

Depuis 1970, et surtout depuis 1975, toutefois, un effort important a été fait pour constituer une inspection médicale du travail à la mesure des services médicaux du travail, dont les quelque 6 000 médecins assurent la prise en charge de plus de 12 millions de salariés. En 1980, le corps de l'inspection peut compter sur 39 postes budgétaires, dont 36 sont pourvus d'un titulaire. En 1995, 43 postes étaient pourvus à l'inspection médicale du travail. Le plan d'action prioritaire n° 12 du VII^e Plan comportait 45 médecins inspecteurs et, cet objectif une fois atteint, la situation envisagée en 1947 se trouverait rétablie.

Mais en même temps qu'était ressentie en France la nécessité d'un service spécialisé d'inspection en vue de l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'hygiène et à la médecine du travail, des préoccupations identiques se faisaient jour au plan international. Pour répondre à cette prise de conscience, l'Organisation internationale du Travail (OIT) avait convoqué en 1963 à Genève, avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un colloque international sur l'inspection médicale du travail. Les experts de 21 pays y participaient. Ces travaux ont permis notamment de définir les fonctions et les devoirs des médecins inspecteurs, les connaissances et la formation requises, ainsi que les techniques et les méthodes de l'inspection médicale.

L'organisation générale

Le service de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre comprend un service central qui se situe dans le cadre de la Direction des relations du travail, avec rattachement direct à son directeur, et l'inspection médicale régionale se situant dans le cadre des directions régionales du travail et de l'emploi, avec rattachement direct au directeur régional du travail et de l'emploi.

La médecine du travail en quelques chiffres (1995):

- 12,5 millions de salariés bénéficiaires du régime général;
- 6 337 médecins, dont 2 500 à temps complet;
- 4 000 infirmiers(ères);
- 1 500 services médicaux d'entreprise ou interentreprises;
- 90% des salariés suivis par des services médicaux interentreprises.

En fonction des effectifs salariés relevant de la médecine du travail dans chaque région, le nombre de médecins inspecteurs régionaux sera différent, le principe général adopté étant d'un médecin inspecteur régional pour environ 300 000 salariés. Cette règle générale est toutefois susceptible d'être modifiée, dans un sens ou un autre, compte tenu de l'étendue et des conditions géographiques propres à chaque région.

Les missions

Bien qu'un certain nombre de dispositions ne soient plus adaptées ou soient devenues caduques, il est intéressant de rappeler à cet égard les attributions prévues par le décret du 16 janvier 1947 déjà cité.

«Le médecin, chef du service, est chargé en outre de la coordination de tous les problèmes médicaux relevant des différentes directions du ministère du Travail et de la Sécurité sociale. Ses attributions pourront être complétées par arrêté.

L'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre a les attributions suivantes:

1. Veiller au contact immédiat et permanent avec les services de l'inspection du travail, en liaison avec les comités techniques des caisses de sécurité sociale, à l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la protection de la santé des travailleurs.
2. Exercer une action permanente en vue de la protection des travailleurs au lieu de leur travail. Cette action porte, en

outre, sur le contrôle du fonctionnement des services médicaux du travail institués par la loi du 11 octobre 1946. L'inspection médicale du travail communique aux comités techniques des caisses de sécurité sociale les renseignements qu'elle possède concernant les risques des maladies professionnelles et des accidents du travail inhérents aux différentes entreprises.

3. Assurer, en coordination étroite avec les services psychotechniques, l'examen médical des travailleurs en vue de leur orientation professionnelle, de leur reclassement et de l'envoi vers les centres de rééducation de ceux qui sont provisoirement inaptes au travail ou diminués physiquement.
4. Assurer la préparation et l'exploitation du fichier physiopathologique de la main-d'œuvre, en liaison avec les caisses de sécurité sociale, les statistiques étant établie en commun.»

La note du 15 septembre 1976, relative à l'organisation de la direction des relations du travail, charge l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre des tâches suivantes:

- «Etude des questions techniques relatives à la médecine du travail, à la pathologie, à la physiologie du travail et à l'ergonomie.
- Etude des questions concernant la protection de la santé des travailleurs et les conditions de travail.
- Etude des aspects médicaux de l'emploi.
- Suivi des progrès des connaissances médicales, de la physiologie et de l'ergonomie.
- Coordination des informations recueillies au plan régional».

L'animation du corps de l'inspection médicale se fait par:

- la coordination de l'action des médecins inspecteurs régionaux;
- la mise au point et l'exploitation de rapports, d'études techniques et de recherches menées au plan régional ou interrégional, et éventuellement par des groupes de travail spécialisés;
- l'organisation des réunions de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre, qui sont l'occasion de confronter les expériences et de définir une attitude commune face aux problèmes nouveaux;
- la préparation du recrutement de médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre, ainsi que leur formation;
- le perfectionnement de l'ensemble des médecins inspecteurs régionaux.

Il est à souligner que cette définition des tâches intégrées dans l'administration centrale comporte des activités en liaison avec la direction des relations du travail et la délégation à l'emploi, pour tout ce qui peut concerner les aspects médicaux liés à l'emploi (notamment les travailleurs handicapés, les candidats à une formation professionnelle des adultes, les demandeurs d'emploi), ainsi qu'une action d'animation, de coordination, de recrutement, de formation et de perfectionnement, sur le plan technique, des médecins inspecteurs régionaux.

A ces attributions du service central s'ajoutent des activités de conseil et de représentation. En effet, d'autres départements ministériels, en premier lieu celui de la santé et de la sécurité sociale, peuvent avoir à résoudre des problèmes de prévention, de réparation des risques pour la santé dus au travail ou des problèmes liés à l'organisation des services de médecine préventive. Faute d'un service médical spécifique, l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre du ministère du Travail peut alors être sollicitée aussi bien au niveau central que régional. Ces interventions se situent habituellement sur le plan du conseil, sauf lorsqu'il s'agit d'assister un autre corps de fonctionnaires agissant en tant qu'inspecteurs du travail.

Organisées par la Société et l'Institut de médecine du travail et d'ergonomie de Franche-Comté, les XXIII^e Journées nationales

de médecine du travail ont réuni à Besançon pendant trois jours — du 7 au 10 juin 1994 — près de 1 500 personnes autour des sujets suivants :

- neurotoxicité des solvants à de faibles doses d'exposition;
- santé, précarisation et précarité du travail;
- astreinte et contrainte mentale du travail contemporain;
- rôle du médecin du travail.

Les activités de représentation s'exercent dans le cadre d'organismes ou d'institutions à buts médico-sociaux, scientifiques ou professionnels, dans la réalisation desquels la médecine du travail a une place. A titre d'exemple peuvent être cités: le Conseil national de l'ordre des médecins, le Haut Comité d'études et d'information contre l'alcoolisme, ainsi que diverses institutions universitaires et scientifiques.

Au niveau de la Communauté économique européenne, de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation internationale du Travail, le service central de l'inspection médicale du travail est fréquemment appelé, s'agissant de questions d'ordre médical, à participer et à faire connaître les points de vue du gouvernement français.

Cette diversité de fonctions se retrouve au niveau de l'inspection médicale régionale du travail et de la main-d'œuvre. La circulaire DRT n° 18-79, du 6 juillet 1979, relative à la coopération de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail pour la prévention des risques professionnels, en est le reflet. Ce texte distingue des actions d'orientation et d'information, des actions de direction, d'animation et d'intervention à conduire, selon les cas, en coordination avec les échelons régionaux, départementaux et locaux de l'inspection du travail.

Mais, si l'objectif général de la prévention des risques pour la santé en milieu de travail est toujours le même, les interventions de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail peuvent être spécifiques lorsqu'elles mettent en jeu une technicité propre, ou conjuguées quand le but à atteindre implique qu'inspecteurs et médecins inspecteurs agissent ensemble.

Le projet de circulaire

Une circulaire en cours d'élaboration reprend, en les actualisant, des dispositions énoncées dans la circulaire du 6 juillet 1979. En effet, depuis le 1^{er} janvier 1995, les directions régionales du travail et de l'emploi ont vu leurs responsabilités s'ajouter à celles des directions de la formation professionnelle et, de ce fait, la place, le rôle et les missions du médecin inspecteur du travail sont à préciser.

Si, aujourd'hui, nous pouvons faire un constat, c'est celui d'un service ayant pratiquement retrouvé en 1980 la place et les attributions qui lui étaient destinées en 1946-47. L'évolution prévisible de cette inspection est celle d'une activité médicale, qui comportera, plus qu'auparavant, des préoccupations d'incitation, d'animation et de recherche en milieu de travail. Cette évolution sera d'ailleurs parallèle à celle de la médecine du travail elle-même. A une longue période d'implantation et de mise en place que l'on peut désormais considérer comme pratiquement achevée doit maintenant succéder une période d'amélioration qualitative et d'approfondissement scientifique de la médecine du travail.

● LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LES PETITES ENTREPRISES

Jorma Rantanen et Leon J. Warshaw

La protection des travailleurs dans les petites entreprises constitue peut-être le plus grand défi pour les systèmes de prestation de

services de santé au travail. Dans la plupart des pays, les petites entreprises représentent la grande majorité des entreprises commerciales et industrielles — leur pourcentage atteint 90% dans certains pays en développement et nouveaux pays industriels — et on les retrouve dans tous les secteurs de l'économie. Elles emploient, en moyenne, près de 40% de la population active des pays industriels membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et jusqu'à 60% de celle des pays en développement et des nouveaux pays industriels. Bien que leurs travailleurs soient exposés à une plus vaste gamme de risques que leurs homologues des grandes entreprises (Reverente, 1992; Hasle et coll., 1986), ils n'ont pour ainsi dire pas accès, en général, aux services modernes de sécurité et de santé au travail.

La définition des petites entreprises

Les entreprises sont classées dans cette catégorie selon certaines caractéristiques, telles que l'importance de leurs investissements, le montant de leurs revenus annuels ou le nombre de leurs salariés. Selon le contexte, le nombre retenu va de 1 à 500 salariés. Dans le présent article, l'expression «petite entreprise» s'appliquera aux entreprises comptant 50 salariés ou moins, ce qui correspond à la définition la plus largement admise (BIT, 1986).

Les petites entreprises prennent une importance croissante dans les économies nationales. Elles ont une forte intensité de main-d'œuvre, elles s'adaptent à l'évolution rapide des conditions du marché et elles assurent des emplois à un bon nombre de personnes qui, sans elles, n'en auraient pas. Leurs besoins en capitaux sont souvent restreints et elles peuvent produire des biens et des services à proximité du consommateur ou du client.

Elles ont aussi leurs mauvais côtés. Bien souvent, elles sont éphémères, ce qui rend le contrôle de leurs activités difficile, et elles n'obtiennent leurs faibles marges de profits qu'au détriment de leurs travailleurs (qui sont souvent aussi leurs propriétaires): ces derniers doivent travailler de longues heures, assumer une lourde charge de travail et sont exposés à des risques professionnels.

La main-d'œuvre des petites entreprises

La main-d'œuvre des petites entreprises se caractérise par sa diversité. Dans bien des cas, elle comprend le chef d'entreprise et des membres de sa famille. Les petites entreprises permettent à des jeunes d'accéder au monde du travail et offrent des possibilités intéressantes à des travailleurs âgés et à des travailleurs excédentaires qui ont été licenciés par de grandes entreprises. Elles exposent donc souvent des groupes vulnérables comme les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées à des risques professionnels. De plus, comme bon nombre d'entre elles exercent leurs activités à la maison ou à proximité, elles exposent souvent les membres de la famille et les voisins aux dangers physiques et chimiques de leurs installations et engendrent des problèmes de santé publique en contaminant l'air, l'eau ou les cultures vivrières du voisinage.

Le niveau d'instruction et la situation socio-économique des travailleurs des petites entreprises varient considérablement, mais sont souvent inférieurs à la moyenne pour l'ensemble de la population active. Il importe de noter que les propriétaires/dirigeants de ces entreprises ont parfois peu de formation sur le plan de l'exploitation et de la gestion, et encore moins en ce qui concerne la détection, la prévention et la maîtrise des risques pour la santé au travail. Même lorsqu'on met des moyens de formation à leur disposition, ils ont rarement le temps, l'énergie et les ressources financières pour les utiliser.

Les risques professionnels dans les petites entreprises et l'état de santé des travailleurs

A l'instar de tous les autres aspects des petites entreprises, les conditions de travail varient considérablement selon la nature de

l'entreprise, le type de production, le régime de la propriété et le lieu d'implantation. En général, les risques pour la santé et la sécurité au travail sont les mêmes que dans les grandes entreprises, mais, comme on l'a mentionné plus haut, les expositions à ces risques sont souvent beaucoup plus importantes. Il arrive toutefois que les conditions de travail dans les petites entreprises soient bien meilleures que dans les grandes entreprises pour un type de production similaire (Paoli, 1992).

Très peu d'études ont été faites jusqu'ici en la matière, mais on constate sans surprise que celles qui ont porté sur la santé des travailleurs des petites entreprises de certains pays industriels comme la Finlande (Huuskonen et Rantala, 1985) et l'Allemagne (Haus, 1992) ont révélé une incidence relativement élevée de problèmes de santé, dont un bon nombre étaient liés au travail ou entraînaient une baisse de la capacité de travail. La prévalence des maladies professionnelles et des problèmes de santé liés au travail était encore plus élevée dans les petites entreprises des pays en développement (Reverente, 1992).

Les obstacles aux services de santé au travail dans les petites entreprises

La mise en place de services de santé au travail dans les petites entreprises se heurte à des obstacles structurels, économiques et psychologiques de taille, dont voici quelques-uns:

1. Jusqu'à présent, la législation en matière de santé et de sécurité au travail de la plupart des pays ne s'appliquait, en général, qu'aux industries manufacturières et ne visait pas les petites entreprises. Le «secteur informel» (qui comprend notamment les travailleurs indépendants) et l'agriculture n'y étaient pas assujettis. Même lorsque la législation avait un champ d'application plus large, elle ne visait pas les entreprises comptant peu de salariés, en général moins de 500. Certains pays (par exemple, la Belgique, la France et les pays nordiques) ont adopté des dispositions législatives prescrivant la prestation de services de santé au travail pour toutes les entreprises, sans distinction quant à la taille de l'entreprise ou au secteur de l'économie (Rantanen, 1990).
2. Les petites entreprises, selon la définition du présent article, sont trop petites pour justifier la présence d'un service de santé au travail en leur sein. Leur grande diversité, en ce qui concerne le secteur d'activité et les méthodes de production, ainsi que le mode d'organisation et d'exploitation, conjuguée à leur grande dispersion géographique, rend difficile la mise sur pied de services de santé au travail qui répondent à l'ensemble de leurs besoins.
3. Les obstacles économiques sont importants. Bon nombre de petites entreprises arrivent tout juste à survivre et ne peuvent se permettre la plus petite hausse de leurs coûts d'exploitation, dût-elle être prometteuse d'économies substantielles. De plus, elles n'ont parfois pas les moyens d'offrir à leurs propriétaires/dirigeants, et encore moins à leurs salariés, l'éducation et la formation nécessaires pour reconnaître, prévenir et maîtriser les risques. Certains pays ont réglé le problème économique en versant des subventions par l'entremise d'organismes gouvernementaux ou d'institutions de sécurité sociale (Rantanen, 1994) ou ont inclus des services de santé au travail dans leurs programmes de promotion du développement économique et social général des petites entreprises (Kogi, Phoon et Thurman, 1988).
4. Même en l'absence d'obstacles financiers majeurs, les propriétaires/dirigeants de petites entreprises sont souvent peu portés à consacrer le temps et l'énergie nécessaires pour acquérir une connaissance de base des relations entre le travail et la santé. Mais une fois qu'ils l'ont acquise, ils l'appliquent

parfois avec beaucoup de succès dans leur entreprise (Niemi et Notkola, 1991; Niemi et coll., 1991).

5. Les entreprises du secteur non structuré et les petites exploitations agricoles sont rarement enregistrées et elles n'ont pour ainsi dire pas de liens formels avec des organismes officiels. Les activités commerciales sont parfois difficiles à distinguer de celles qui concernent le ménage et la famille. Cela peut susciter des inquiétudes quant au respect de la vie privée et une résistance aux interventions d'«étrangers». Les petites entreprises sont souvent réticentes à se joindre à des associations professionnelles et à des organismes d'intérêt local et, dans la plupart des cas, leurs travailleurs ne sont pas syndiqués. Certains pays ont entrepris de vaincre ces obstacles en faisant appel à des organismes de vulgarisation pour diffuser des informations, en demandant à des instances officielles de santé et sécurité au travail de concevoir une formation expressément pour les petites entreprises et en adoptant le modèle des soins de santé primaires pour la prestation de services de santé au travail (Jeyaratnam, 1992).
6. Bon nombre de petites entreprises exercent leurs activités dans des localités où les services d'urgence et de soins de santé primaires sont facilement accessibles. Mais les médecins et le personnel infirmier connaissent mal les risques professionnels et leurs effets, de sorte que, souvent, ils ne sont pas à même de reconnaître les maladies professionnelles et, fait probablement plus important, ils ne prennent pas toutes les mesures de prévention et de lutte qui s'imposent.

Les instruments internationaux concernant les services de sécurité et de santé au travail

Dans certains pays, la sécurité et la santé au travail relèvent du ministère du Travail et sont régies par un organisme prévu à cette fin; dans d'autres, cette responsabilité est partagée entre les ministères du Travail, de la Santé ou des Affaires sociales. Dans certains pays, dont l'Italie, les règlements relatifs aux services de santé au travail font partie de la législation en matière de santé tandis que dans d'autres, comme la Finlande, ils font l'objet d'une loi spéciale. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, la prestation de services de santé au travail est facultative, mais ailleurs, en Suède notamment, elle est régie par des conventions collectives.

Selon la convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, de l'OIT (OIT, 1981a), les gouvernements doivent concevoir une politique de sécurité et de santé au travail qui soit applicable à l'ensemble des entreprises et à tous les secteurs de l'économie et mise en œuvre par une autorité compétente. Cette convention énonce les responsabilités des autorités, des employeurs et des travailleurs et, complétée par la recommandation n° 164, définit les principales activités de sécurité et de santé au travail de tous les intervenants concernés à l'échelon national et local.

La convention (n° 161) et la recommandation (n° 171) sur les services de santé au travail, 1985, sont venues s'ajouter à ces instruments de l'OIT. Elles renferment des dispositions sur l'élaboration de politiques, l'administration, l'inspection et la collaboration des services de santé au travail, les activités des équipes de sécurité et de santé au travail, les conditions de fonctionnement et les responsabilités des employeurs et des travailleurs; on y trouve aussi des directives sur l'organisation des services de santé au travail au niveau de l'entreprise. Ces instruments ne font pas expressément mention des petites entreprises, mais ces dernières ont été prises en considération lors de leur élaboration, car ils ne font pas de seuil pour les services de santé au travail et laissent toute la latitude nécessaire dans leur organisation.

La ratification de ces instruments de l'OIT a malheureusement été limitée, en particulier dans les pays en développement. D'après l'expérience des pays industriels, les petites entreprises

n'appliqueront probablement pas les principes de l'OIT si elles ne bénéficient pas de mesures spéciales et de l'appui des autorités gouvernementales.

