurer que les renseignements sont à jour.

Les vaccins

Certains pays exigent que tous les visiteurs soient vaccinés contre diverses maladies telles que le choléra, la fièvre jaune ou la peste. Bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ne recommande que la vaccination anti-typhoïdique, plusieurs pays exigent toujours la vaccination contre le choléra. Les vaccins obligatoires ont pour but de protéger non seulement les voyageurs, mais aussi les indigènes contre les maladies dont ces voyageurs peuvent être porteurs.

Les vaccins recommandés ont pour but d'immuniser les voyageurs contre certaines maladies endémiques. La liste est beaucoup plus longue que celle des vaccins obligatoires et elle s'allonge chaque année, à mesure que de nouveaux vaccins sont mis au point pour lutter contre des maladies nouvelles ou des affections qui se propagent avec rapidité. L'utilité de tel ou tel vaccin varie d'ailleurs souvent en fonction de la fréquence et de la virulence de la maladie dans la région en cause. C'est pourquoi il est indispensable de posséder les informations les plus récentes qui peuvent être obtenues auprès de l'OMS, des organismes officiels comme les centres de lutte contre la maladie aux États-Unis (U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)), le ministère de la Santé et du Bien-Être social au Canada, ou le Commonwealth Department of Health à Sydney, en Australie. De même, on peut également obtenir des renseignements de cet ordre auprès d'autres sources, des organismes bénévoles ou commerciaux locaux, ainsi qu'au moyen de logiciels mis à jour périodiquement.

On recommande à tous les voyageurs de se faire vacciner contre la diphtérie et le tétanos, la poliomyélite, la rougeole (pour les personnes nées après 1956 qui ne sont pas munies d'un document médical attestant qu'elles ont déjà contracté la maladie), la grippe et l'hépatite B (en particulier s'ils risquent d'être exposés à cette maladie en raison de la nature de leur affectation).

Les délais dont on dispose avant le départ peuvent avoir une influence sur le programme de vaccination et les dosages. Par exemple, deux piqûres, à quatre semaines d'intervalle, devraient donner à ceux qui n'ont jamais été vaccinés contre la typhoïde le titre d'anticorps maximum. Si le temps fait défaut, on peut faire prendre un jour sur deux quatre pilules de vaccin, mis au point récemment, aux personnes qui n'ont pas encore été vaccinées. Cette posologie sera beaucoup plus efficace qu'une seule dose administrée par injection. On peut également avoir recours aux vaccins oraux pour le rappel lorsque les intéressés ont déjà été vaccinés par injection.

L'assurance maladie et le rapatriement

De nombreux régimes d'assurance maladie nationaux et privés n'assurent pas la prise en charge des soins médicaux reçus en dehors d'une zone spécifiée. De telles restrictions peuvent être source de bien des difficultés, de retards dans l'administration des soins requis et de grosses dépenses pour les voyageurs qui ont été blessés ou qui ont contracté des maladies aiguës à l'étranger. Il est, par conséquent, prudent de vérifier si l'assurance maladie du voyageur le protège pendant toute la durée du voyage; dans le cas contraire, il lui est recommandé de prendre une assurance temporaire pour toute la période en question.

Dans certaines régions sous-développées, il peut être nécessaire d'évacuer le malade ou le blessé parce qu'il n'existe pas d'installations sanitaires suffisamment modernes ou que la qualité des soins laisse à désirer. Le voyageur peut être rapatrié ou, si la distance est trop grande, être transporté dans un centre médical urbain mieux équipé. Plusieurs compagnies d'assurances offrent des ser-

vices d'évacuation d'urgence dans le monde entier; toutefois, il arrive que ces services ne soient disponibles que dans certaines régions. Etant donné qu'il s'agit généralement de situations graves et urgentes pour les malades en cause, il est sage de prendre au préalable des dispositions avec une compagnie qui dessert les régions visitées et de s'assurer que ces services sont bien couverts par le régime d'assurance maladie du voyageur, car ils sont très onéreux.

La visite médicale après le voyage

Peu après son retour, il est souhaitable de consulter un médecin qui passera en revue tous les problèmes de santé qui ont pu survenir et prodiguera des soins adéquats pour ceux qui persistent. Le médecin aura également l'occasion de signaler tout incident justifiant des recommandations et des préparatifs plus judicieux si la personne ou quelqu'un d'autre doit refaire le même voyage.

Les risques du voyage

Un voyageur est presque toujours exposé à certains risques médicaux qui peuvent être désagréables ou même entraîner des maladies graves et invalidantes, ou pire encore. La plupart de ces risques peuvent être évités ou limités, à condition que le voyageur fasse des efforts spéciaux en ce sens. Un des principaux objectifs du programme de protection des voyageurs est de les sensibiliser à ces risques et de leur donner les moyens d'y faire face. Certains des risques les plus courants sont examinés ci-après.