L'Organisation mondiale de la santé s'est employée activement à promouvoir la mise en place de services de santé au travail. Elle a organisé une consultation sur les normes légales en 1989 (OMS, 1989a) et publié une vingtaine de documents techniques sur divers aspects des services de santé au travail. Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS a effectué, en 1985, puis de nouveau en 1992, des études sur les services de santé au travail en Europe tandis que, de son côté, l'Organisation panaméricaine de la santé a fait de 1992 l'année de la santé au travail en organisant des activités dans ce domaine et en mettant en œuvre un programme spécial en Amérique centrale et en Amérique du Sud.

L'Union européenne a adopté 16 directives sur la sécurité et la santé au travail, dont la plus importante est la directive 89/391/CEE, intitulée «directive-cadre» (CCE, 1989). Elles prévoient des mesures spécifiques; les employeurs sont notamment tenus d'évaluer les risques pour la santé de diverses installations techniques ou de faire passer des examens de santé à leurs travailleurs exposés à des risques spéciaux. Elles portent aussi sur la protection des travailleurs contre les dangers physiques, chimiques et biologiques, y compris la manutention de charges lourdes et le travail sur des équipements à écrans de visualisation.

Tous ces instruments internationaux ont certes été élaborés en ayant les petites entreprises à l'esprit, mais il n'en reste pas moins que la plupart de leurs dispositions ne s'appliquent en pratique qu'aux grandes entreprises. L'élaboration de modèles efficaces pour organiser des services de santé au travail de niveau semblable pour les petites entreprises reste encore à faire.

L'organisation de services de santé au travail pour les petites entreprises

Comme on l'a déjà mentionné, en raison de leur petite taille, de leur dispersion géographique et de la grande diversité de la nature des activités et des conditions de travail, ajoutées à l'insuffisance des ressources financières et humaines, il est difficile d'organiser des services efficaces de santé au travail pour les petites entreprises. Seuls quelques-uns des divers modèles de prestation de services de santé au travail présentés en détail dans ce chapitre peuvent être adaptés aux petites entreprises.

Les petites entreprises qui sont des unités opérationnelles de grandes entreprises sont peut-être les seules exceptions à la règle. Habituellement régies par des politiques établies pour l'ensemble de l'entreprise, elles prennent part à des activités d'éducation et de formation offertes à l'échelle de l'entreprise et elles ont accès à une équipe multidisciplinaire de spécialistes en santé au travail faisant partie d'un service central de santé au travail généralement situé au siège social de l'entreprise. Le fait que l'ensemble des coûts des activités de sécurité et de santé au travail sont assumés par le service central de santé au travail ou le budget général de l'entreprise joue un rôle clé dans le succès de ce modèle. Lorsque, suivant la tendance courante, les coûts sont imputés sur le budget d'exploitation de la petite entreprise, il peut être difficile d'obtenir la pleine collaboration de son dirigeant local, dont la performance est peut-être évaluée en fonction de la rentabilité de cette entreprise en particulier.

Dans plusieurs pays d'Europe — le Danemark, la Finlande, la France, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède —, des petites et moyennes entreprises ont institué avec succès des services de groupe. Dans d'autres pays, pareils services de groupe ont été expérimentés avec l'aide de subventions gouvernementales ou de fondations privées, mais ils n'ont pas survécu au-delà de la période des subventions.

Le modèle du service axé sur une branche d'activité, qui fournit des services à un grand nombre d'entreprises travaillant toutes

dans le même secteur, par exemple la construction, l'exploitation forestière, l'agriculture ou l'industrie alimentaire, est une variante intéressante du modèle des services de groupe. Il permet aux services de se spécialiser dans les problèmes propres à la branche d'activité et, partant, d'acquérir une grande compétence dans le domaine. Le Bygghälsan suédois, qui offre des services aux industries de la construction, en est un exemple bien connu.

Les services organisés par un syndicat dont les membres travaillent dans des petites entreprises très dispersées, mais appartenant à un même secteur d'activité (par exemple, les travailleurs de la santé, les commis bouchers, les employés de bureau et les travailleurs de la confection), constituent une exception digne d'être mentionnée. Généralement institués en vertu d'une convention collective, ces services sont financés par les contributions des employeurs, mais ils sont régis, pour la plupart, par un conseil d'administration formé de représentants des employeurs et des travailleurs. Quelques-uns gèrent des centres de santé locaux offrant une vaste gamme de services cliniques primaires et spécialisés non seulement aux travailleurs, mais aussi, bien souvent, aux personnes à leur charge.

Dans certains cas, les services de santé au travail sont assurés par des services de consultations externes en milieu hospitalier, des centres de santé privés et des centres locaux de soins de santé primaires. Ils se concentrent, en règle générale, sur le traitement des lésions et des maladies aiguës liées au travail et offrent peu de services préventifs, mis à part les examens médicaux systématiques. Leur personnel connaît souvent mal la santé et la sécurité au travail, et comme il est habituellement rémunéré à l'acte, cela ne l'incite guère à s'impliquer dans la surveillance, la prévention et la maîtrise des risques professionnels.

Ces «services externes» présentent un inconvénient particulier: la relation de client ou d'utilisateur qui s'établit avec ceux qui les utilisent empêche généralement la participation et la collaboration des employeurs et des travailleurs à la planification et à la surveillance des services qui sont préconisés dans les conventions de l'OIT et les autres instruments internationaux mis au point pour orienter les services de santé et de sécurité au travail.

Le «modèle de la sécurité sociale», selon lequel les services de santé au travail sont assurés par l'organisme chargé aussi de l'indemnisation des maladies professionnelles et des accidents du travail, constitue une autre variante. Il permet de disposer plus facilement des ressources nécessaires pour financer non seulement des services de traitement et de réadaptation, mais aussi, au premier chef, des services de prévention.

Une étude importante menée en Finlande (Kalimo et coll., 1989), qui est l'une des très rares tentatives d'évaluation des services de santé au travail, a montré que ces services étaient majoritairement offerts, dans le cas des petites entreprises, par des centres de santé municipaux et privés et, en deuxième lieu, par des centres de groupe ou des centres communs. Plus l'entreprise était petite, plus elle avait tendance à utiliser les centres de santé municipaux; plus de 70% des petites entreprises comptant de un à cinq travailleurs se rangeaient dans cette catégorie. L'étude a permis de tirer des conclusions importantes notamment en ce qui concerne la valeur des visites en milieu de travail effectuées par le personnel des centres desservant les petites entreprises dans le but: 1) de mieux connaître les conditions de travail et les problèmes de santé au travail particuliers des entreprises clientes; 2) de déterminer si le personnel de ces centres devait recevoir une formation spéciale sur la santé et la sécurité au travail avant d'offrir les services.

Les genres d'activités des services de santé au travail desservant les petites entreprises

Les services de santé au travail conçus à l'intention des petites entreprises varient considérablement selon les lois et les pratiques

nationales, la nature de l'activité et le milieu de travail concernés, les caractéristiques et l'état de santé des travailleurs et les ressources disponibles (capacité des petites entreprises d'assumer les coûts des services de santé au travail et présence de personnel et d'installations de soins de santé dans la localité). Une liste des activités pouvant être intégrées à des services complets de santé au travail a été dressée d'après les instruments internationaux cités précédemment et des colloques et consultations tenus à l'échelon régional (Rantanen, 1989; OMS, 1989a, 1989b). On peut dégager de ces rapports un certain nombre d'activités clés qui devraient toujours figurer dans un programme de santé au travail et qui présentent de l'intérêt pour les petites entreprises. En voici quelques-unes.

L'évaluation des besoins de l'entreprise en matière de santé au travail

- analyse préliminaire des activités de l'entreprise et identification des risques pour la santé et la sécurité communs à ces lieux de travail;
- inspection et surveillance du lieu de travail en vue de cerner et de quantifier les risques effectivement présents dans une entreprise particulière;
- évaluation de l'importance et classement des risques selon l'urgence et l'ordre de priorité;
- nouvelle évaluation des risques chaque fois que des modifications sont apportées aux méthodes, aux équipements et aux matières utilisées pour la production.

Les activités de prévention et de contrôle sur le lieu de travail

- communication des résultats de l'évaluation aux propriétaires/dirigeants et aux représentants des travailleurs;
- identification des mesures de prévention et de contrôle nécessaires et envisageables et classement de ces mesures selon l'urgence et la faisabilité;
- surveillance de l'élaboration et de l'application de ces mesures;
- surveillance régulière de leur efficacité.

Les activités de prévention axées sur les travailleurs

- évaluation et surveillance de l'état de santé des travailleurs au moyen d'examen préalable à l'emploi, d'examen de dépistage et d'examen périodiques, qui peuvent être généraux ou centrés sur les effets biologiques de risques particuliers auxquels les travailleurs peuvent avoir été exposés;
- adaptation de l'emploi, du poste de travail et du milieu de travail en vue de promouvoir en tout temps la sécurité et la santé des travailleurs, en privilégiant certains groupes vulnérables comme les très jeunes gens, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies et d'incapacités acquises;
- sensibilisation des travailleurs aux bonnes pratiques de travail;
- sensibilisation des propriétaires/dirigeants et des contremaîtres aux besoins des travailleurs sur le plan de la santé et à la nécessité de mettre en place des mesures adéquates de prévention et de contrôle.

Les activités curatives

- fournir des services adéquats de diagnostic, de traitement et de réadaptation pour les accidents du travail et les maladies professionnelles ou prendre des dispositions à cette fin;
- fournir des services de réadaptation précoce visant à prévenir les incapacités évitables et encourager et surveiller les adaptations des tâches en vue d'un prompt retour au travail ou prendre des dispositions à cette fin;
- fournir une éducation et une formation (et un recyclage périodique) dans le domaine des premiers secours et des soins d'urgence;

- établir des procédures et organiser des exercices de formation visant à faire face aux principales situations d'urgence, comme les inondations, les incendies, les explosions, etc.;
- assurer la participation des travailleurs à des programmes qui favorisent la santé et le bien-être en général ou prendre des dispositions à cette fin.

L'évaluation et la tenue de dossiers

- tenue de dossiers adéquats sur les accidents du travail, les lésions et les maladies professionnelles et, si possible, sur l'exposition; évaluation, sur la base de ces données, de la situation générale de l'entreprise sur le plan de la santé et de la sécurité;
- surveillance de l'efficacité des mesures de prévention et de maîtrise des risques.

Cette liste d'activités clés comporte implicitement la possibilité d'obtenir des conseils et des consultations dans des spécialités de la sécurité et de la santé au travail telles que l'hygiène du travail, l'ergonomie, la physiologie du travail, les techniques de sécurité, la psychiatrie et la psychologie du travail, etc. Il y a peu de chances pour que le personnel des centres qui offrent des services de santé au travail aux petites entreprises compte des spécialistes de ce genre, mais on peut généralement faire appel à leurs services, au besoin, par l'entremise d'organismes gouvernementaux, d'universités et de bureaux privés d'experts-conseils.

Comme les propriétaires/dirigeants de petites entreprises n'ont pas toujours les connaissances et le temps nécessaires, ils sont forcés de s'en remettre aux fournisseurs d'équipements de sécurité en ce qui concerne l'efficacité et la fiabilité de leurs produits, et aux fournisseurs de produits chimiques et d'autres matières utilisées dans le cadre de la production pour obtenir des renseignements clairs et complets (par exemple, des fiches techniques) sur les risques inhérents à ces produits et sur les moyens de les prévenir ou de les maîtriser. Il est donc important que des lois et des règlements nationaux régissent l'étiquetage, la qualité et la fiabilité des produits et que des renseignements faciles à comprendre (dans la langue de la région) soient fournis sur l'utilisation et l'entretien des équipements ainsi que sur l'utilisation et l'entreposage de produits. A titre de précaution supplémentaire, les organisations professionnelles et locales auxquelles appartiennent souvent les petites entreprises devraient fournir, dans le cadre de leurs bulletins et autres communications, des informations sur la prévention et le contrôle des expositions à des produits potentiellement dangereux.

Conclusion

En dépit de leur importance pour l'économie nationale et de leur rôle d'employeur de la majeure partie de la population active du pays, les petites entreprises, les travailleurs indépendants et le secteur agricole sont mal desservis, en général, par les services de santé au travail. La convention n° 161 et la recommandation n° 171 de l'OIT énoncent des principes directeurs pertinents pour la mise en place de pareils services à l'intention des petites entreprises et elles devraient être ratifiées et mises en œuvre par tous les pays. Les gouvernements nationaux devraient concevoir les mécanismes juridiques, administratifs et financiers nécessaires pour offrir, dans tous les lieux de travail, des services de sécurité et de santé capables de cerner, de prévenir et de contrôler les expositions à des risques éventuels et de faire en sorte que l'état de santé, le bien-être et la capacité de production de l'ensemble des travailleurs atteignent un niveau optimal et s'y maintiennent. Il faut promouvoir la collaboration à l'échelon international, régional et sous-régional, à l'exemple de l'OIT et de l'OMS, afin de favoriser l'échange d'informations et de données d'expérience, l'élaboration de normes et de directives adéquates et l'exécution de programmes pertinents de formation et de recherche.

Les petites entreprises hésitent bien souvent à solliciter activement les services des unités de santé au travail, mais elles auraient tout intérêt à le faire. Face à ces réticences, des gouvernements et des institutions, en particulier dans les pays nordiques, ont adopté une nouvelle stratégie et engagé une vaste action en vue de l'établissement ou de l'extension de tels services. L'Institut finlandais de santé au travail, pour n'en citer qu'un, applique actuellement un programme d'action, à l'intention de 600 petites entreprises employant 16 000 travailleurs, qui vise à mettre en place des services de santé au travail, à maintenir l'aptitude au travail, à prévenir les dangers pour l'environnement dans le voisinage et à améliorer la compétence des petites entreprises en matière de sécurité et de santé au travail.

● L'ASSURANCE ACCIDENTS ET LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL EN ALLEMAGNE

Wilfried Coenen et Edith Perlebach

Tous les employeurs ont l'obligation contractuelle de prendre des mesures afin d'assurer la sécurité de leurs salariés. Les règles et les règlements relatifs au travail sont naturellement aussi variés que les dangers que présente le milieu de travail. La loi sur la sécurité au travail de la République fédérale d'Allemagne impose donc aux employeurs l'obligation de consulter des spécialistes pour les questions touchant la sécurité au travail. Les employeurs doivent en conséquence nommer non seulement des spécialistes (en particulier pour trouver des solutions techniques) mais aussi des médecins d'entreprise, chargés de s'occuper des aspects médicaux de la sécurité au travail.

La loi sur la sécurité au travail est en vigueur depuis décembre 1973. La République fédérale d'Allemagne ne comptait alors qu'environ 500 médecins ayant une formation en médecine du travail. Le système d'assurance accidents obligatoire a joué un rôle décisif dans l'élaboration et l'édification du système actuel, qui a permis à la médecine du travail de se développer dans les sociétés par l'entremise des médecins d'entreprise.

Le double système de sécurité et de santé au travail dans la République fédérale d'Allemagne

Le système d'assurance accidents obligatoire, l'un des cinq secteurs de l'assurance sociale, est chargé, à titre prioritaire, de prendre toutes les mesures pertinentes pour assurer la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles par la détection et l'élimination des risques pour la santé liés au travail. Les législateurs ont accordé de larges pouvoirs à ce système autonome pour lui permettre de s'acquitter du mandat qui lui avait été confié par la loi: il peut adopter ses propres règles et règlements pour concevoir et formuler les mesures préventives nécessaires. Le système d'assurance accidents obligatoire est donc chargé — dans les limites du droit public en vigueur — de déterminer quand un employeur doit engager un médecin d'entreprise, quelles compétences en médecine du travail il doit exiger de lui et combien de temps ce dernier doit consacrer aux soins à son personnel.

La première version de ce règlement relatif à la prévention des accidents remonte à 1978. A l'époque, il ne semblait pas y avoir assez de médecins connaissant la médecine du travail pour répondre aux besoins de toutes les entreprises. Il a donc été décidé

d'établir tout d'abord des conditions précises pour les grandes entreprises. Ces dernières avaient déjà pris les devants et avaient adopté, en ce qui concerne les médecins d'entreprise, des dispositions qui satisfaisaient aux exigences du règlement relatif à la prévention des accidents ou même les dépassaient.

L'embauchage d'un médecin d'entreprise

C'est le système d'assurance accidents obligatoire qui détermine le nombre d'heures à consacrer aux soins aux salariés dans une entreprise. Ce nombre est calculé d'après ce que les assureurs connaissent des risques pour la santé présents dans les divers secteurs d'activité. L'affectation d'un médecin d'entreprise est donc fonction du classement des entreprises fait par certains assureurs et de l'évaluation des risques potentiels pour la santé.

Comme les soins assurés par des médecins d'entreprise constituent une mesure de sécurité au travail, l'employeur doit assumer les frais liés à l'affectation de ces médecins. Le nombre de salariés de chacun des secteurs à risque multiplié par le temps alloué aux soins détermine le montant des dépenses. Il existe donc toute une gamme de soins possibles, selon la taille de l'entreprise, puisque cette dernière peut employer un ou plusieurs médecins à plein temps (médecins appartenant à l'entreprise) ou à temps partiel (services facturés à l'heure). La diversité des besoins a ainsi donné lieu à de multiples formes de services de médecine du travail.

Les fonctions d'un médecin d'entreprise

En principe, il faudrait distinguer, pour des raisons juridiques, les dispositions prises par les entreprises pour assurer des soins à leurs salariés et le travail fait par les médecins du système de santé public chargé de fournir des soins médicaux généraux à la population.

La loi sur la sécurité au travail a déjà défini un ensemble de fonctions pour les médecins d'entreprise afin de distinguer clairement les services de médecine du travail dont les employeurs assument la responsabilité, et qui sont énoncés à la figure 16.2. Les médecins d'entreprise n'exercent pas leurs fonctions sous les ordres de l'employeur; ils doivent cependant toujours combattre cette image, même de nos jours.

L'une des fonctions essentielles du médecin d'entreprise est l'examen médical des salariés au travail. Selon le contexte, un tel examen peut s'imposer, par exemple si des conditions de travail particulières amènent le médecin d'entreprise à offrir, de son propre chef, aux salariés concernés de subir un examen médical. Il ne peut toutefois forcer un salarié à se soumettre à cet examen, mais il doit plutôt l'amener à le faire en créant un climat de confiance.

Les bilans de santé préventifs en médecine du travail

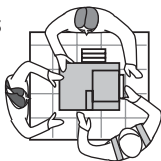
Les bilans de santé préventifs, que les employeurs peuvent prescrire à leur personnel selon la loi, viennent s'ajouter à ce genre d'examen. A l'issue de ce bilan, le médecin délivre un certificat dans lequel il atteste qu'il n'a pas d'objection à ce que le salarié travaille au poste de travail envisagé. L'attestation n'est valable qu'une seule fois.

La loi prescrit des bilans de santé préventifs s'il y a exposition à des matières dangereuses particulières au travail ou si l'emploi comporte des activités particulièrement dangereuses et si ces risques sanitaires ne peuvent être éliminés par des mesures de sécurité pertinentes. Ce n'est que dans des cas exceptionnels — par exemple, dans celui des bilans de santé de radioprotection — que la prescription prévoyant un examen obligatoire est appuyée par des règlements précisant ce que le médecin doit rechercher, quelles méthodes il doit appliquer et quels critères il doit utiliser pour interpréter le résultat de l'examen et juger de l'état de santé en relation avec l'affectation à des tâches.

Figure 16.2 • Fonctions des médecins du travail employés par des entreprises en Allemagne

A. Les médecins d'entreprise doivent apporter leur concours à l'employeur pour toutes les questions de sécurité au travail et de prévention des accidents liées à la protection de la santé. Ils doivent en particulier:

1. Conseiller l'employeur et toutes les autres personnes chargées de la sécurité au travail et de la prévention des accidents, particulièrement dans les domaines suivants:
 - planification, mise en œuvre et entretien des installations de fabrication et des équipements sociaux et sanitaires;
 - fourniture de moyens de travail techniques et introduction de procédures et de matériaux de travail nouveaux;
 - choix et essai d'équipements de protection individuelle;
 - questions concernant la physiologie et la psychologie du travail et autres questions concernant l'ergonomie et l'hygiène du travail, en particulier le rythme de travail, le temps de travail et les pauses, la configuration des lieux de travail, le déroulement des opérations et le milieu de travail;
 - organisation des premiers secours à l'intérieur de l'usine;
 - questions concernant les changements de poste de travail ainsi que l'intégration et la réintégration des handicapés au travail.



2. Examiner les salariés, juger de leur état de santé, les conseiller suivant les normes de la médecine du travail, et consigner et évaluer les résultats de l'examen.

3. Suivre la mise en œuvre des mesures de sécurité au travail et de prévention des accidents, et notamment:

- visiter régulièrement les lieux de travail et signaler les anomalies à l'employeur ou à d'autres personnes chargées de la sécurité au travail et de la prévention des accidents, proposer des mesures propres à corriger ces anomalies et promouvoir leur mise en œuvre;
- surveiller l'utilisation des équipements de protection individuelle;
- étudier les causes des maladies liées au travail, consigner et évaluer les résultats de cette étude et suggérer à l'employeur des mesures en vue de prévenir ces maladies.



4. Veiller à ce que tous les salariés de l'entreprise respectent les exigences en matière de sécurité au travail et de prévention des accidents, en particulier les informer des risques d'accidents et des risques pour la santé auxquels leur travail peut les exposer, ainsi que des dispositions et des précautions qui peuvent être prises pour éviter ces risques, et aider à la mise en place d'une formation pour les secouristes et le personnel médical auxiliaire.

B. Il n'appartient pas aux médecins d'entreprise de vérifier le bien-fondé des déclarations de maladie faites par les salariés.

C. Les médecins d'entreprise sont tenus, à la demande de l'employeur, de communiquer les résultats des enquêtes de médecine du travail effectuées.

Les Berufsgenossenschaften, associations professionnelles qui offrent des assurances accidents aux secteurs du commerce et de l'industrie, ont donc décidé, en 1972, d'autoriser un comité d'experts à élaborer des recommandations pertinentes pour les médecins s'occupant de médecine du travail. Ces recommandations existent depuis plus de vingt ans. Les directives relatives aux bilans de santé préventifs, énumérées à la figure 16.3, font état de 43 procédures d'examen applicables aux divers dangers pour la santé qui peuvent être maîtrisés, dans l'état actuel des connaissances, par des mesures médicales appropriées et afin d'empêcher les maladies de se développer.

Les Berufsgenossenschaften sont chargées de prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher la survenue de maladies pro-

fessionnelles, et c'est à ce titre qu'elles formulent de telles recommandations. Ces directives relatives aux bilans de santé préventifs constituent un ouvrage de référence en médecine du travail. Elles sont applicables à toutes les sphères d'activité, et non pas seulement à celles de l'industrie et du commerce.

En marge de ces recommandations en matière de médecine du travail, les Berufsgenossenschaften ont aussi pris rapidement des mesures pour obliger les entreprises n'ayant pas leur propre médecin à faire en sorte que leurs salariés bénéficient de ces bilans préventifs. Des médecins non spécialisés en médecine du travail peuvent même, à condition de respecter certaines exigences de base liées essentiellement à leurs connaissances spécialisées et aux installations dont ils disposent, être autorisés à effectuer des bilans préventifs, conformément à une politique appliquée par les Berufsgenossenschaften. C'est là la condition préalable qui a été imposée aux 13 000 médecins autorisés, au total, qui procèdent à 3,8 millions de bilans préventifs chaque année en Allemagne.

Si l'on a pu exiger légalement que les entreprises procèdent à ces bilans préventifs, qu'elles aient ou non un médecin à leur service, c'est que le pays possédait un nombre suffisant de médecins. Il devenait donc possible d'utiliser le système d'assurance accidents obligatoire pour appliquer certaines mesures de protection de la santé au travail, même dans les petites entreprises. Les règlements pertinents figurent dans l'ordonnance sur les substances dangereuses ainsi que dans la réglementation relative à la prévention des accidents, qui régissent les droits et obligations de l'employeur et du salarié examiné et le rôle du médecin agréé.

Les soins assurés par les médecins d'entreprise

Les statistiques publiées chaque année par l'Ordre fédéral des médecins (Bundesärztekammer) indiquent que, pour l'année 1994, plus de 11 500 médecins satisfaisaient aux conditions, sur le plan des connaissances spécialisées en médecine du travail, pour être des médecins d'entreprise (voir tableau 16.2). En République fédérale d'Allemagne, l'organisation Standesvertretung, qui représente la profession médicale, réglemente en toute autonomie les conditions que doivent remplir les médecins, sur le plan des études et du perfectionnement professionnel, pour exercer dans un domaine donné.

Pour satisfaire à ces conditions, le médecin d'entreprise doit être diplômé en «médecine du travail» ou en «médecine d'entreprise»; c'est-à-dire qu'à l'issue de quatre ans d'études suivant l'obtention du permis d'exercice de la médecine il peut travailler exclusivement en médecine du travail ou, à l'issue de trois ans d'études, il peut travailler à titre de médecin d'entreprise seulement s'il exerce aussi dans un autre domaine de la médecine (par exemple, en médecine interne). Les médecins privilégient la deuxième option, en général. C'est dire qu'ils considèrent que

Tableau 16.2 • Médecins ayant des connaissances spécialisées en médecine du travail

	Nombre	Pourcentage
Désignation sectorielle «médecine du travail»	3 776	31,4
Désignation supplémentaire «médecine d'entreprise»	5 732	47,6
Connaissances spécialisées en médecine du travail (autres qualifications)	2 526	21,0
Total	12 034	100

¹ Au 31 décembre 1995.

Figure 16.3 • Données récapitulatives sur les services externes des Berufsgenossenschaften dans l'industrie de la construction en Allemagne

<p>Directives sur les risques pour la santé</p> <p>G 1.1 poussière silicogène</p> <p>G 1.2 poussière contenant de l'amiante</p> <p>G 2 plomb ou ses composés (à l'exclusion des alkyles de plomb)</p> <p>G 3 alkyles de plomb</p> <p>G 4 cancer de la peau</p> <p>G 5 nitroglycérine ou nitroglycol</p> <p>G 6 sulfure de carbone</p> <p>G 7 monoxyde de carbone</p> <p>G 8 benzène</p> <p>G 9 mercure ou ses composés</p> <p>G 10 méthanol</p> <p>G 11 sulfure d'hydrogène</p> <p>G 12 phosphore (blanc)</p> <p>G 13 tétrachlorure de méthane (tétrachlorure de carbone)</p> <p>G 14 trichlorure d'éthylène</p>	<p>G 15 composés du chrome (VI)</p> <p>G 16 arsenic et ses composés</p> <p>G 17 tétrachlorure ou pentachlorure d'éthylène</p> <p>G 18 tétrachlorure ou pentachlorure d'éthane</p> <p>[G 19 rayonnement laser (explication de la suppression de cette directive)]</p> <p>G 20 bruit</p> <p>G 21 travail au froid</p> <p>G 22 affections des dents causées par l'acide</p> <p>G 23 maladies obstructives des voies respiratoires</p> <p>G 24 affections cutanées (à l'exclusion du cancer de la peau)</p> <p>G 25 activités de conduite, de direction et de surveillance</p> <p>G 26 dispositifs de protection des voies respiratoires</p> <p>G 27 isocyanate</p> <p>G 28 monochlorure de méthane (chlorure de méthyle)</p> <p>G 29 homologues du benzène (toluène, xylène)</p> <p>G 30 travail à la chaleur</p>	<p>G 31 pression supérieure à la normale</p> <p>G 32 cadmium ou ses composés</p> <p>G 33 composés nitrés ou aminés aromatiques</p> <p>G 34 fluor ou ses composés inorganiques</p> <p>G 35 séjours à l'étranger pour le travail</p> <p>G 36 chlorure de vinyle</p> <p>G 37 écrans de visualisation</p> <p>G 38 nickel et ses composés</p> <p>G 39 fumées de soudage</p> <p>G 40 matières dangereuses cancérigènes — en général</p> <p>G 41 travail avec danger de chute</p> <p>G 42 maladies infectieuses</p> <p>partie 1: agents pathogènes de la tuberculose</p> <p>partie 2: virus de l'hépatite A</p> <p>partie 3: virus de l'hépatite B</p> <p>G 43 biotechnologies</p> <p>G 44 poussière de bois de hêtre ou de chêne</p>
--	--	--



l'essentiel de leur activité professionnelle s'exerce dans un domaine classique de la médecine et non en médecine du travail.

La médecine du travail apparaît comme une source de revenus secondaire aux yeux de ces médecins. Cela explique également pourquoi l'examen médical continue de prédominer dans la pratique de la médecine d'entreprise, même si les mesures législatives et le système d'assurance accidents obligatoire mettent l'accent sur l'inspection des entreprises et les conseils médicaux aux employeurs et aux salariés.

Il existe, en outre, un groupe de médecins qui ont acquis des connaissances spécialisées en médecine du travail il y a bien longtemps et satisfaisaient aux conditions imposées à l'époque. Les conditions que devaient remplir les médecins de l'ex-République démocratique allemande pour exercer à titre de médecins d'entreprise revêtent une importance particulière à cet égard.

L'organisation des soins fournis par les médecins d'entreprise

En principe, l'employeur peut choisir librement un médecin d'entreprise parmi ceux qui offrent leurs services en médecine du travail. Comme l'offre de médecins n'était pas suffisante lorsque les conditions préalables pertinentes ont été fixées par la loi au début des années soixante-dix, le système d'assurance accidents obligatoire a pris l'initiative de réguler les mécanismes du marché de l'offre et de la demande.

Les Berufsgenossenschaften de l'industrie de la construction ont créé leurs propres services de médecine du travail en engageant sur contrat des médecins spécialisés en médecine du travail pour assurer des soins dans les entreprises qui leur étaient affiliées. Les Berufsgenossenschaften ont pris des dispositions, dans le cadre de leurs statuts, pour que chacune de leurs entreprises soit desservie par un service de médecine du travail. Les coûts étaient répartis entre toutes les entreprises au moyen de formules de financement appropriées. On trouvera au tableau 16.3 des renseignements succincts sur les services externes de médecine du travail offerts par les Berufsgenossenschaften de l'industrie de la construction.

Les Berufsgenossenschaften de l'industrie des transports maritimes et du cabotage ont également mis sur pied des services de médecine du travail pour leur secteur. Il est à noter que les

caractéristiques propres aux entreprises de ce secteur — activités sans localisation fixe et exigences professionnelles particulières — ont eu une influence déterminante sur leur décision de souligner à leurs entreprises affiliées la nécessité des médecins d'entreprise.

Des facteurs semblables ont amené les autres Berufsgenossenschaften à former une confédération pour fonder le service de médecine du travail des Berufsgenossenschaften (BAD). Cet organisme, qui offre ses services à toutes les entreprises sur le marché, a pu s'établir rapidement partout en République fédérale d'Allemagne grâce à la garantie financière des Berufsgenossenschaften. Cela lui permet de faire en sorte que les entreprises situées dans les Länder où l'activité économique est relativement faible aient accès à un médecin d'entreprise dans leur région. Le principe est toujours le même de nos jours. Le BAD est considéré comme le fournisseur le plus important de services de médecine du travail.

Tableau 16.3 • Soins médicaux en entreprise offerts par des services externes de médecine du travail, 1994

	Médecins assurant des soins à titre d'activité principale	Médecins assurant des soins à titre d'activité secondaire	Centres	Salariés desservis
ARGE Bau ¹	221		83 mobile: 46	
BAD ²	485	72	175 mobile: 7	1,64 million
IAS ³	183		58	500 000
TÜV ⁴			72	
AMD Würzburg ⁵	60–70		30–35	

¹ ARGE Bau = Communauté des travailleurs des Berufsgenossenschaften de l'industrie de la construction. ² BAD = Service de médecine du travail des Berufsgenossenschaften. ³ IAS = Institut de médecine du travail et de médecine sociale. ⁴ TÜV = Association de contrôle technique. ⁵ AMD Würzburg = Service de médecine du travail des Berufsgenossenschaften.

L'économie de marché le force cependant à soutenir la concurrence d'autres fournisseurs, surtout dans les agglomérations urbaines, en maintenant un haut niveau de qualité.

Les services de médecine du travail de l'Association de contrôle technique (TÜV) et de l'Institut de médecine du travail et de médecine sociale (IAS) viennent au deuxième et au troisième rang en importance, toutes régions confondues. Il y a également de nombreuses entreprises de taille plus restreinte, présentes à l'échelon régional, dans tous les Länder d'Allemagne.

La collaboration avec d'autres fournisseurs de services de sécurité et de santé au travail

La loi sur la sécurité au travail, fondement juridique des soins assurés par les médecins d'entreprise, régit aussi la surveillance professionnelle de la sécurité au travail afin notamment que les questions de sécurité au travail soient traitées par un personnel bien au fait des précautions techniques à prendre. Les exigences du travail en industrie ont parallèlement changé à tel point que les connaissances techniques concernant la sécurité au travail doivent maintenant s'accompagner de plus en plus d'une connaissance de la toxicologie des matières utilisées. En outre, l'organisation ergonomique des conditions de travail et les effets physiologiques des agents biologiques jouent un rôle croissant dans l'évaluation du stress au travail.

Les connaissances nécessaires ne peuvent être rassemblées que par la collaboration interdisciplinaire d'experts dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Le système d'assurance accidents obligatoire encourage donc particulièrement l'élaboration de formes d'organisation qui prennent en compte cette collaboration interdisciplinaire au stade organisationnel et il crée, à l'intérieur même de sa structure, des conditions favorables à cette collaboration en réorganisant en conséquence ses services administratifs. Ce que l'on appelait autrefois le Service d'inspection technique du système d'assurance accidents obligatoire devient un secteur axé sur la prévention comptant non seulement des techniciens, mais aussi des chimistes, des biologistes et, de plus en plus, des médecins qui cherchent ensemble à résoudre les problèmes de santé au travail.

C'est là l'une des conditions essentielles à l'instauration de la collaboration interdisciplinaire — à l'intérieur des entreprises et entre les services de technologie de la sécurité et les médecins d'entreprise — dont on a besoin pour résoudre efficacement les problèmes immédiats de santé et de sécurité au travail.

Il faudrait, en outre, intensifier la supervision des techniques de sécurité dans toutes les entreprises tout comme le droit de regard des médecins d'entreprise. Il faut que les entreprises emploient des spécialistes de la sécurité en s'appuyant sur le même fondement juridique — la loi sur la sécurité au travail — ou qu'elles fournissent elles-mêmes du personnel dûment formé dans ce secteur. A l'instar de la supervision assurée par les médecins d'entreprise, le règlement relatif à la prévention des accidents à l'intention des spécialistes de la sécurité au travail (VBG 122) a énoncé les exigences que les entreprises doivent fixer pour l'embauchage de ces spécialistes. En outre, dans le cas de la supervision des techniques de sécurité des entreprises, on a pris soin de veiller à ce que ces exigences s'appliquent à chacune des 2,6 millions d'entreprises que comptent actuellement le secteur privé et le secteur public.

Environ 2 millions de ces entreprises ont moins de 20 salariés et sont classées parmi les petites entreprises. En supervisant pleinement toutes les entreprises, y compris les petites et les très petites, le système d'assurance accidents obligatoire se donne la possibilité de faire respecter la sécurité et la santé au travail dans tous les secteurs.

LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL AUX ÉTATS-UNIS: INTRODUCTION

Sharon L. Morris et Peter Orris

Historique

Les services de santé au travail aux États-Unis ont, de tout temps, été caractérisés par une division entre fonction et contrôle. La question de savoir dans quelle mesure le gouvernement, à quelque échelon que ce soit, devrait promulguer des règles régissant les conditions de travail a toujours soulevé la controverse. En outre, il y a eu des tiraillements entre les gouvernements des États et le gouvernement fédéral sur le point de savoir à qui incombe la responsabilité première d'assurer des services de prévention fondés essentiellement sur les lois régissant la sécurité et la santé au travail. L'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles a été prise en charge principalement par les compagnies d'assurances privées, tandis que l'éducation en matière de santé et de sécurité a été, jusqu'à tout récemment, laissée en grande partie aux syndicats et aux entreprises.

C'est au niveau des États qu'ont eu lieu les premiers efforts gouvernementaux de réglementation des conditions de travail. Des États ont entrepris d'adopter des lois sur la santé et la sécurité au travail au tout début du XIX^e siècle, époque où l'augmentation de la production industrielle commençait à s'accompagner de taux d'accidents élevés. La Pennsylvanie a adopté la première loi sur l'inspection des mines de charbon en 1869, et le Massachusetts a été le premier État à promulguer une loi sur l'inspection des fabriques en 1877.

En 1900, les États les plus industrialisés avaient adopté des lois concernant certains dangers au travail. Au début du XX^e siècle, l'État de New York et celui du Wisconsin faisaient figure de pionniers en élaborant des programmes plus importants de sécurité et de santé au travail.

La plupart des États ont adopté, entre 1910 et 1920, des lois sur la réparation des accidents du travail établissant l'assurance privée sans égard à la faute. Quelques États, dont celui de Washington, ont instauré un système de collecte de données et d'orientation des objectifs de recherche. Les lois sur la réparation des accidents du travail variaient considérablement d'un État à l'autre, n'étaient généralement pas bien appliquées et excluaient de nombreux travailleurs, notamment ceux de l'agriculture. Seuls les salariés des chemins de fer et des ports, les débardeurs et les fonctionnaires fédéraux avaient des régimes nationaux de réparation des accidents du travail.

Au cours des premières décennies du XX^e siècle, le rôle du gouvernement fédéral en matière de sécurité et de santé au travail s'est borné à la recherche et au conseil. En 1910, le Bureau fédéral des mines (Federal Bureau of Mines) a été créé au sein du ministère de l'Intérieur pour enquêter sur les accidents, consulter l'industrie, faire de la recherche sur la sécurité et la production et conduire des actions de formation à la prévention des accidents, aux premiers secours et au sauvetage dans les mines. L'Office d'hygiène industrielle et de salubrité (Office of Industrial Hygiene and Sanitation) a été créé au sein du Service de santé publique, en 1914, pour faire de la recherche et aider les États à résoudre les problèmes de sécurité et de santé au travail. Il a été installé à Pittsburgh parce qu'il était étroitement lié au Bureau des mines et qu'il s'occupait surtout des accidents du travail et des maladies survenant dans les secteurs des mines et de l'acier.

Un ministère du Travail distinct a été institué en 1913; le Bureau des normes du travail et le Conseil interministériel de la sécurité ont été mis en place en 1934. En 1936, le ministère du Travail a commencé à jouer un rôle de réglementation en vertu de la loi Walsh-Healey sur les marchés publics, qui obligeait

certaines entreprises fédérales à respecter des normes minimales en matière de sécurité et de santé. Le contrôle de l'application de ces normes était effectué par les États avec une efficacité variable, en vertu d'accords de collaboration avec le ministère du Travail. Nombreux étaient ceux qui affirmaient que cette juxtaposition hétéroclite de lois des États et de lois fédérales ne permettait pas de prévenir efficacement les accidents du travail et les maladies professionnelles.