Le décalage horaire. Le passage rapide d'un fuseau horaire à l'autre peut perturber les rythmes physiologiques et psychologiques — les rythmes circadiens — qui régissent les fonctions de l'organisme. Ce phénomène de décalage horaire, qui ne se produit pour ainsi dire que pendant un voyage aérien, peut perturber le sommeil, provoquer des malaises, rendre irritable, nuire aux aptitudes mentales et physiques et causer apathie, dépression, fatigue, perte d'appétit, troubles gastriques et intestinaux. En règle générale, il faut plusieurs jours pour que les rythmes circadiens du voyageur se réadaptent aux nouveaux horaires. Par conséquent, il est prudent d'entreprendre les vols long-courriers plusieurs jours avant des réunions d'affaires ou des obligations sociales importantes, pour laisser au voyageur le temps de retrouver son énergie, sa vivacité d'esprit et sa capacité de travail (il en va de même pour le retour). Ces précautions sont particulièrement nécessaires pour les personnes âgées, car les effets du décalage horaire ont tendance à s'accroître avec l'âge.

Les moyens conseillés pour essayer d'atténuer le plus possible les effets du décalage horaire sont multiples. Certains préconisent un régime spécial, qui consiste à absorber en abondance, puis à éviter complètement, les hydrates de carbone ou les aliments à forte teneur en protéines pendant les trois jours qui précèdent le départ. D'autres recommandent de faire un repas composé principalement d'aliments à forte teneur en hydrates de carbone avant le départ, à ne manger que des salades, des fruits et autres mets légers en cours de vol, à boire beaucoup avant et pendant le voyage (en quantité suffisante pour devoir aller aux toilettes toutes les heures dans l'avion) et à éviter toute boisson alcoolisée. D'autres encore recommandent l'utilisation d'une lampe frontale qui arrête la sécrétion, par la glande pinéale, de mélatonine, dont l'excès est lié à certains des symptômes du décalage horaire. Depuis peu, on constate que la prise de faibles doses de mélatonine en comprimés (de 1 mg au maximum, car des doses plus fortes, que l'on prescrit dans d'autres cas, provoquent la somnolence), à intervalles donnés pendant plusieurs jours avant et après le voyage, atténue efficacement les effets du décalage horaire. Ces moyens sont tous utiles, mais ne sauraient remplacer un bon repos et un rythme de travail ralenti jusqu'à complète réadaptation.

Les voyages aériens. Indépendamment du décalage horaire, les voyages aériens peuvent être pénibles pour d'autres raisons. Le trajet jusqu'à l'aéroport peut être source d'inquiétude et d'irritation, surtout en cas d'encombrements sur les voies d'accès ou lorsqu'on voyage avec des bagages lourds ou volumineux, quand les vols sont retardés ou annulés et quand il faut changer rapidement d'aérogare pour prendre une correspondance. La position assise prolongée sur des sièges étroits et le manque d'espace pour les jambes peuvent non seulement être inconfortables, mais aussi provoquer une phlébite. Dans les appareils modernes bien entretenus, la plupart des passagers n'auront aucune difficulté à respirer, car les cabines sont pressurisées de façon à maintenir une altitude simulée inférieure à 2 600 m par rapport au niveau de la mer. La fumée de cigarette peut être gênante pour les passagers des sections fumeurs (ou à proximité) sur les vols où il est permis de fumer.

On peut remédier à la plupart de ces inconvénients en prenant certaines dispositions pour se rendre à l'aéroport et en revenir, en prévoyant de faire convoier les bagages, en mettant des voiturettes électriques ou des fauteuils roulants à la disposition des voyageurs pour qui la longue marche entre l'entrée de l'aérogare et la porte d'embarquement peut s'avérer pénible, en prenant des repas légers et en évitant les boissons alcoolisées pendant le vol, en buvant beaucoup pour lutter contre la déshydratation et en se levant fréquemment pour se dégourdir les jambes. Lorsqu'il n'est pas possible de quitter son siège, il est indispensable de faire des exercices d'étirement et de relaxation semblables à ceux qui sont décrits dans la figure 15.22. Au cours du vol, les masques antilumière peuvent faciliter le sommeil et l'utilisation systématique de protège-tympan réduit la tension et la fatigue.

Dans quelques pays, notamment l'Argentine, l'Australie, l'Inde, le Kenya, le Mexique, le Mozambique et la Nouvelle-Zélande, un insecticide doit être pulvérisé dans la cabine de l'appareil juste après l'atterrissage, avant que les passagers ne le quittent. Cette précaution a pour but d'éviter l'importation d'insectes vecteurs de maladies. La pulvérisation est parfois superficielle, mais elle est souvent faite avec soin; dans ce cas, toute la cabine y est soumise, y compris les passagers et l'équipage. Il est recommandé aux voyageurs susceptibles d'être incommodés ou irrités par les émanations d'hydrocarbures provenant des pulvérisateurs de se couvrir le visage d'un linge humide et de faire des exercices respiratoires de relaxation.