L'ère moderne

Les premières lois fédérales importantes sur la sécurité et la santé au travail ont été adoptées en 1969 et 1970. En novembre 1968, une explosion survenue à Farmington, en Virginie occidentale, a tué 78 travailleurs d'une mine de charbon, ce qui a amené les mineurs à réclamer des lois fédérales plus sévères. En 1969, la loi fédérale sur la sécurité et la santé dans les mines de charbon, fixant des normes obligatoires de santé et de sécurité pour les mines de charbon souterraines, a été adoptée. Combinée à d'autres lois antérieures sur les mines et élargie, elle est devenue la loi fédérale sur la sécurité et la santé dans les mines de 1977, portant création de l'Administration de la sécurité et de la santé dans les mines, chargée d'élaborer et de veiller à l'application des normes de sécurité et de santé pour l'ensemble du secteur minier aux États-Unis.

Ce n'est pas une catastrophe unique, mais une hausse régulière des taux d'accidents au cours des années soixante qui a favorisé l'adoption de la loi sur la sécurité et la santé au travail de 1970. Le souci naissant de protéger l'environnement et une décennie de législation progressiste ont assuré l'adoption de la nouvelle loi omnibus, qui s'applique à la majorité des lieux de travail aux États-Unis. Elle a institué l'Administration de la sécurité et de la santé au travail (Occupational Safety and Health Administration (OSHA)), au sein du ministère du Travail, chargée de fixer et de faire appliquer les normes fédérales sur la sécurité et la santé au travail. La loi ne marquait pas une rupture complète par rapport au passé, puisqu'elle prévoyait un mécanisme permettant aux États d'administrer leurs propres programmes de sécurité et de santé au travail. La loi a établi aussi l'Institut national de la sécurité et de la santé au travail (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)), au sein de ce qui est aujourd'hui le ministère de la Santé, chargé de faire de la recherche, de former des professionnels de la santé et de la sécurité et d'élaborer des normes dans ce domaine.

De nos jours, aux États-Unis, les services de sécurité et de santé au travail sont assurés par divers secteurs. Dans les grandes entreprises, le traitement, la prévention et l'éducation relèvent essentiellement des services médicaux des entreprises. Dans les plus petites entreprises, ces services sont généralement assurés par des hôpitaux, des établissements de soins ou des cabinets de médecins.

Les évaluations toxicologiques et les évaluations médicales indépendantes sont confiées à des médecins ainsi qu'à des centres hospitaliers universitaires et autres établissements de soins du secteur public. Enfin, des services gouvernementaux assurent le contrôle de l'application des lois sur la sécurité et la santé au travail, le financement de la recherche, la formation et l'élaboration de normes en la matière.

Ce système complexe est décrit dans les articles qui suivent. M.M. Bunn et McCunney, respectivement de la Mobil Oil Corporation et du Massachusetts Institute of Technology, traitent des services offerts en entreprise. Penny Higgins (RN, BS), de Northwest Community Healthcare à Arlington Heights (Illinois), décrit les programmes offerts en milieu hospitalier. Dean B. Baker (MD, MPH), directeur de l'Université de Californie, expose les activités des centres hospitalo-universitaires. Linda Rosenstock, directrice du NIOSH, et Sharon L. Morris, du Département de l'hygiène de l'environnement de l'Université de Washington, résum-

ment les activités gouvernementales à l'échelon fédéral, à l'échelon des États et à l'échelon local. LaMont Byrd, directeur de la santé et de la sécurité à la Fraternité internationale des Teamsters, AFL-CIO, décrit les diverses activités qu'offre son service aux membres de ce syndicat international.

Cette division des responsabilités en matière de santé au travail engendre souvent des chevauchements et, dans le cas de l'indemnisation des travailleurs, des prescriptions et des services contradictoires. Cette approche pluraliste fait à la fois la force et la faiblesse du système aux États-Unis. Elle permet d'aborder les problèmes sous divers angles, mais elle peut semer la confusion chez l'utilisateur qui ne connaît pas parfaitement le système. C'est un système qui fluctue souvent et où la balance des pouvoirs va et vient entre les intervenants clés — secteur privé, syndicats, gouvernements des États ou gouvernement fédéral.

LES ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX DE SANTÉ AU TRAVAIL AUX ÉTATS-UNIS

Sharon L. Morris et Linda Rosenstock

L'Administration de la sécurité et de la santé au travail (Occupational Safety and Health Administration (OSHA))

Objet et organisation

L'OSHA a été créée pour inciter les employeurs et les travailleurs à réduire les risques au travail et à mettre en œuvre des programmes efficaces de sécurité et de santé. Pour ce faire, elle établit et fait appliquer des normes, elle surveille l'exécution des programmes de sécurité et de santé des États, elle fait obligation aux employeurs de tenir des registres des accidents du travail et des maladies professionnelles, elle dispense aux employeurs et aux salariés une formation en matière de sécurité et de santé et elle effectue des enquêtes sur les plaintes des travailleurs qui se disent victimes de représailles pour avoir signalé des risques pour la sécurité ou la santé.

L'OSHA est dirigée par un secrétaire adjoint au Travail pour la sécurité et la santé au travail, qui fait rapport au secrétaire au Travail. L'OSHA a son siège à Washington, DC, et elle compte 10 bureaux régionaux et quelque 35 bureaux de secteur. Environ la moitié des États administre ses propres programmes de sécurité et de santé, et l'OSHA s'en charge dans les États qui n'ont pas de programme propre. La loi sur la sécurité et la santé au travail exige aussi que chaque organisme gouvernemental fédéral exécute un programme de sécurité et de santé conforme aux normes de l'OSHA.

Le programme et les services

Les normes constituent la base du programme de l'OSHA; elles définissent les exigences que doivent respecter les employeurs. Les projets de normes sont publiés dans le Registre fédéral, et le public peut les commenter et faire entendre sa voix. Les normes finales sont également publiées dans le Registre fédéral et peuvent être contestées devant une cour d'appel des États-Unis.

Les employeurs sont tenus de respecter la clause du devoir général de diligence prévue dans la loi sur la sécurité et la santé au travail dans les domaines où l'OSHA n'a pas établi de norme; cette clause stipule que chaque employeur doit fournir à ses salariés «un lieu de travail exempt des risques connus qui causent ou sont de nature à causer le décès ou un dommage physique grave».

L'OSHA a le droit d'entrer dans les lieux de travail pour déterminer si un employeur respecte les exigences de la loi. Elle accorde la plus haute priorité aux enquêtes sur les dangers imminents, les catastrophes et les accidents mortels, les plaintes des salariés et les inspections régulières dans les secteurs très dangereux.

Si l'employeur refuse l'accès à ses locaux, l'inspecteur peut se trouver dans l'obligation d'obtenir un mandat de perquisition d'un juge de district ou d'un magistrat des Etats-Unis. Les représentants de l'employeur et des travailleurs ont le droit d'accompagner les inspecteurs de l'OSHA dans leurs visites d'entreprise. L'inspecteur délivre des mises en demeure et propose des peines pour toutes les violations constatées pendant l'inspection et fixe un délai pour y remédier.

L'employeur peut contester la mise en demeure devant la Commission de contrôle de la sécurité et de la santé au travail, organisme indépendant chargé de statuer sur les contestations des mises en demeure délivrées par l'OSHA et les amendes fixées. L'employeur peut aussi interjeter appel d'une décision négative de la Commission de contrôle devant un tribunal fédéral.

Les employeurs qui consentent à remédier aux risques graves relevés par le conseiller peuvent bénéficier d'une assistance gratuite à cette fin. L'aide peut porter sur l'élaboration de programmes de sécurité et de santé et la formation des travailleurs. Ce service, qui s'adresse surtout aux petits employeurs, est financé en grande partie par l'OSHA et assuré par des organismes gouvernementaux ou des universités.

L'OSHA a un programme de protection volontaire selon lequel les entreprises sont dispensées des inspections régulières si elles satisfont à certains critères et acceptent de mettre en place leurs propres programmes complets de sécurité et de santé. Ces entreprises doivent avoir un taux d'accidents inférieur à la moyenne et des programmes de sécurité écrits, mettre leurs registres d'accidents et d'exposition aux risques à la disposition de l'OSHA et informer les travailleurs de leurs droits.

Les ressources

L'OSHA avait, en 1995, un budget de 312 millions de dollars et environ 2 300 salariés. Ces ressources servaient à assurer la protection de plus de 90 millions de travailleurs dans l'ensemble des Etats-Unis.

Les programmes de prévention des Etats

Objet et organisation

La loi sur la sécurité et la santé au travail de 1970 a donné aux gouvernements des Etats la possibilité de réglementer la sécurité et la santé au travail.

Les Etats qui désirent mettre en œuvre leur propre programme d'élaboration et d'application de normes de sécurité et de santé soumettent un plan à l'approbation de l'OSHA. Ce plan énonce en détail ce que l'Etat compte faire pour élaborer et appliquer des normes «au moins aussi efficaces» que celles de l'OSHA et pour exercer sa juridiction sur les agents de la fonction publique des Etats, des villes et des autres administrations publiques (à l'exception des administrations fédérales) auxquels l'OSHA n'assure pas d'autre protection. Dans ces Etats, le gouvernement fédéral renonce à ses responsabilités directes en matière de réglementation et se charge plutôt de financer en partie les programmes des Etats et de vérifier si leurs activités sont conformes aux normes nationales.

Les programmes et les services

Environ la moitié des Etats ont choisi d'administrer leurs propres programmes. Deux autres Etats, New York et le Connecticut, ont décidé de conserver la compétence fédérale sur leur territoire mais d'ajouter un système de sécurité et de santé au travail qui assure la protection des agents de la fonction publique.

Les programmes de prévention administrés par les Etats permettent d'orienter les ressources et les efforts de réglementation vers les besoins particuliers de chacun d'eux. L'exploitation forestière, par exemple, ne se fait pas de la même façon dans l'est et dans l'ouest des Etats-Unis. La Caroline du Nord, qui administre son propre programme de prévention, a pu cibler ses programmes de réglementation, de vulgarisation, de formation et d'exécution de façon à répondre aux besoins de ses bûcherons sur le plan de la sécurité et de la santé.

L'Etat de Washington, qui a une importante base économique agricole, a élaboré des normes de sécurité pour l'agriculture qui excèdent les normes minimales obligatoires sur le plan national et a traduit en espagnol les informations sur la sécurité pour répondre aux besoins des travailleurs agricoles hispanophones.

Les Etats peuvent élaborer non seulement des programmes spécifiques, mais aussi des programmes et des règlements qui ne recueilleraient pas suffisamment d'appui à l'échelon fédéral. La Californie, l'Utah, le Vermont et l'Etat de Washington limitent l'exposition à la fumée du tabac au travail; l'Etat de Washington et l'Oregon exigent que chaque employeur élabore des plans de prévention des accidents et des maladies pour chaque lieu de travail; l'Utah a adopté, dans les secteurs du forage pétrolier et gazier et de la fabrication d'explosifs, des normes supérieures à celles que l'OSHA a fixées à l'échelon fédéral.

Les Etats peuvent mettre en œuvre des programmes de consultation pour aider gratuitement les employeurs à déceler les dangers au travail et à y remédier. Ces consultations, qui n'ont lieu qu'à la demande de l'employeur, sont séparées des programmes d'exécution.

Les ressources

En 1993, les programmes administrés par les Etats comptaient en tout 1 170 personnes chargées du contrôle de l'application, selon l'association chargée des plans de sécurité et de santé au travail des Etats. Ils comptaient en outre quelque 300 conseillers en matière de prévention et près de 60 coordonnateurs de la formation et de l'éducation. La plupart de ces programmes relèvent du ministère du Travail des Etats.

L'Administration de la sécurité et de la santé dans les mines (Mine Safety and Health Administration (MSHA))

Objet et organisation

L'Administration de la sécurité et de la santé dans les mines (MSHA) adopte et fait appliquer des normes visant à réduire les accidents, les maladies et les décès dans le secteur des mines et du traitement des minerais, indépendamment de la taille de l'entreprise, de la méthode d'extraction ou du nombre de salariés. La MSHA doit inspecter toutes les mines souterraines au moins quatre fois par an et toutes les mines à ciel ouvert au moins deux fois par an.

Outre ses activités de contrôle, la MSHA est tenue, en vertu de la loi sur la sécurité et la santé dans les mines, d'établir des règlements concernant la formation à la sécurité et à la santé des mineurs, d'améliorer et de renforcer les lois sur la santé et la sécurité dans les mines, et d'encourager les mineurs et leurs représentants à prendre part aux activités de prévention. La MSHA collabore aussi avec les exploitants des mines en vue de résoudre les problèmes de sécurité et de santé au moyen de programmes d'éducation et de formation et de mesures de prévention technique pour réduire les accidents.

A l'instar de l'OSHA, la MSHA est dirigée par un secrétaire adjoint au Travail. Dans les régions de mines de charbon, dix bureaux de district y gèrent les activités de prévention. Six bureaux de district administrent les activités de prévention dans

les mines métalliques et non métalliques des régions minières du pays.

Un certain nombre de bureaux qui secondent la MSHA dans sa tâche sont situés au siège, à Arlington (Virginie). Ce sont le Bureau des normes, des règlements et des dérogations, le Bureau des évaluations, la Direction de l'appui technique et le Bureau de l'organisation des programmes. En outre, le Bureau de la promotion et de l'orientation de la formation supervise le programme de formation de la MSHA à l'Académie nationale de la sécurité et de la santé dans les mines de Beckley (Virginie-Occidentale), la plus grande institution au monde consacrée entièrement à la formation à la prévention dans les mines.

Les programmes et les services

Le nombre de décès et de lésions dans le secteur minier a connu une baisse importante au cours du dernier siècle. Des milliers de travailleurs des mines de charbon ont été tués entre 1880 et 1910, dont 3 242 dans la seule année 1907. D'autres types de mines ont également fait de nombreux morts. Le nombre moyen de décès dans les mines a baissé au fil des ans et s'établit à moins de 100 par année aujourd'hui.

La MSHA exige, conformément aux dispositions de la loi sur les mines, que les entreprises minières aient un plan approuvé de formation à la prévention prévoyant 40 heures de formation de base pour les nouveaux mineurs de fond, 24 heures de formation pour les nouveaux mineurs de surface, 8 heures de recyclage par an pour l'ensemble des mineurs et une formation sur la sécurité propre à certaines tâches pour les mineurs affectés à un nouveau poste de travail. L'Académie nationale de la sécurité et de la santé dans les mines offre toute une gamme de cours de prévention. La MSHA dispense une formation spéciale pour les dirigeants et les travailleurs des petites exploitations minières. On peut se procurer le matériel pédagogique de la MSHA, y compris les bandes vidéo, les films, les publications et les documents techniques à l'Académie et dans les bureaux de district.

Les ressources

En 1995, la MSHA disposait d'un budget d'environ 200 millions de dollars et comptait environ 2 500 salariés. Ces ressources devaient assurer la santé et la sécurité de quelque 113 000 travailleurs des mines de charbon et de 197 000 travailleurs des mines métalliques et non métalliques.

L'Institut national de la sécurité et de la santé au travail (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH))

Objet et organisation

L'Institut national de la sécurité et de la santé au travail (NIOSH) est l'organisme fédéral chargé de faire de la recherche sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et de présenter à l'OSHA des projets de normes. Le NIOSH finance des programmes de formation à l'intention des professionnels de la santé et de la sécurité au travail par l'entremise des Centres de ressources pédagogiques et des projets de formation menés en milieu universitaire partout aux États-Unis. En vertu de la loi sur la sécurité et la santé dans les mines de 1977, le NIOSH effectue également des recherches et des évaluations sur les risques sanitaires et il recommande des normes sur la santé dans les mines à la MSHA.

Le directeur du NIOSH fait rapport à celui des Centres de lutte contre la maladie (CDC) qui relèvent du ministère de la Santé. Le siège du NIOSH se trouve à Washington, DC, les bureaux administratifs, à Atlanta (Géorgie) et les laboratoires, à Cincinnati (Ohio) et à Morgantown (Virginie-Occidentale).

Les programmes et les services

Le NIOSH fait de la recherche à la fois sur les lieux de travail et en laboratoire. Il recense les lésions et les maladies d'origine professionnelle grâce à ses programmes de surveillance. Il recueille notamment des données sur certaines affections particulières, par exemple les taux élevés de plomb dans le sang chez les adultes ou les lésions chez les travailleurs adolescents. Il coordonne aussi les données recueillies par les États et par d'autres organismes fédéraux afin d'avoir une vue générale des conséquences des risques professionnels dans le pays.

Le NIOSH fait des enquêtes sur les lieux de travail dans l'ensemble des États-Unis. Ces études lui permettent de cerner les risques, d'évaluer l'importance des expositions et de déterminer l'efficacité des mesures de prévention. Il doit pouvoir pénétrer dans les entreprises pour effectuer ces enquêtes. Il publie ensuite des articles dans les revues scientifiques et fait des recommandations sur la prévention des risques dans des lieux de travail spécifiques.

En collaboration avec les ministères de la Santé des États, le NIOSH conduit des enquêtes sur les décès au travail attribuables à certaines causes particulières incluant les électrocutions, les chutes, l'utilisation de machines et le travail en espace confiné. Il offre un programme spécial aux petites entreprises, afin de les aider à mettre au point des technologies efficaces et peu coûteuses pour limiter, à la source, les expositions dangereuses.

Le NIOSH fait de la recherche en laboratoire pour étudier les risques professionnels dans des conditions contrôlées. Il est ainsi mieux en mesure de déterminer les causes et les mécanismes des maladies professionnelles et des accidents du travail, de trouver des moyens de mesurer et de surveiller les expositions et, enfin, de mettre au point et d'évaluer des équipements de protection individuelle et des techniques de contrôle.

Le NIOSH consacre environ 17% de son budget à des activités de services. Bon nombre de celles-ci sont, elles aussi, axées sur la recherche, par exemple le programme d'évaluation des risques pour la santé. Il procède à des centaines d'évaluations de ces risques chaque année à la demande d'employeurs, de travailleurs ou d'organismes relevant du gouvernement fédéral ou des gouvernements des États. Il évalue les lieux de travail et propose aux travailleurs et aux employeurs des moyens de réduire les expositions.

Le NIOSH offre aussi un service d'information téléphonique gratuit. Les utilisateurs peuvent obtenir des renseignements sur la sécurité et la santé au travail, demander une évaluation des risques pour la santé ou obtenir une publication du NIOSH. La page d'accueil du NIOSH sur Internet constitue également une bonne source d'information.

Le NIOSH tient un certain nombre de bases de données, dont la base de données bibliographiques NIOSHTIC sur les ouvrages traitant de la sécurité et de la santé au travail, et le Registre des effets toxiques des substances chimiques (RTECS), recueil de données toxicologiques tirées d'ouvrages scientifiques, conformément à son mandat, qui consiste à «recenser toutes les substances toxiques connues et les concentrations pour lesquelles la toxicité a été établie».

Le NIOSH met des appareils de protection respiratoire à l'essai et certifie qu'ils satisfont aux normes nationales établies. Il aide ainsi les employeurs et les travailleurs à choisir celui qui convient le mieux pour un milieu de travail donné.

Le NIOSH finance des programmes offerts dans des universités de l'ensemble des États-Unis visant à former des médecins et du personnel infirmier du travail, des hygiénistes industriels et des professionnels de la sécurité. Il finance aussi des programmes visant à introduire la prévention dans les établissements d'enseignement commercial, technique et professionnel. Ces programmes, qui prennent la forme soit de centres de ressources pédagogiques

ques multidisciplinaires soit de projets de formation axés sur une seule discipline, ont grandement contribué à faire de la santé au travail une discipline en soi et à répondre à la demande de professionnels qualifiés en matière de prévention.

Les ressources

Le NIOSH avait environ 900 salariés et un budget de 133 millions de dollars en 1995. C'est le seul organisme fédéral qui soit chargé par la loi de mener des activités de recherche et de formation professionnelle en matière de prévention.

L'avenir des programmes de sécurité et de santé au travail

L'avenir des programmes fédéraux de sécurité et de santé au travail aux États-Unis est très menacé dans le climat de déréglementation qui marque les années quatre-vingt-dix. Le Congrès continue de présenter des propositions sérieuses qui modifieraient de façon draconienne le fonctionnement de ces programmes.

L'une de ces propositions voudrait que les organismes de réglementation délaissent l'élaboration et le contrôle de l'application des normes au profit de l'éducation et de la consultation. Une autre voudrait que les organismes soient tenus d'effectuer des analyses coûts-avantages complexes avant de pouvoir établir des normes. Le NIOSH est menacé d'abolition ou de fusion avec l'OSHA. Et tous ces organismes ont été désignés comme cibles des réductions budgétaires à venir.

Si ces propositions devaient se concrétiser, le rôle du gouvernement fédéral dans la recherche et dans l'établissement et l'application de normes uniformes en matière de sécurité et de santé au travail dans l'ensemble des États-Unis serait grandement réduit.

● LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE AUX ÉTATS-UNIS

William B. Bunn et Robert J. McCunney

Les services de médecine d'entreprise varient aussi bien par leur contenu que par leur structure. Beaucoup pensent que ces services sont l'apanage des grandes entreprises et sont assez étoffés pour détecter tous les effets indésirables possibles chez l'ensemble des travailleurs. Mais, dans les faits, l'importance de ces services varie considérablement. Certains n'offrent que des examens préalables à l'emploi, tandis que d'autres assurent une surveillance médicale totale, des activités de promotion de la santé et d'autres services spéciaux. La structure des services diffère aussi, tout comme la composition des équipes de sécurité et de santé. Dans certains cas, l'entreprise passe un contrat avec un médecin de l'extérieur qui assure des services médicaux, tandis que dans d'autres, elle a un service de santé sur place comprenant des médecins et du personnel infirmier et une équipe d'hygiénistes industriels, d'ingénieurs, de toxicologues et d'épidémiologistes. Les fonctions et les responsabilités des membres de l'équipe de sécurité et de santé varient selon la branche d'activité et les risques en cause.

Les motifs de la mise en place des services de médecine d'entreprise

De multiples facteurs incitent à exercer une surveillance médicale des travailleurs. Premièrement, il y a le souci de la sécurité et de la santé générales du salarié. Deuxièmement, la surveillance présente un avantage financier puisqu'elle accroît la productivité du salarié et réduit les frais pour soins médicaux. Troisièmement, les entreprises sont tenues de respecter la loi sur la sécurité et la santé au travail, les prescriptions concernant l'égalité des chances en matière d'emploi, la loi sur les Américains porteurs de handicap

et d'autres prescriptions légales. Enfin, les entreprises craignent d'être victimes de poursuites au civil et au pénal si elles n'établissent pas de services adéquats ou si ceux qu'elles possèdent sont jugés insuffisants (McCunney, 1995; Bunn, 1985).

Les types de services de santé au travail

La nature des services de santé au travail est fonction de l'évaluation des besoins. Divers facteurs interviennent à cet égard, en particulier les risques inhérents aux opérations courantes, les caractéristiques démographiques de l'effectif et l'intérêt de la direction pour la santé au travail. Les services de santé sont fonction du type d'activité, des dangers physiques, chimiques ou biologiques existants, des méthodes utilisées pour prévenir l'exposition, et des normes, des règlements et des décisions adoptés par le gouvernement et la profession.

Voici quelques-unes des tâches importantes des services de santé:

- évaluation de la capacité des salariés de s'acquitter en toute sécurité des tâches auxquelles ils sont affectés (évaluations préalables à l'emploi);
- détection des symptômes et des signes précoces des effets du travail sur la santé et intervention appropriée (des examens médicaux peuvent être utiles à cette fin);
- traitement et réadaptation pour les lésions et les maladies professionnelles et les troubles non professionnels qui influent sur le rendement au travail (lésions liées au travail);
- promotion et maintien de la santé des salariés (mieux-être);
- évaluation de l'aptitude d'une personne à travailler malgré un problème de santé chronique (il faut un examen médical indépendant en pareil cas);
- supervision des politiques et des programmes concernant la sécurité et la santé sur le lieu de travail.

Le lieu où sont fournis les services de santé

Les services internes

De nos jours, les services de santé au travail sont assurés de plus en plus par des sous-traitants et des centres médicaux locaux. Toutefois les services internes créés par les employeurs étaient jusqu'à présent la norme. Si le nombre de salariés est important ou si le travail comporte certains risques pour la santé, les services internes constituent une option rentable et de qualité. L'importance de ces services varie considérablement, allant des soins infirmiers à temps partiel au centre médical complet doté de médecins à plein temps.

C'est généralement la nature des activités de l'entreprise et les risques pour la santé qu'elles présentent qui déterminent la nécessité d'un service médical interne. Ainsi, une entreprise qui utilise le benzène comme matière première ou comme ingrédient du procédé de fabrication aura probablement besoin d'un programme de surveillance médicale. Il se peut aussi que la même usine manipule ou produise bon nombre d'autres produits chimiques toxiques. En pareil cas, il peut être économiquement justifié et médicalement souhaitable de prévoir des services médicaux internes. Certains de ces services assurent les soins infirmiers pendant les heures de travail de jour et parfois la nuit et les fins de semaine.

Les services internes devraient être installés dans des locaux qui se prêtent à l'exercice de la médecine. Le lieu doit être central et facile d'accès pour tous les salariés. Il faut tenir compte des besoins en matière de chauffage et de climatisation de façon à en faire l'usage le plus économique. Une règle empirique a servi à calculer l'espace qui doit être prévu pour un centre médical interne: 0,093 m² par salarié pour les services desservant au maximum 1 000 salariés, le minimum étant probablement d'environ

30 m². Des spécialistes ont analysé la question du coût des locaux et celle de leur aménagement (McCunney, 1995; Felton, 1976).

Certaines entreprises manufacturières situées en milieu rural ou dans des régions éloignées peuvent trouver avantage à offrir des services médicaux dans une unité mobile. Les recommandations suivantes peuvent alors être utiles:

- il faut aider les entreprises qui n'ont pas de services médicaux internes bien équipés à assurer des programmes de surveillance médicale exigeant un équipement spécial, par exemple des audiomètres, des spiromètres ou des appareils de radiographie;
- il faut offrir des programmes de surveillance médicale dans les régions géographiques éloignées, en particulier pour assurer l'uniformité des données recueillies pour les études épidémiologiques. Ainsi, il faudrait utiliser un spiromètre similaire et prendre des radiographies thoraciques conformément à des normes internationales pertinentes, comme celles de l'Organisation internationale du Travail (OIT), si l'on veut garantir la valeur scientifique d'une étude sur les affections pulmonaires professionnelles;
- il faut coordonner les données provenant de différents sites afin de les entrer dans un programme informatique.

Une entreprise qui fait appel aux services d'une unité mobile aura néanmoins besoin d'un médecin pour effectuer les examens d'embauchage et vérifier la qualité des services de l'unité mobile.

Les activités les plus courantes du service interne

Une évaluation sur place est indispensable pour déterminer le type de services de santé qui doivent être offerts. Les services les plus courants sont les évaluations de santé d'embauchage, l'évaluation des accidents du travail ou des maladies professionnelles et les examens de surveillance médicale.

Les évaluations de santé d'embauchage

L'examen d'embauchage est effectué lorsqu'une personne a reçu une offre d'emploi conditionnelle. La loi sur les Américains porteurs de handicap parle d'examen préalable à l'emploi en ce sens que le candidat sera engagé s'il passe l'examen physique avec succès.

Dans le cadre de cet examen, il faut prendre en compte les tâches à accomplir, notamment les exigences physiques et cognitives (perception des dangers potentiels) et les risques d'exposition à des matières dangereuses. La nature de l'examen dépend de l'évaluation des tâches et du lieu de travail. Si le poste de travail exige, par exemple, l'utilisation d'un équipement de protection individuelle, tel qu'un appareil de protection respiratoire, un examen de la fonction pulmonaire (évaluation de la fonction respiratoire) devra faire partie de l'examen d'embauchage. Les personnes qui travaillent pour le ministère des Transports des États-Unis doivent en général subir un test de dépistage des drogues dans l'urine. Il est conseillé d'élaborer des protocoles standards auxquels souscrivent l'entreprise et le médecin examinateur pour éviter que des erreurs ne se glissent dans le contenu ou le contexte de l'examen.

À l'issue de l'examen, le médecin remet un *avis écrit* au sujet de l'aptitude de la personne à exercer l'emploi sans mettre en péril sa santé ou sa sécurité ou celles des autres. *D'ordinaire, ce formulaire ne doit pas divulguer de renseignements médicaux, mais simplement faire état de l'aptitude à l'emploi.* Il peut s'agir d'un formulaire standard, qui doit ensuite être mis au dossier du salarié. Les dossiers médicaux particuliers demeurent cependant au centre de santé et ne sont tenus que par un médecin, un infirmier ou une infirmière.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles

Le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle doit recevoir sans délai des soins médicaux de

qualité. Le service médical ou le médecin contractuel doivent assurer les soins aux salariés qui se blessent au travail ou qui présentent des symptômes liés au travail. Le service médical de l'entreprise a un rôle important à jouer dans la gestion des coûts de la réparation des accidents du travail, particulièrement en ce qui concerne les évaluations de l'aptitude à reprendre le travail après une absence causée par un accident ou une maladie. Le professionnel de la santé doit notamment coordonner les services de réadaptation assurés à ces personnes en vue de leur retour au travail dans les meilleures conditions. Les programmes de réadaptation les plus efficaces à cet égard prévoient une modification des fonctions ou une affectation à des fonctions différentes.

L'une des tâches importantes du conseiller médical de l'entreprise est de déterminer l'existence d'un rapport entre l'exposition à des agents dangereux et la maladie, la lésion ou l'incapacité observée. Dans certains États, le salarié peut choisir son médecin traitant, mais, dans d'autres, l'employeur peut imposer, ou à tout le moins proposer, l'évaluation par un médecin ou un centre de soins de santé particulier. En général, l'employeur a le droit de demander à un médecin de donner une «deuxième opinion», surtout dans le cas d'une maladie prolongée ou d'une affection grave.

L'infirmier(ère) ou le médecin informe la direction de la nécessité de déclarer les accidents du travail et les maladies professionnelles conformément aux prescriptions de l'OSHA concernant la tenue de registres, et ils doivent bien connaître les directives de l'OSHA et du Bureau des statistiques du travail (Bureau of Labor Statistics (BLS)). La direction doit s'assurer que le prestataire de soins de santé connaît à fond ces directives.

Les examens de surveillance médicale

Ces examens sont exigés par certaines normes de l'OSHA en cas d'exposition à des substances telles que l'amiante, le plomb, etc., et sont considérés comme une bonne pratique médicale en cas d'exposition à d'autres substances, notamment les solvants, les métaux et les poussières comme la silice. Lorsqu'ils sont exigés par les normes de l'OSHA, les employeurs doivent les faire subir gratuitement à leurs salariés. Ces derniers peuvent refuser de s'y soumettre, mais l'employeur peut stipuler qu'il s'agit d'une condition d'emploi.

La surveillance médicale vise à prévenir les maladies d'origine professionnelle en décelant tôt les problèmes; ainsi, des résultats de laboratoire anormaux peuvent être liés aux premiers stades d'une maladie. Le salarié est alors réexaminé régulièrement. Il est essentiel d'effectuer un suivi rigoureux des anomalies relevées dans le cadre de la surveillance médicale. La direction doit certes être informée des problèmes médicaux liés au travail, mais les affections qui sont sans rapport avec le travail doivent demeurer confidentielles et être traitées par le médecin de famille. Les salariés devraient toujours être informés de leurs résultats (McCunney, 1995; Bunn, 1985, 1995; Felton, 1976).

Les entretiens avec la direction

S'il est vrai que le médecin et le personnel infirmier du travail sont surtout reconnus pour leur savoir-faire médical, ils peuvent aussi donner des conseils médicaux précieux à n'importe quelle entreprise. Ils peuvent élaborer des procédures et des pratiques pour des programmes médicaux portant notamment sur la promotion de la santé, la détection de la toxicomanie et la formation dans ce domaine, et la tenue de dossiers médicaux.

Les entreprises qui offrent un programme médical interne doivent avoir, conformément à la norme de l'OSHA relative aux agents pathogènes à diffusion hémotogène, une politique concernant la gestion des déchets médicaux et les activités connexes. Un programme bien géré doit nécessairement comporter une formation à certaines normes de l'OSHA, dont celles qui ont trait à la

communication de renseignements concernant les matières dangereuses, à l'accès aux dossiers médicaux et aux dossiers portant sur l'exposition, et aux prescriptions de l'OSHA concernant la tenue de dossiers.

Il faut mettre au point des méthodes d'intervention en cas d'urgence pour toutes les installations qui sont davantage exposées aux catastrophes naturelles ou qui manipulent, utilisent ou fabriquent des matières potentiellement dangereuses, conformément à l'amendement portant reconduction de la loi sur le fonds de dépollution. Les principes de l'intervention médicale en cas d'urgence et de la gestion des catastrophes devraient, avec le concours du médecin d'entreprise, être intégrés aux plans d'intervention d'urgence de toutes les installations. Comme les procédures d'urgence diffèrent selon le danger, le médecin et le personnel infirmier doivent être prêts à faire face à la fois aux dangers physiques, par exemple ceux qui découlent d'un accident d'irradiation, et aux dangers chimiques.

La promotion de la santé

Les programmes de promotion de la santé et du mieux-être visant à informer les gens des effets néfastes de certaines habitudes de vie (par exemple, tabagisme, mauvaise alimentation et manque d'exercice) se répandent de plus en plus dans l'industrie. Même s'ils ne sont pas essentiels à un programme de santé au travail, ces services peuvent s'avérer bénéfiques pour les salariés.

Il est recommandé d'intégrer, dans la mesure du possible, des plans de promotion de la santé et du mieux-être dans le programme médical. L'objectif est de rendre la main-d'œuvre plus soucieuse de sa santé et plus productive. Les activités de promotion de la santé peuvent réduire les coûts des soins de santé.

Les programmes de dépistage de la toxicomanie

Bon nombre d'entreprises ont mis au point des programmes de dépistage systématique des drogues ces dernières années, en particulier depuis la décision du ministère des Transports concernant le dépistage des drogues (1988). Dans les industries chimiques et d'autres industries manufacturières, le type le plus courant de test de détection des drogues dans l'urine est effectué au moment de l'évaluation préalable à l'emploi. Les décisions du ministère des Transports sur les tests de dépistage des drogues dans les secteurs du camionnage inter-Etats, du transport de gaz (pipelines), des chemins de fer, de la garde côtière et de l'aviation sont beaucoup plus généraux et comprennent des tests périodiques effectués lorsqu'on soupçonne une toxicomanie. Les médecins participent aux programmes de dépistage des drogues en vérifiant si les tests positifs peuvent être attribués à des raisons autres que la consommation de drogues illicites. Ils doivent assurer l'intégrité des tests et confirmer tout test positif auprès du salarié avant d'en divulguer les résultats à la direction. L'entreprise doit avoir un programme d'aide aux salariés et une politique uniforme.

Les dossiers médicaux

Les dossiers médicaux sont des documents confidentiels qui doivent être tenus par un médecin, un infirmier ou une infirmière du travail et conservés de façon à en garantir la confidentialité. Certains dossiers, par exemple une lettre indiquant qu'une personne peut utiliser un appareil de protection respiratoire, doivent être conservés sur place en prévision d'une vérification réglementaire. Les résultats de certains tests médicaux spécifiques ne doivent toutefois pas figurer dans ces dossiers. Seuls le professionnel de la santé, le salarié et d'autres personnes désignées par ce dernier doivent avoir accès à ces dossiers. L'exigence de confidentialité est parfois levée, notamment dans le cas d'une demande de réparation d'un accident du travail. Selon la norme de l'OSHA concernant l'accès aux dossiers médicaux et aux dossiers relatifs à l'expo-

sition des salariés (29 CFR 1910.120), les salariés doivent être informés une fois par an de leur droit de consulter leurs dossiers médicaux et de l'endroit où ils se trouvent.

Il faut préserver la confidentialité des dossiers médicaux, conformément aux lignes directrices juridiques, éthiques et réglementaires. Les salariés doivent être avisés de la communication prochaine de renseignements médicaux à la direction. Idéalement, il faut leur demander de signer un formulaire médical autorisant la divulgation de certains renseignements médicaux, notamment des résultats de tests de laboratoire ou d'évaluations diagnostiques.

Le premier point du *Code d'éthique* du Collège américain de médecine du travail et de l'environnement (American College of Occupational and Environmental Medicine) dispose que les médecins doivent accorder la plus grande priorité à la santé et à la sécurité des personnes tant au travail que dans l'environnement. Employeurs et salariés ont tout à gagner à ce que les médecins fassent preuve d'impartialité et d'objectivité et appliquent des principes médicaux, scientifiques et humanitaires valables.

Les programmes internationaux

En médecine internationale du travail et de l'environnement, les médecins travaillant pour des entreprises américaines ont non seulement les responsabilités qui incombent traditionnellement aux médecins de ces secteurs, mais aussi des responsabilités importantes sur le plan de la gestion clinique. La responsabilité du service médical comprend les soins cliniques aux salariés et, en général, à leur conjoint et à leurs enfants. Le champ des soins cliniques s'étend souvent aux employés de maison, à la famille élargie et à la collectivité. Le médecin du travail est également chargé des programmes portant sur les expositions et les risques au travail. Les programmes de surveillance médicale, les examens préalables à l'emploi et les examens périodiques sont des éléments primordiaux du programme.

L'élaboration de programmes pertinents de promotion de la santé et de prévention constitue également une responsabilité importante. Sur le plan international, ces programmes ne se limitent pas aux problèmes d'habitudes de vie dont il est généralement question aux Etats-Unis ou en Europe occidentale. Face aux maladies infectieuses, il faut adopter une approche systématique de l'immunisation et de la chimioprophylaxie. Les programmes éducatifs de prévention doivent traiter notamment des agents pathogènes transmissibles par les aliments, l'eau et le sang, et de l'hygiène générale. Les programmes de prévention des accidents doivent tenir compte du risque élevé de décès causés par des accidents de la circulation dans de nombreux pays en développement. Il faut examiner à fond certains problèmes particuliers comme l'évacuation et les soins d'urgence et mettre en place des programmes pertinents. L'exposition environnementale à des risques chimiques, biologiques et physiques est souvent plus grande dans les pays en développement. Les programmes de prévention environnementale reposent sur des plans d'éducation en plusieurs étapes et comprennent les essais biologiques requis. Les programmes cliniques internationaux peuvent englober la gestion de soins hospitaliers, des services de consultations externes, des soins d'urgence et des soins intensifs assurés aux travailleurs expatriés et aux travailleurs du pays.