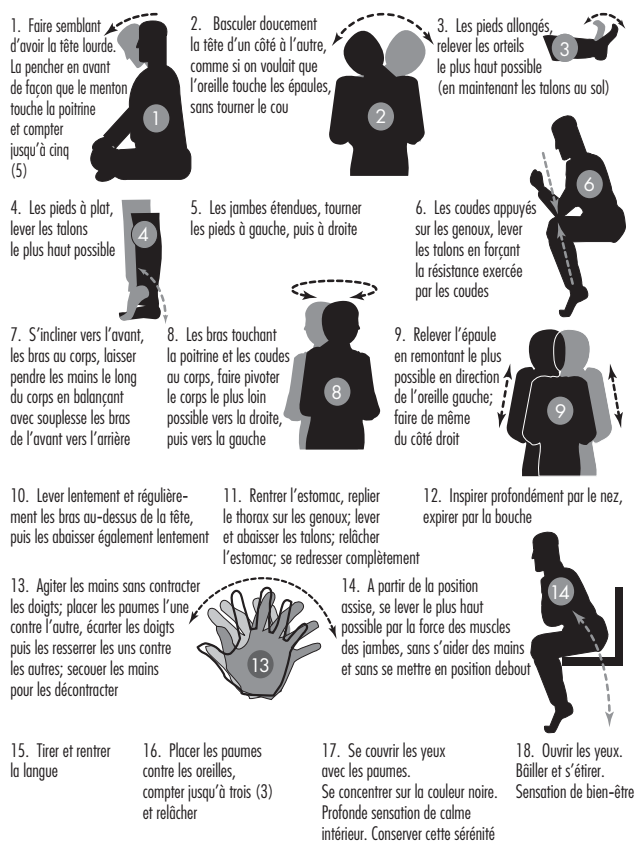
Le gouvernement américain réprovoque cette pratique. Le secrétaire aux transports, Federico F. Peña, a proposé d'obliger toutes les compagnies aériennes et agences de voyages à avertir les voyageurs, et le ministère des Transports compte saisir l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) du problème; il envisage, en outre, de coparrainer un colloque de l'OMS sur le sujet (Fiorino, 1994).

Les piqûres de moustiques et d'autres insectes. Le paludisme et d'autres maladies transmises par les arthropodes (fièvre jaune, encéphalite virale, dengue ou fièvre rouge, filariose, leishmaniose, onchocercose, trypanosomiase et maladie de Lyme) sont endémiques dans de nombreuses régions du monde. Éviter de se faire piquer est la première parade contre ces maladies.

On peut utiliser des insectifuges contenant du DEET (N,N-diéthyl-méta-toluamide) sur la peau et sur les vêtements. Étant donné que le DEET peut être absorbé par la peau et provoquer des symptômes neurologiques, les préparations contenant une concentration supérieure à 35% ne sont pas recommandées, surtout chez les enfants. L'hexanédiol est un bon produit de remplacement pour les personnes sensibles au DEET. Le produit hydratant Skin-So-Soft (marque de commerce) doit être appliqué toutes les vingt minutes environ pour être efficace.

Il est recommandé à toutes les personnes voyageant dans des régions où les maladies transmises par les insectes sont endémi-

Figure 15.22 • Exercices à effectuer au cours de longs voyages en avion



ques, de porter des chemises à longues manches et des pantalons, surtout après la tombée du jour. En réalité, dans les pays chauds, on souffre moins de la chaleur lorsqu'on porte des vêtements amples en coton ou en lin qu'en laissant la peau à nu. Il convient d'éviter les parfums et les produits cosmétiques, savons et lotions parfumés, qui risquent d'attirer les insectes. Les vestes à mailles légères, les chapeaux et les masques protecteurs sont particulièrement utiles dans les régions infestées. Les moustiquaires pour lits et fenêtres sont aussi fortement recommandées (avant le coucher, on prendra soin de vaporiser l'intérieur de la moustiquaire au cas où des insectes indésirables s'y trouveraient).

Les vêtements et les filets protecteurs peuvent être traités avec un produit insectifuge contenant du DEET ou avec de la perméthrine, qu'on peut acheter en aérosol ou sous forme liquide.

Le paludisme. Malgré des dizaines d'années d'efforts pour éradiquer les moustiques, le paludisme reste endémique dans la plupart des zones tropicales et subtropicales. Comme il s'agit d'une maladie extrêmement dangereuse et débilitante, à la lutte contre les moustiques devrait s'ajouter l'usage prophylactique d'un ou de plusieurs remèdes antipaludéens. Un certain nombre d'antipaludéens relativement efficaces ont été mis au point, mais diverses souches de parasites du paludisme sont devenues très résistantes à quelques-uns des médicaments utilisés actuellement, si ce n'est à tous. Par exemple, la chloroquine, qui est depuis longtemps le médicament le plus utilisé, est toujours efficace contre certaines souches de vecteurs de paludisme dans certaines régions, mais inefficace dans beaucoup d'autres. Le proguanil, la méfloquine et la doxycycline sont aujourd'hui les produits préférés pour les