La médecine des voyages est un volet accessoire de la médecine internationale du travail. La sécurité des personnes qui font de courts voyages par rotation ou celle des résidents étrangers exige une connaissance spéciale des vaccins requis et de l'ensemble des mesures préventives à l'échelle mondiale. A cette connaissance doit s'ajouter celle des exigences médicales à respecter pour obtenir un visa. Bon nombre de pays exigent des tests sérologiques ou des radiographies thoraciques, et certains tiennent compte de tout problème médical important pour l'émission d'un visa d'emploi ou comme condition de résidence.

L'aide aux salariés et les programmes destinés aux secteurs de la marine et de l'aviation font également partie, en général, de la médecine internationale du travail. L'élaboration de plans pour les situations d'urgence, la fourniture de médicaments appropriés aux équipages des navires et des avions et les recommandations quant à leur utilisation sont autant de questions complexes. Il est souvent souhaitable, voire nécessaire, d'offrir un soutien psychologique à la fois aux travailleurs expatriés et aux travailleurs du pays. On peut parfois étendre les programmes d'aide aux salariés aux travailleurs expatriés et fournir un soutien spécial aux membres de leur famille. Les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues doivent être envisagés dans le contexte social propre au pays.

Conclusion

En bref, la portée et l'organisation des programmes de santé au travail des entreprises peuvent varier considérablement. Mais si ces programmes sont étudiés et mis en œuvre soigneusement, ils sont rentables, mettent l'entreprise à l'abri des poursuites et favorisent la santé générale et la santé au travail de la main-d'œuvre.

● LES SERVICES CONTRACTUELS DE SANTÉ AU TRAVAIL AUX ÉTATS-UNIS

Penny Higgins

Le contexte

Les employeurs des États-Unis assurent depuis longtemps des soins médicaux aux travailleurs victimes d'accidents en faisant appel à des médecins en pratique privée, à des cliniques, à des centres de soins immédiats et à des services d'urgence en milieu hospitalier. La plupart de ces soins sont épisodiques et mal coordonnés, car seules les grandes entreprises sont à même de fournir des services de santé au travail dans l'entreprise.

Une enquête menée auprès de 22 457 entreprises ayant moins de 5 000 salariés dans la banlieue de Chicago a établi que 93% d'entre elles comptaient moins de 50 salariés et que seulement 1% en comptaient plus de 250. Parmi ce groupe, 52% utilisaient un prestataire de services particulier pour leurs victimes d'accidents du travail, 24% n'utilisaient pas de prestataire particulier et 24% laissaient le salarié libre de choisir son propre prestataire. Seulement 1% des entreprises faisaient appel à un directeur médical pour assurer les soins. Ces entreprises comptaient pour 99% dans l'ensemble des employeurs de la région visée par l'enquête et employaient plus de 524 000 personnes (National Health Systems, 1992).

L'orientation et les priorités des soins ont changé depuis la promulgation de la loi qui a donné naissance à l'Administration de la sécurité et de la santé au travail (Occupational Safety and Health Administration (OSHA)) en 1970 et les changements apportés depuis au financement des soins de santé. Les coûts d'assurance pour la réparation des accidents du travail et les soins de santé de groupe ont augmenté de 14 à 26% par année entre 1988 et 1991 (BNA, 1991). En 1990, les coûts des soins de santé représentaient la majeure partie des 53 milliards de dollars dépensés pour la réparation des accidents du travail et, en 1995, les prestations pour soins médicaux absorbaient 50% de la facture totale de la réparation des accidents du travail, chiffrée à 100 milliards de dollars (Resnick, 1992).

Les primes varient selon les États, car tous n'ont pas la même réglementation en ce qui concerne la réparation des accidents du travail. La *Kiplinger Washington Letter* du 9 septembre 1994 men-

tionnait que, au Montana, les entrepreneurs payaient en moyenne 35,29 dollars en assurance accidents du travail par tranche de 100 dollars de la masse salariale. En Floride, ils payaient 21,99 dollars, dans l'Illinois, 19,48 dollars. La même protection coûtait 5,55 dollars en Indiana ou 9,55 dollars en Caroline du Sud. Les employeurs réclament davantage l'aide des fournisseurs de soins de santé à mesure que les besoins en soins de santé peu coûteux pour les victimes d'accidents du travail évoluent.

La plupart de ces soins médicaux sont assurés par des centres indépendants. Les employeurs peuvent passer un contrat avec un centre, établir une relation avec un fournisseur ou obtenir les soins à la demande. Les fournisseurs sont en majorité rémunérés à l'acte, mais des régimes de rémunération forfaitaire par personne et de contrats directs ont fait leur apparition pendant la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix.

Les types de services

Tous les employeurs demandent que les services de santé au travail englobent le traitement des lésions et des maladies comme les entorses, les foulures, les traumatismes lombaires et oculaires et les lacérations, qui forment la majorité des cas aigus traités dans le cadre d'un programme de santé au travail.

On demande souvent aux salariés de subir des examens avant d'obtenir un emploi ou après avoir reçu une offre d'emploi, afin de déterminer s'ils sont aptes à faire le travail requis sans causer d'accidents à eux-mêmes ou à autrui. Il faut évaluer ces examens conformément aux dispositions de la loi sur les Américains porteurs de handicap. Cette loi interdit la discrimination dans l'embauchage fondée sur une incapacité qui n'empêche pas une personne de s'acquitter des fonctions essentielles de l'emploi envisagé. On s'attend également à ce que l'employeur fasse des aménagements raisonnables pour un salarié handicapé (EEOC et Department of Justice, 1991).

On observe que 98% des 200 entreprises recensées dans la revue *Fortune* aux États-Unis font subir les tests de dépistage de l'abus de drogues ou d'alcool qui, selon la loi, ne sont exigés que pour certaines catégories professionnelles. Dans le cadre de ces tests, on mesure parfois le taux de drogues illicites ou d'alcool dans l'urine, le sang et l'haleine (BNA, 1994).

Un employeur peut exiger, en outre, des services spécialisés comme les tests de surveillance médicale prescrits par l'OSHA — par exemple, des examens visant à déterminer l'aptitude au port d'un appareil de protection respiratoire en toute sécurité, d'après la capacité physique et la fonction pulmonaire du travailleur; des tests sur l'exposition à l'amiante et à d'autres produits chimiques visant à évaluer les effets de l'exposition éventuelle à ces produits et les effets à long terme d'un agent particulier sur l'état de santé global de la personne.

Certaines entreprises passent un contrat afin de faire subir des examens physiques à leurs cadres pour évaluer l'état de santé de leur personnel clé. Ces examens, généralement préventifs, permettent une évaluation complète de l'état de santé et comportent des tests de laboratoire, des radiographies, des tests de mesure du stress cardiaque, un dépistage du cancer et des conseils sur les habitudes de vie. La fréquence de ces examens est souvent fonction de l'âge et non du genre de travail.

Les municipalités confient souvent à des prestataires contractuels les examens d'aptitude périodiques de leurs sapeurs-pompiers et de leurs policiers afin de mesurer, en général, leur capacité physique de faire face à des situations stressantes sur le plan physique et de déterminer s'ils ont été exposés à des dangers au travail.

L'employeur peut également passer des contrats pour des services de réadaptation, notamment des services de physiothérapie, de réentraînement à l'effort, d'ergothérapie, ainsi que des évaluations ergonomiques du milieu de travail.

Les employeurs ont passé des contrats pour la mise sur pied de programmes de promotion du mieux-être afin d'aider les salariés et de diminuer les coûts des soins de santé. Dépistages préventifs et programmes éducatifs visent à évaluer l'état de santé et à offrir des interventions qui permettent de modifier les habitudes de vie propices à l'écllosion de maladies. Ces programmes comportent le dépistage du cholestérol, des évaluations des risques pour la santé, le renoncement au tabac, la gestion du stress et l'éducation en matière de nutrition.

On élabore des programmes dans tous les domaines des soins de santé pour répondre aux besoins des salariés. Le programme d'aide aux salariés est un de ceux qui ont vu le jour récemment. Il vise à offrir des services de conseils et d'orientation aux salariés qui ont des problèmes de toxicomanie ou encore des problèmes affectifs, familiaux ou financiers, lesquels, selon les employeurs, nuisent à leur productivité.

La prise en charge des cas est un service relativement nouveau en matière de santé au travail. Généralement assuré par du personnel infirmier ou par des agents administratifs supervisés par celui-ci, ce service a effectivement permis de réduire les coûts tout en assurant des soins de qualité aux travailleurs victimes d'accidents. Les compagnies d'assurances gèrent depuis longtemps les dépenses liées aux demandes d'indemnisation (les sommes consacrées à la réparation des accidents du travail) lorsque les travailleurs victimes d'accidents sont absents du travail depuis un certain temps ou lorsqu'un certain montant a été atteint. La prise en charge des cas est un processus parallèle plus dynamique qui peut s'amorcer dès le jour de l'accident. Les responsables dirigent le patient vers le niveau de soins pertinent, déterminent, de concert avec le médecin traitant, le genre de travail modifié que le patient est médicalement apte à accomplir et veillent, en collaboration avec l'employeur, à ce que le patient ne fasse pas un travail qui aggrave sa lésion. Leur souci est de redonner au salarié un minimum d'activité et de trouver des médecins de grande compétence dont l'intervention produira des résultats optimaux pour le patient.

Les prestataires

Les services sont assurés par divers prestataires dont la compétence varie. Les médecins de pratique privée font parfois des examens préalables à l'emploi, des tests de dépistage de la toxicomanie et effectuent le suivi des lésions graves. Ils reçoivent généralement sur rendez-vous et ont des heures de bureau limitées. Si les ressources nécessaires sont disponibles, ils font aussi des examens de routine complets ou dirigent le patient vers l'hôpital le plus proche pour qu'il y subisse des tests de laboratoire, des radiographies et des épreuves d'effort.

Les services de médecine d'entreprise offrent généralement des soins actifs aux travailleurs victimes d'accidents (y compris le suivi), des examens préalables à l'emploi et des tests de dépistage de la toxicomanie. Ils sont souvent dotés d'installations de radiographie et de laboratoires, et comptent parfois des médecins qui ont l'expérience de l'évaluation des lieux de travail. Ils sont généralement ouverts, eux aussi, pendant les heures de bureau normales, de sorte que les employeurs qui pratiquent le travail posté doivent parfois avoir recours à un service d'urgence le soir et la fin de semaine. Les services de médecine d'entreprise traitent rarement des patients de l'extérieur et sont généralement assimilés au «médecin d'entreprise» puisque leur note de frais est habituellement adressée directement à l'employeur ou à la compagnie d'assurances.

Les permanences médicales offrent une autre option. Ces établissements dispensent des soins médicaux généraux sans rendez-vous. Ils possèdent habituellement des installations de radiographie et des laboratoires et comptent des médecins qui ont l'expérience de la médecine d'urgence, de la médecine interne ou

de la médecine familiale. La clientèle va de l'enfant examiné par le pédiatre à l'adulte qui souffre d'un mal de gorge. Ils ajoutent parfois aux soins actifs et au suivi des travailleurs victimes d'accidents des examens préalables à l'emploi et des tests de dépistage de la toxicomanie. Les permanences qui ont mis en place un volet santé au travail effectuent souvent des examens périodiques et des dépistages prescrits par l'OSHA, et certaines d'entre elles passent des contrats avec d'autres prestataires pour des services qu'elles n'offrent pas elles-mêmes.

Le service des urgences de l'hôpital est souvent l'endroit par excellence pour le traitement des lésions graves et c'est, en général, à peu près tout ce qu'il peut offrir en matière de services de santé au travail. Il en va ainsi même si l'hôpital possède les ressources nécessaires pour offrir la plupart des services requis, à l'exception de ceux qui sont offerts par des médecins spécialisés en médecine du travail. Un service des urgences ne possède pas à lui seul l'expertise en ce qui concerne les soins intégrés et le retour au travail que l'industrie exige désormais.

Les programmes en milieu hospitalier

Les administrations hospitalières se sont rendu compte que non seulement elles possédaient les ressources et la technologie nécessaires, mais aussi que le régime de réparation des accidents du travail était l'un des derniers programmes «d'assurance» qui prévoyait une rémunération à l'acte, ce qui permettait d'étoffer des revenus amputés par les rabais consentis aux compagnies d'assurances de soins intégrés comme les organismes de soins intégrés de santé (HMO) et les organismes dispensateurs de service, à tarifs préférentiels. Ces organismes et les programmes de soins de santé généraux financés par le gouvernement fédéral et les gouvernements des Etats (Medicare et Medicaid) ont exigé des séjours plus courts et un système de remboursement par diagnostics regroupés. Ces décisions ont forcé les hôpitaux à abaisser leurs coûts en améliorant la coordination des soins et en cherchant de nouveaux produits générateurs de revenus. On a craint que les coûts ne soient transférés du secteur des régimes collectifs de soins de santé à celui de la réparation des accidents du travail; ces craintes étaient fondées dans bien des cas, les frais de traitement d'une lésion dorsale au titre de la réparation des accidents du travail étant de deux à trois fois plus élevés que dans le cadre des régimes collectifs d'assurance santé. Une étude menée en 1990 par le ministère du Travail et de l'Industrie du Minnesota a révélé que les frais de traitement des entorses et des foulures étaient 1,95 fois plus élevés et ceux des lésions dorsales, 2,3 fois plus élevés dans le premier cas que dans le second (Zaldman, 1990).

Plusieurs modèles de soins hospitaliers se sont développés. Il y a notamment l'unité de soins appartenant à un hôpital (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement), le service des urgences, la permanence médicale (pour les urgences peu graves) et les services de santé au travail gérés administrativement. L'Association américaine des hôpitaux (American Hospital Association) a signalé que selon une étude portant sur 119 programmes de santé au travail aux Etats-Unis (Newkirk, 1993):

- 25,2% étaient assurés par les services des urgences des hôpitaux;
- 24,4% étaient assurés par d'autres services des hôpitaux;
- 28,6% étaient assurés par des unités de soins autonomes des hôpitaux;
- 10,9% étaient assurés par des unités de soins autonomes privées;
- 10,9% étaient assurés par d'autres établissements.

Tous ces programmes appliquaient le principe de la rémunération à l'acte et offraient, outre le traitement des travailleurs victimes d'accidents graves, une gamme de services englobant les examens préalables à l'emploi, les tests de dépistage des drogues et de l'alcool, la réadaptation, la consultation au travail ainsi que

la surveillance médicale prescrite par l'OSHA, les examens physiques des cadres et les programmes de promotion du mieux-être. Certains s'étendaient à l'aide aux salariés, aux soins infirmiers sur place, à la réanimation cardio-respiratoire, aux premiers secours et à la prise en charge des cas.

Les programmes de santé au travail en milieu hospitalier ajoutent souvent, de nos jours, un modèle infirmier de prise en charge des cas. Ce modèle de gestion médicale intégrée permet de réduire de 50% le total des coûts de réparation des accidents du travail, ce qui incite fortement les employeurs à rechercher les prestataires qui offrent ce service (Tweed, 1994). Ces réductions de coûts tiennent au fait que l'accent est mis sur le retour rapide au travail et la consultation sur les possibilités de travail adapté. Le personnel infirmier détermine, de concert avec les spécialistes, le travail acceptable sur le plan médical que peut accomplir le travailleur en toute sécurité, moyennant certaines restrictions.

Dans la plupart des Etats, les travailleurs reçoivent les deux tiers de leur salaire tout en touchant une indemnisation temporaire pour incapacité totale. Lorsqu'ils reprennent un travail adapté, ils continuent à fournir un service à leur employeur et conservent leur propre estime par le travail. Une bonne partie des travailleurs qui ont quitté leur travail pendant six semaines ou plus ne reprennent jamais intégralement leurs fonctions et sont souvent forcés d'exercer des emplois moins bien rémunérés et moins qualifiés.

Un programme de santé au travail en milieu hospitalier vise, en dernière analyse, à faire en sorte que les patients aient accès à l'hôpital pour se faire traiter en cas d'accident du travail et le considèrent par la suite comme le dispensateur de tous les soins de santé dont ils ont besoin. Comme les Etats-Unis s'orientent vers un système de soins de santé au forfait par personne, le nombre d'assurés desservis par un hôpital devient le principal indicateur de succès.

Selon cette formule de financement des soins de santé, les employeurs paient un taux par travailleur aux prestataires pour tous les soins de santé dont peuvent avoir besoin leurs salariés et les personnes à leur charge. Si les personnes couvertes par le régime demeurent en bonne santé, le prestataire peut faire des bénéfices. Si elles utilisent beaucoup de services, les primes peuvent ne pas suffire pour couvrir les coûts des soins et le prestataire peut perdre de l'argent. Plusieurs Etats sont en passe d'adopter un régime d'assurance maladie au forfait par personne, et quelques-uns d'entre eux font l'essai d'une protection en tout temps pour l'ensemble des soins de santé, y compris les prestations médicales de réparation des accidents du travail. Les hôpitaux ne jugeront plus de leur succès selon le nombre de patients reçus, mais plutôt selon le rapport assurés/coûts.

Les programmes complets de santé au travail offerts en milieu hospitalier visent à donner une réponse de haute qualité aux besoins des industries et des entreprises dans ce domaine. Leur conception repose sur le principe que les soins aux victimes d'accidents et les examens préalables à l'emploi sont importants, mais ne sauraient constituer à eux seuls un programme de médecine du travail. Un hôpital qui dessert de nombreuses entreprises peut charger un médecin spécialisé en médecine du travail d'exercer une surveillance sur les services médicaux, ce qui permet de donner au programme une vision plus large de la santé au travail: il devient donc possible d'offrir, outre les services habituels que sont le traitement des victimes d'accidents du travail, les examens physiques et le dépistage des drogues, des consultations en toxicologie, des évaluations du milieu de travail et des examens prescrits par l'OSHA, concernant des contaminants tels que l'amiante ou le plomb et des équipements tels que les appareils de protection respiratoire. Les hôpitaux ont également les ressources nécessaires pour posséder une base de données informatisée et un système de prise en charge des cas.

Parce qu'il permet aux employeurs de fournir à leurs salariés les prestations de santé dont ils ont besoin dans un centre unique et complet de services, le programme de santé au travail offre la garantie que les salariés reçoivent des soins humains et de qualité dans le cadre le mieux adapté tout en réduisant les coûts pour l'employeur. Les prestataires de soins de santé au travail peuvent suivre les tendances à l'intérieur d'une entreprise ou d'une branche d'activité, et recommander des moyens de réduire les accidents du travail et d'améliorer la sécurité.

Un programme complet de santé au travail en milieu hospitalier permet aux petits employeurs de partager les services d'un service médical d'entreprise. Il offre des services de prévention et de promotion du mieux-être, ainsi que des soins d'urgence, et permet d'orienter davantage les efforts vers la promotion de la santé des travailleurs américains et de leur famille.

LES ACTIVITÉS MENÉES PAR LES SYNDICATS AUX ÉTATS-UNIS

LaMont Byrd

En 1995, le Bureau des statistiques du travail (Bureau of Labor Statistics (BLS)) du ministère du Travail des Etats-Unis publiait un rapport indiquant que 18,8 millions de travailleurs, soit environ 16% de la population active des Etats-Unis, étaient soit membres d'un syndicat, soit des travailleurs non affiliés à un syndicat, mais couverts par une convention collective (US Department of Labor, 1995). Le tableau 16.4, inspiré de ce rapport, montre la répartition de la main-d'œuvre syndiquée par branche d'activité. La plupart de ces travailleurs sont représentés par des syndicats affiliés à la Fédération américaine du travail (AFL-CIO), qui regroupe 86 syndicats nationaux et internationaux (*Statistical Abstract of the United States*, 1994). Les organisations syndicales sont généralement structurées en sièges sociaux internationaux ou nationaux, qui chapeautent des bureaux régionaux, des bureaux de district, ainsi que des sections locales.

Les syndicats procurent à leurs membres des services complets en matière de sécurité et de santé. Ils répondent aux besoins des travailleurs et défendent leurs intérêts, notamment en négociant des conventions collectives et en leur offrant un soutien technique et des services connexes.

Sur les plans national et international, les dirigeants et les salariés des syndicats (professionnels de la santé et de la sécurité, avocats, lobbyistes et autres) s'emploient à inciter les élus à adopter des lois et des règlements visant à protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Les représentants syndicaux ont également comme mandat d'établir et de négocier avec les employeurs des conventions collectives contenant des clauses exécutoires touchant la sécurité et la santé.

Dans le cadre des conventions collectives, les syndicats veillent à ce que les travailleurs aient un milieu de travail sûr et salubre. Idéalement, ces conventions prévoient également des mécanismes qui permettent aux travailleurs d'aborder les problèmes de sécurité ou de santé ou de résoudre les conflits touchant la sécurité et la santé qui pourraient surgir sur les lieux de travail.

L'assistance technique

Au siège central, les syndicats engagent souvent des hygiénistes industriels, des ergonomes, des médecins du travail, des ingénieurs et d'autres professionnels de la prévention, qui sont chargés de fournir une assistance technique aux travailleurs. Ces professionnels offrent divers services: l'exécution d'enquêtes à la suite de

Tableau 16.4 • Répartition par branche d'activité de la main-d'œuvre syndiquée des États-Unis en 1994 (en milliers)

Profession ou branche d'activité	Effectif total pourvu d'un emploi	Membres d'un syndicat ¹		Représentés par un syndicat ²	
		Pourvus d'un emploi	Total (%)	Pourvus d'un emploi	Total (%)
Ouvriers et employés du secteur agricole	1 487	34	2,3	42	2,8
Ouvriers et employés du secteur privé non agricole	88 163	9 620	10,9	10 612	12
Mines	652	102	15,7	111	17,1
Construction	4 866	916	18,8	966	19,9
Fabrication	19 267	3 514	18,2	3 787	19,7
Biens durables	11 285	2 153	19,1	2 327	20,6
Biens non durables	7 983	1 361	17	1 460	18,3
Transports et services d'utilité publique	6 512	1 848	28,4	1 997	30,7
Transports	3 925	1 090	27,8	1 152	29,3
Communications et services d'utilité publique	2 587	758	29,3	846	32,7
Commerce de gros et de détail	22 319	1 379	6,2	1 524	6,8
Commerce de gros	3 991	260	6,5	289	7,2
Commerce de détail	18 328	1 120	6,1	1 236	6,7
Finances, assurances et immobilier	6 897	156	2,3	215	3,1
Services	27 649	1 704	6,2	2 012	7,3
Fonctionnaires	18 339	7 094	38,7	8 195	44,7

¹ Les données concernent les membres d'un syndicat ou d'une association de salariés semblable à un syndicat. ² Les données concernent les membres d'un syndicat ou d'une association de salariés semblable à un syndicat, ainsi que les travailleurs qui ne se réclament pas d'un syndicat, mais dont les emplois sont couverts par une convention collective conclue par un syndicat ou une association de salariés.

Note: les données concernent l'emploi principal ou unique des travailleurs à temps plein ou à temps partiel. Sont exclus les travailleurs indépendants dont l'entreprise est constituée en société, même si techniquement ils font partie des ouvriers et employés. Les données de 1994 ne sont pas directement comparables à celles de 1993 et des années antérieures. Pour plus de renseignements, voir «Revisions in the current population survey effective January 1994», dans le numéro de février 1994 de la revue *Employment and Earnings*.

plaintes; la réalisation d'évaluations de la sécurité et de la santé sur les lieux de travail; et l'interprétation des données sur la surveillance du milieu, des résultats médicaux et d'autres informations techniques de même que leur transposition en une langue accessible au travailleur moyen.

Les enquêtes sur les plaintes en matière de sécurité et de santé sont en général effectuées par des professionnels du syndicat ou des conseillers. Travaillant en collaboration avec les représentants syndicaux désignés du syndicat local concerné, ces professionnels se penchent sur des problèmes tels que l'exposition des travailleurs à des risques physiques et chimiques, les maladies et troubles musculo-squelettiques et le non-respect des règlements en vigueur en matière de sécurité et de santé au travail.

En outre, les syndicats peuvent participer à des enquêtes sur des accidents lorsque les conclusions de l'employeur sont contestées par les salariés concernés.

Les représentants syndicaux peuvent utiliser les renseignements obtenus lors de ces enquêtes pour résoudre les problèmes de sécurité et de santé, en collaborant avec l'employeur dans le cadre du processus de négociation collective. Les syndicats peuvent recourir à la procédure de réclamation ou aux clauses contractuelles pour protéger les travailleurs. Toutefois, le syndicat peut décider d'informer un organisme gouvernemental de réglementation que l'employeur ne respecte pas les lois, règles ou règlements établis.

Les professionnels de la prévention ou les délégués syndicaux formés à cet effet — par exemple, les membres du comité local de sécurité et de santé ou les délégués d'atelier — effectuent des enquêtes sur place afin d'évaluer les risques inhérents au milieu de travail.

Dans le cadre des enquêtes, on évalue les procédés de fabrication ou les autres opérations effectuées sur les lieux de travail. On examine les documents touchant la sécurité et la santé (par exemple, les registres OSHA 200, les rapports d'accident du ministère des Transports, les résultats de la surveillance du milieu de travail et les programmes écrits) afin de déterminer s'il y a conformité avec les dispositions des conventions collectives, ainsi qu'avec les normes et règlements officiels. Les résultats des enquêtes sont consignés par écrit et les problèmes éventuels sont résolus par le processus de négociation collective ou par l'intervention d'un organisme de réglementation gouvernemental.

Les travailleurs eux-mêmes demandent souvent à consulter les documents d'information et les rapports de nature technique ou réglementaire — par exemple, les fiches de renseignements sur les produits chimiques, les résultats de la surveillance du milieu de travail et de la surveillance biologique ou encore les règlements officiels sur la sécurité et la santé. Comme ces informations techniques sont parfois complexes, le travailleur peut avoir besoin d'aide pour bien comprendre le sujet et savoir comment le tout s'applique à son lieu de travail. Le personnel syndical s'occupant de prévention est en mesure de fournir cette aide. La façon dont ce soutien sera donné dépendra des besoins du travailleur.

Les syndicats exercent également comme centres d'information pour les travailleurs qui ont besoin de soins médicaux spécialisés ou d'une aide pour soumettre des demandes de réparation. En général, ils tiennent des listes de noms et d'adresses de médecins indépendants reconnus auxquels on pourra si nécessaire adresser le travailleur.

Les activités législatives et réglementaires

La participation active à l'élaboration des règlements officiels relatifs à la sécurité et à la santé revêt une grande importance pour les syndicats; ils encouragent leurs membres à contribuer de diverses façons à ce processus.

Les syndicats s'efforcent d'influencer les élus politiques pour qu'ils proposent des lois qui établiront des normes adéquates en matière de sécurité et de santé au travail; de donner leur avis sur les mesures proposées par les organismes de réglementation gouvernementaux à cet égard; d'influer sur la façon dont ces organismes font appliquer les règlements touchant la sécurité et la santé au travail; ou d'organiser des initiatives de soutien aux organismes de réglementation gouvernementaux visés par des compressions budgétaires ou des changements opérationnels décrétés par le Congrès des États-Unis.

Ce sont principalement les lobbyistes, les techniciens, les chercheurs et les juristes des syndicats qui s'occupent de ces activités. Ce personnel est chargé de recueillir, d'analyser et d'organiser les données nécessaires à l'élaboration de la position du syndicat à l'égard des mesures législatives ou réglementaires. Il établit également les contacts nécessaires avec les organisations ou les person-

nes compétentes pour s'assurer que la position du syndicat est transmise aux responsables élus.

Il arrive que les membres du personnel syndical chargés de la prévention soient confrontés à un problème de sécurité et de santé au travail qui n'est pas réglementé par un organisme gouvernemental. En pareil cas, le syndicat peut rédiger un mémoire ou préparer un témoignage qui sera présenté au cours d'audiences publiques. Le but de ces présentations est d'informer les représentants officiels compétents et de les inciter à légiférer de manière à résoudre le problème.

Les organismes chargés d'assurer l'application des règlements de sécurité et de santé au travail font parfois l'objet de compressions budgétaires. Ces compressions sont souvent préjudiciables à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs. Par conséquent, les syndicats s'efforcent d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à éviter ces réductions de crédits. Pour ce faire, ils peuvent travailler en collaboration avec des lobbyistes syndicaux en vue de sensibiliser les législateurs et autres responsables aux effets négatifs de ces réductions sur les travailleurs. En outre, ils déploient des efforts «à la base» pour organiser et mobiliser les travailleurs afin qu'ils écrivent à leurs élus et les informent de leur opposition aux compressions proposées.

Par ailleurs, les syndicats s'occupent activement de préparer et de présenter des mémoires écrits et des témoignages oraux en réponse aux projets de règlements en matière de sécurité et de santé établis par les organismes gouvernementaux de réglementation. Il est très important que les travailleurs aient la possibilité de participer véritablement au processus d'élaboration des règlements. Les syndicats sont l'intermédiaire privilégié des travailleurs à cet égard.

Les conventions collectives

La convention collective est l'outil primordial dont disposent les syndicats pour fournir des services à leurs membres. Les syndicats font appel aux compétences techniques d'hygiénistes industriels, d'ergonomes, d'ingénieurs, de médecins du travail et d'autres professionnels de la prévention pour recueillir et analyser des informations à l'intention des représentants syndicaux qui seront chargés de négocier les conventions collectives.

Les syndicats utilisent les conventions collectives comme des documents juridiques exécutoires afin d'assurer la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs. Le but premier de ces conventions est de protéger les travailleurs qui ne sont pas couverts par les normes et règlements officiels en matière de sécurité et de santé ou d'étendre la protection au-delà de ces normes minimales.

Afin de se préparer à la négociation, les syndicats recueillent des informations sur les questions de sécurité et de santé qui concernent leurs membres. Pour ce faire, ils peuvent réaliser des enquêtes auprès des membres, collaborer avec le personnel technique ou des conseillers afin d'identifier les risques présents sur les lieux de travail, examiner les documents relatifs aux plaintes ou aux enquêtes dans ce domaine ou encore analyser et évaluer les données sur l'indemnisation des travailleurs, les études sur la surveillance du milieu de travail ou les registres d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

À la fin du processus de préparation aux négociations, le comité négociateur établit l'ordre de priorité des questions de sécurité et de santé à débattre, et détermine les solutions possibles aux problèmes.

L'éducation et la formation des travailleurs à la prévention

Les syndicats ont un rôle de premier plan à jouer en ce qui concerne la formation et l'éducation de leurs membres dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.

La formation offerte varie, allant des simples cours sur les droits fondamentaux en matière de sécurité au travail (par exemple, la communication d'informations sur les risques) aux programmes de formation complets axés sur un secteur d'activité particulier, comme celui de la gestion des déchets dangereux. Cette formation est extrêmement importante pour les personnes qui travaillent dans des secteurs d'activité en mutation rapide.

La formation des travailleurs dispensée par les syndicats est habituellement financée à l'aide de cotisations syndicales, de subventions du gouvernement fédéral et des gouvernements des États, et de fonds de formation établis par les employeurs en vertu des conventions collectives négociées. Les cours de formation et d'éducation des travailleurs sont élaborés par le personnel professionnel et des conseillers, avec une importante contribution des travailleurs eux-mêmes. On offre d'ailleurs souvent des cours de formation des formateurs qui favorisent l'enseignement par les pairs.

Les efforts de recherche

Les syndicats collaborent avec des organisations telles que les universités et les organismes gouvernementaux afin d'effectuer des recherches sur des aspects précis de la sécurité et de la santé au travail. Les activités de recherche sont généralement financées par le syndicat ou l'employeur ou grâce à des subventions du gouvernement fédéral ou des gouvernements des États.

Les syndicats utilisent les résultats des études effectuées au cours du processus d'élaboration de la réglementation relative à la sécurité et à la santé pour négocier des dispositions contractuelles visant à éliminer ou à réduire considérablement les risques sur les lieux de travail ou mettre au point des mesures qui auront pour effet de supprimer ou d'atténuer de façon marquée un risque jugé excessif pour les travailleurs — par exemple, offrir des cours sur le renoncement au tabac aux travailleurs de l'industrie de l'amiante. De plus, les résultats des recherches peuvent servir à la conception ou à la modification de divers types d'équipements utilisés au travail.

Les services de sécurité et de santé au travail offerts par les syndicats sont principalement de nature préventive et nécessitent l'apport concerté de techniciens, de médecins du travail, de juristes, de lobbyistes et de syndiqués. En fournissant ces services, les syndicats sont en mesure de protéger efficacement la sécurité et la santé de leurs membres ainsi que celle de l'ensemble des travailleurs.

LES SERVICES UNIVERSITAIRES DE SANTÉ AU TRAVAIL AUX ÉTATS-UNIS

Dean B. Baker

Au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, l'apparition graduelle de petites cliniques universitaires de médecine du travail et de l'environnement s'est révélée une source importante de services de santé au travail aux États-Unis. Ces cliniques sont affiliées à des centres médicaux universitaires, à des facultés de médecine ou à des écoles de santé publique. Le personnel médical est formé principalement de membres du corps professoral pour qui la médecine du travail est le principal sujet d'enseignement et de recherche. L'activité première de ces cliniques est de fournir des évaluations médicales diagnostiques sur des maladies susceptibles d'être causées par le travail et l'environnement, bien qu'un grand nombre d'entre elles offrent également les services de base de santé au travail. Ces cliniques jouent un rôle crucial dans le domaine de la santé au travail aux États-Unis, car elles constituent une source

indépendante d'expertise médicale concernant les maladies professionnelles. Ce sont également des centres de formation importants pour les spécialistes de la médecine du travail et pour les médecins chargés des soins primaires.

Le contexte

Des sources indépendantes d'expertise médicale en matière de maladies professionnelles sont nécessaires aux Etats-Unis, car les employeurs ne sont tenus par la loi de fournir des soins médicaux et d'indemniser les travailleurs pour le manque à gagner que si le lien entre la lésion ou la maladie et le travail peut être établi. Comme on l'a noté dans des articles précédents du présent chapitre, la grande majorité des soins médicaux dispensés aux victimes d'accidents du travail sont assurés par les employeurs, soit directement, soit indirectement dans le cadre de contrats passés avec des médecins exerçant dans le privé, des cliniques, des centres de soins immédiats et des centres hospitaliers. Ce système de soins est tout à fait adéquat pour les travailleurs souffrant de lésions ou de maladies graves, car le lien entre l'état du salarié et le travail qu'il effectue est clair et net. Il est donc dans l'intérêt de l'employeur de fournir sans délai un traitement médical efficace afin que le salarié puisse retourner au travail dès que possible. Cependant, le système de réparation des Etats-Unis ne fonctionne pas bien pour les travailleurs qui souffrent de lésions ou de maladies professionnelles chroniques, car les employeurs ne sont pas tenus de payer les frais médicaux à moins que le lien de cause à effet entre le travail et l'affection chronique du travailleur n'ait été établi. Si un employeur conteste une demande d'indemnisation, le salarié ou l'agent responsable de l'indemnisation des travailleurs doit obtenir une évaluation indépendante pour déterminer si l'affection est liée au travail. Les cliniques médicales universitaires ont servi de centres de consultation régionaux pour fournir cette expertise médicale indépendante.

Les cliniques universitaires de médecine du travail ont pu conserver leur indépendance, étant donné que la plupart d'entre elles ne sont pas liées par contrat à des employeurs ou ne reçoivent pas de contributions financières similaires qui pourraient les placer en situation de conflits d'intérêts au moment de l'évaluation des maladies des travailleurs. Ces cliniques fonctionnent généralement comme des organismes sans but lucratif et absorbent une partie du coût des évaluations médicales, estimant que celles-ci font partie de la mission d'enseignement et de service de l'établissement; en effet, les évaluations diagnostiques complexes sont coûteuses et par conséquent rarement entreprises sans contribution de l'employeur.

C'est l'expansion des programmes d'enseignement de la médecine du travail et de l'environnement dans les facultés de médecine et les centres médicaux universitaires qui a stimulé la croissance des cliniques universitaires de médecine du travail et de l'environnement. Il n'y a pas si longtemps encore, les programmes d'études de la médecine du travail étaient peu nombreux aux Etats-Unis, et la très grande majorité d'entre eux étaient offerts dans des écoles de santé publique, où l'on mettait l'accent sur l'hygiène industrielle, la toxicologie et l'épidémiologie. Le nombre de programmes universitaires de médecine du travail et de l'environnement a augmenté considérablement au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix.

Cette croissance est due à plusieurs facteurs. La loi sur la sécurité et la santé au travail adoptée en 1970 a créé l'Institut national de la sécurité et de la santé au travail (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)); cet organisme a mis sur pied un programme de subventions destiné à soutenir la formation en internat à la médecine du travail. Grâce à l'aide financière du NIOSH, de nombreuses facultés de médecine ont pu offrir des programmes de formation de ce genre. Un autre facteur qui explique la croissance des programmes de formation

en internat est le fait que l'organisme américain chargé de l'agrément professionnel des spécialistes en médecine du travail s'est employé à rehausser le statut de la profession en exigeant des membres qu'ils suivent un programme de formation officiel (au lieu d'une simple formation sur le tas) pour être agréés comme spécialistes de la médecine du travail. Les programmes de formation en internat ont également été établis à la suite de rapports présentés par des organisations professionnelles prestigieuses, comme l'Institut de médecine (Institute of Medicine (IOM)), qui faisaient état de la grave pénurie de praticiens qualifiés dans le domaine de la médecine du travail et de l'environnement (IOM, 1993). Dans le cadre de bon nombre de ces programmes de formation en internat, on a fondé des cliniques qui ont servi de centres de formation. C'est dans ces cliniques universitaires qu'un fort pourcentage des futurs spécialistes de la médecine du travail et de l'environnement aux Etats-Unis recevront leur formation clinique.

Le soutien organisationnel aux cliniques

Contrairement aux prestataires de services sous contrat, les cliniques universitaires ne fournissent généralement pas les services de santé au travail habituels qui sont rentables; aussi le soutien financier gouvernemental s'est-il avéré essentiel au maintien de ces programmes. Plusieurs organismes gouvernementaux ont joué un rôle crucial à cet effet. Comme on l'a mentionné plus haut, le NIOSH a soutenu les programmes de formation en internat à la médecine du travail; cet appui a été assuré par les consortiums de formation interdisciplinaire du Centre de ressources pédagogiques, puis par des bourses de formation en internat à la médecine du travail. L'Institut national des sciences de l'hygiène de l'environnement (National Institute for Environmental Health Sciences (NIEHS)) a, pour sa part, fourni une aide à la recherche et à la formation pour les programmes d'enseignement universitaire de la médecine du travail. Bon nombre des cliniques les plus reconnues sont affiliées à des centres de recherche sur l'hygiène de l'environnement financés par le NIEHS. Les cliniques soutiennent la mission des centres en déterminant les populations qui doivent faire l'objet de recherche clinique et épidémiologique. A la fin des années quatre-vingt, le NIEHS a également mis sur pied un programme de bourses universitaires pour la médecine du travail et de l'environnement, afin d'aider les facultés de médecine à assurer le perfectionnement du corps enseignant dans ce domaine. Le corps enseignant d'une bonne partie des facultés de médecine dotées de cliniques a déjà bénéficié de ce programme de bourses. L'Agence des substances toxiques et du registre des maladies (Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)), créée en 1980 en application de la loi relative aux activités de dépollution de l'environnement pour réaliser des évaluations de l'hygiène de l'environnement et améliorer la formation professionnelle ayant trait à l'évaluation des substances dangereuses, a accordé un appui essentiel à l'élaboration des programmes et aux activités de formation professionnelle connexes, lorsque de nombreuses cliniques ont commencé à se pencher sur des questions touchant tant l'hygiène de l'environnement que la santé au travail.

Plusieurs Etats se sont dotés de programmes à l'appui des services de santé au travail. Le plus important est celui des Centres de santé au travail et d'hygiène de l'environnement de l'Université de Californie. Ces centres ont été implantés dans cinq campus universitaires et réalisent des programmes multidisciplinaires de recherche, de formation et de services cliniques. Plusieurs autres Etats (par exemple, le New Jersey, l'Oregon, le Michigan et l'Etat de Washington) financent également des programmes par l'entremise des facultés de médecine ou des écoles de santé publique de l'Etat considéré. L'Etat de New York a mis en place, dans l'ensemble de son territoire, un réseau de cliniques de médecine du travail et de l'environnement, qui sont pour la

plupart affiliées à des centres médicaux universitaires. Ce réseau de cliniques est en mesure d'évaluer l'état des personnes présentant des problèmes de santé liés à l'environnement ou au travail, même si celles-ci n'ont pas les moyens de payer ces services. Les cliniques ont créé une base de données commune afin que le réseau puisse servir de système de surveillance des maladies professionnelles pour l'État.

Les associations professionnelles ont également largement contribué à l'essor des cliniques universitaires. Les membres de l'Association américaine de santé publique (American Public Health Association (APHA)) ont jeté les bases des premiers échanges entre les cliniques nouvellement constituées. L'appui de l'APHA a permis de renforcer dans ces cliniques l'accent mis sur la santé publique et la prévention. En 1987, les membres du comité de l'APHA s'occupant des cliniques de médecine du travail de l'APHA ont fondé une nouvelle organisation, l'Association des cliniques de médecine du travail et de l'environnement (Association of Occupational and Environmental Clinics (AOEC)), formant un réseau de cliniques voué à la recherche et à la formation ainsi qu'à la prévention et au traitement des maladies professionnelles et environnementales (AOEC, 1995). L'AOEC est devenue un réseau national de plus de cinquante cliniques, dont la plupart sont des cliniques universitaires. La majorité des cliniques universitaires bien établies sont membres de l'AOEC. L'Association favorise la communication entre les cliniques, établit des directives concernant la qualité des soins et les droits des patients, s'efforce d'obtenir des ressources financières pour les activités professionnelles et éducatives et est en train d'établir une base de données qui permettra de recueillir et d'analyser de manière systématique les renseignements fournis par les cliniques.

Les caractéristiques des programmes

Comme on l'a vu plus haut, la principale activité des cliniques est de diagnostiquer les maladies liées au travail et à l'environnement, et non de fournir les services courants de santé au travail. En raison de cette orientation, les programmes des cliniques universitaires diffèrent des programmes des cliniques qui dispensent des services en vertu de contrats passés avec les employeurs (Rosenstock et coll., 1982). Les professionnels des cliniques universitaires sont d'abord et avant tout au service des travailleurs et des membres de la collectivité éventuellement exposés aux maladies professionnelles, et non des employeurs. Les médecins prennent en considération les aspects aussi bien médicaux que sociaux, économiques et juridiques des problèmes de santé des patients. Le rapport patient-soignant est faible: les cliniques concentrent leurs efforts sur des cas relativement peu nombreux mais complexes, qui nécessitent des consultations plus longues et plus approfondies et un engagement de la part du médecin et du patient, parfois en dehors des heures habituelles d'ouverture des cliniques.

En raison de leurs activités de recherche et d'enseignement, les cliniques universitaires fonctionnent généralement à temps partiel et tiennent plusieurs séances par semaine. Le répertoire des 41 cliniques membres de l'AOEC indique que les effectifs varient de un à 13 médecins par clinique et que 85% des cliniques comptent entre deux et six médecins (AOEC, 1995). Autre caractéristique, les cliniques font appel à des équipes multidisciplinaires de professionnels afin d'améliorer les évaluations des risques et de la toxicité, et de fournir des services de prévention et d'éducation. Ainsi, parmi les 41 cliniques figurant dans le répertoire de l'AOEC, la plupart comptaient parmi leur personnel professionnel des hygiénistes industriels (32), et environ la moitié, des toxicologues (22), des travailleurs sociaux (19), des éducateurs sanitaires (19) et des épidémiologistes (24) (AOEC, 1995).

Les cliniques axent leurs services sur la collectivité. La plupart d'entre elles ont élaboré des programmes de vulgarisation à l'intention des professionnels et de la collectivité, à la fois pour

faciliter le dépistage de patients éventuels et dispenser une formation aux professionnels de la santé, aux travailleurs et à la population locale. Bon nombre de cliniques forment des comités consultatifs de travailleurs et de représentants des collectivités locales pour assurer la surveillance de leurs activités.

Beaucoup de cliniques tiennent des bases de données informatisées, de manière à pouvoir rechercher et analyser les cas qu'elles ont traités. On y trouve les renseignements suivants: la source qui a adressé le patient, le code de profession et de secteur d'activité de tous les emplois occupés (ou du moins de l'emploi actuel ou des emplois les plus importants), le nom de l'employeur, les types d'exposition, les diagnostics de maladies liées au travail, l'évaluation du lien entre le type d'exposition et le diagnostic, et des données démographiques (Rosenstock, Daniell et Barnhart, 1992). Jusqu'ici, la coordination de la collecte des données tenues par les cliniques laissait à désirer, mais l'AOEC a créé un système commun de bases de données qui permettra de compiler ces renseignements de manière plus systématique à l'avenir.

Les services

La clientèle des cliniques universitaires varie selon les types d'employeurs et les risques environnementaux présents dans la région desservie, davantage encore que celle des services contractuels, qui se développent en fonction des besoins des employeurs. Les cliniques peuvent offrir des services diagnostiques spécialisés, selon l'expertise et les intérêts de recherche du corps professoral. Les patients consultent les professionnels des cliniques en fonction de la compétence et de la réputation du programme universitaire. Une personne se présente habituellement à la clinique parce qu'elle souffre d'une affection et désire savoir si son travail ou un agent environnemental en est la cause ou parce qu'elle a été exposée à un agent potentiellement toxique et veut savoir si sa santé pourrait en souffrir.

Selon le répertoire de l'AOEC (AOEC, 1995), les maladies professionnelles les plus courantes observées dans les cliniques sont les suivantes: asthme, maladies pulmonaires et autres troubles pulmonaires causés par l'amiante, syndrome du canal carpien, troubles consécutifs à des traumatismes répétés, troubles musculo-squelettiques et affections cutanées. Peu de cliniques déclarent diagnostiquer fréquemment des troubles neurologiques, et très peu ont reçu des patients souffrant de lésions graves. Les problèmes les plus fréquents découlant d'une exposition professionnelle mettent en cause l'amiante, le plomb ou d'autres métaux lourds, les produits chimiques et les solvants.

La répartition des principales affections liées à l'environnement diffère de celle des maladies professionnelles. Les plus fréquentes sont le syndrome d'intolérance aux produits chimiques et le syndrome des bâtiments malsains ou encore les problèmes dus à la piètre qualité de l'air à l'intérieur des locaux. Les problèmes d'exposition à des agents environnementaux les plus souvent mentionnés sont liés à la présence de pesticides, de plomb, de produits chimiques et de déchets dangereux.

Les patients sont adressés aux cliniques par diverses sources — d'aucuns consultent de leur propre initiative, tandis que d'autres sont adressés par les employeurs, les syndicats, les organismes de santé publique, les médecins, les avocats et les régimes de réparation des accidents du travail. Certains cas sont transmis aux cliniques parce que les patients veulent une évaluation médicale indépendante et de premier ordre. D'autres sont adressés à des praticiens en particulier — souvent des membres du corps professoral — dont l'expertise est reconnue. Dans ces derniers cas, le choix du professionnel consulté peut découler d'une recherche au plan national, voire international.

Les cliniques universitaires offrent aussi d'autres services que l'évaluation des maladies liées au travail ou à l'environnement. Bon nombre d'entre elles ont mis sur pied des programmes de

dépistage auprès des travailleurs, à la demande d'employeurs, de syndicats ou de groupes de travailleurs préoccupés par un risque particulier, par exemple l'exposition au plomb ou à l'amiante. Les cliniques effectuent également les examens de surveillance médicales prescrits par l'OSHA ou la législation de l'Etat. La plupart des cliniques servent de centres régionaux en fournissant des services de consultation clinique aux travailleurs, aux habitants et aux médecins de la région, généralement par téléphone.

Outre les services cliniques, le personnel multidisciplinaire des cliniques universitaires effectue des évaluations des risques présents sur les lieux de travail et dans la collectivité, ce qui englobe parfois des activités de surveillance de l'exposition. La quasi-totalité des cliniques organisent des programmes de formation dans le domaine de l'éducation à la santé et de la prévention à l'intention des particuliers, des collectivités et des professionnels de la santé.

Les perspectives d'avenir

L'ensemble des changements apportés aux systèmes d'indemnisation des travailleurs et de soins médicaux pourrait avoir une incidence sur l'avenir des cliniques universitaires aux Etats-Unis. On aura toujours besoin d'évaluations médicales indépendantes pour les problèmes de santé liés au travail et à l'environnement, mais de nombreux Etats ont modifié ou envisagent de modifier les lois touchant la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles de manière à restreindre la possibilité, pour les travailleurs, de faire leurs propres choix concernant les évaluations médicales. On observe également une tendance à la gestion intégrée des soins médicaux pour les maladies tant professionnelles que non professionnelles. Les cliniques devront s'adapter à l'expansion des soins intégrés dans le domaine de la santé au travail, car l'approche indépendante qu'elles privilégient pourrait être exclue dans une large mesure d'un système plus intégré de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Afin de faire face à cette évolution du système de soins médicaux, certaines cliniques universitaires établissent des liens avec les centres sous contrat avec des employeurs: alors que ces centres s'occuperaient des cas courants et des traitements médicaux, les cliniques universitaires joueraient le rôle de centres de consultation spécialisés. Peut-être les cliniques devront-elles également s'affilier aux centres médicaux qui dispensent des soins primaires, des soins d'urgence, des services de réadaptation et d'autres services spéciaux, afin que les services offerts par les spécialistes de la santé au travail et les autres types de soins médicaux soient le plus complets possible. Cette approche permettra d'accroître la stabilité financière des cliniques grâce aux contrats et à la rémunération des services, et fournira des possibilités de formation aux médecins, dont bon nombre exerceront dans ce contexte.

Les cliniques universitaires devront relever le défi de préserver leur indépendance tout en fonctionnant dans un système de gestion intégrée des soins médicaux, en grande partie financé par les employeurs. La possibilité de consultations indépendantes sera maintenue, jusqu'à un certain point, étant donné que les modes d'aiguillage, à l'échelle régionale et nationale, sont fondés sur la réputation des cliniques. Les cliniciens continueront également à fournir des avis d'experts à des particuliers et à des avocats dans le cadre du système de responsabilité civile délictuelle, qui par ailleurs évolue également aux Etats-Unis, quoique plus lentement que le système de soins médicaux. Cependant, malgré ces appuis, les cliniques universitaires des Etats-Unis auront toujours besoin du soutien des organismes gouvernementaux et des organisations professionnelles pour continuer d'assumer leur rôle en tant qu'organes indépendants d'évaluation médicale, de recherche et de formation. Le sort de bon nombre d'entre elles dépendra de la décision du gouvernement fédéral et des gouvernements des Etats de maintenir ou non leur appui.

LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL AU JAPON

Ken Takahashi

La politique générale et la législation

Au Japon, le ministère du Travail est l'unique organe administratif responsable de la santé au travail, et la loi sur la sécurité et l'hygiène du travail, adoptée en 1972, est la loi fondamentale dans ce domaine (cette loi sera appelée «loi sur la santé» pour les besoins du présent article). La loi sur la santé et ses ordonnances d'exécution stipulent qu'il incombe à l'employeur de fournir des services de sécurité et de santé au travail et, notamment, de nommer un médecin du travail, en fonction de la taille de l'entreprise. Ainsi, toutes les entreprises qui comptent 50 salariés ou plus doivent engager un médecin du travail (à temps plein dans les entreprises qui emploient 1 000 personnes ou plus). En outre, toutes les entreprises, quel que soit leur effectif, sont tenues d'offrir des examens de santé à leur personnel. Ces bilans de santé obligatoires comprennent les examens avant l'affectation à un poste, des examens généraux périodiques pour tous les travailleurs à temps plein et, en outre, des examens médicaux particuliers pour les travailleurs à temps plein dont les tâches sont qualifiées de «dangereuses». Ces exigences sont en général respectées, bien qu'il existe des différences à cet égard en fonction de la taille de l'entreprise.

Les modèles d'organisation et de prestation des services

Les modèles d'organisation et de prestation des services varient considérablement selon la taille de l'entreprise. Les grandes entreprises abritent souvent une unité de santé au travail complète, par exemple un service d'administration sanitaire, un service de promotion de la santé ou une clinique médicale sur les lieux de travail. Ces unités fonctionnelles constituent parfois des entités indépendantes, en particulier si elles mettent l'accent sur les activités curatives, mais la plupart du temps elles relèvent de services tels que le service du travail ou celui des affaires générales. Dans certains cas, l'unité de santé au travail est gérée par un syndicat d'entreprise d'assurance maladie. Le médecin du travail à temps plein de l'entreprise assume très souvent la direction de l'unité, parfois avec le même grade qu'un cadre supérieur de l'entreprise. L'unité est formée d'une combinaison variable de personnel infirmier en service général, de personnel infirmier du travail, de techniciens en radiologie ou de technologues médicaux.

En revanche, bon nombre de petites entreprises n'ont pas les ressources humaines et matérielles requises pour assurer la prestation de services de santé au travail. Dans ces cas-là, les médecins du travail à temps partiel sont recrutés parmi les omnipraticiens en pratique privée, les médecins attachés à un hôpital ou à une université et les praticiens de la santé au travail indépendants ou non. Les médecins du travail à temps partiel exercent un éventail plus ou moins large d'activités touchant la santé au travail, selon les besoins de l'entreprise et leur propre expertise. Les organismes de santé au travail, qui offrent des services de santé au travail dans un but lucratif, ont joué un rôle primordial dans la prestation de tels services aux petites entreprises. Les services vendus par ces organismes englobent les divers examens de santé et leur suivi, le mesurage de variables environnementales et même l'envoi sur les lieux de médecins du travail et de personnel infirmier. De nombreuses petites entreprises embauchent un médecin du travail à temps partiel et louent les services d'un organisme de santé au travail afin de se conformer aux prescriptions légales applicables.

Les activités et la nature des services

Des sondages nationaux portant sur les activités des médecins du travail à plein temps et à temps partiel ont été réalisés périodiquement par la Fondation pour la promotion de la santé au travail, organisme auxiliaire sans but lucratif du ministère du Travail. Selon l'enquête effectuée en 1991, à laquelle 620 médecins du travail à plein temps ont répondu, c'est aux activités curatives que l'on avait consacré en moyenne le plus de temps (495 heures/année); venaient ensuite les examens de santé périodiques (136) et les consultations ponctuelles (107). Le temps moyen alloué à l'examen des lieux de travail s'élevait à 26,5 heures/année. Les 340 médecins du travail à temps partiel qui ont également répondu au questionnaire consacraient proportionnellement moins de temps à cette activité que les médecins du travail à temps plein. Toutefois, une analyse plus approfondie fait ressortir des variations considérables dans la quantité et la qualité des activités des médecins du travail à temps partiel, selon plusieurs facteurs interdépendants:

1. Taille et caractéristiques de l'entreprise.
2. Principal emploi et autres fonctions du médecin.
3. Investissement dans le travail.

Les ressources humaines

La loi ne contient aucune disposition précisant les compétences requises du médecin du travail; elle indique simplement que le médecin du travail (à temps plein ou à temps partiel) peut être choisi « parmi l'ensemble des médecins » (loi sur la santé). En 1995, le nombre total de médecins était estimé à 225 000; ce nombre augmente annuellement d'environ 5 000 (7 000 médecins diplômés issus des 80 facultés de médecine du Japon, moins 2 000 médecins décédés). Le nombre estimatif de médecins du travail en 1991 était d'environ 34 000 (2 000 à temps plein et 32 000 à temps partiel), ce qui correspondait à 16,6% de l'effectif total de médecins. En outre, plusieurs milliers d'infirmiers et d'infirmières jouent un rôle actif dans le domaine de la santé au travail, même s'il n'existe pas de définition juridique de la fonction d'infirmier(ère) du travail. Un agent de surveillance médicale, qu'on définit dans la loi sur la santé comme étant la personne qui s'occupe des questions techniques en matière de santé, est recruté parmi les travailleurs. Le médecin du travail collabore étroitement avec l'agent de surveillance médicale, à qui il peut « fournir conseils ou orientation » en vertu de la loi sur la santé.

L'administration

Au sein du ministère du Travail, la santé au travail est administrée par le Service de la sécurité et de la santé au travail, qui relève du Bureau des normes du travail. Les unités fonctionnelles locales du Bureau sont les services préfectoraux des normes du travail (il en existe 47) et les services d'inspection des normes de travail (347), répartis dans tout le pays et dotés d'environ 3 200 inspecteurs des normes de travail, de 390 spécialistes de la sécurité au travail et de 300 spécialistes de la santé au travail.

Depuis plusieurs décennies, le ministère du Travail met en œuvre des plans quinquennaux de prévention des accidents du travail; le plus récent de ces plans (le huitième) était associé au mot d'ordre suivant: « Pour une vie professionnelle saine et sans danger sur le plan tant mental que physique. » En conséquence, le ministère s'est doté d'un plan axé sur la promotion de la santé globale. En vertu de ce plan, le médecin du travail prescrit à chaque travailleur un programme d'exercices fondé sur une évaluation de sa santé. Le gouvernement organise des programmes de formation destinés aux représentants d'entreprises pour les aider à acquérir les compétences requises. Il donne également son agrément aux organismes de santé au travail qui sont en mesure de fournir des services facilitant la mise en œuvre du plan.

Les mécanismes de financement

Lorsque des services de santé au travail sont fournis sur place, comme c'est le cas dans les grandes entreprises, ils relèvent souvent d'un service interne de l'entreprise et, par conséquent, sont assujettis aux contraintes financières de l'employeur. Une autre formule existe également, celle de l'unité affiliée mais autonome (clinique, hôpital ou organisme de santé au travail), qui compte des professionnels de la santé au travail. Dans certains cas, l'unité est gérée par un syndicat d'entreprise d'assurance maladie. Bon nombre de petites entreprises, qui n'ont pas les ressources humaines, matérielles et financières requises, mais qui sont néanmoins tenues d'offrir les services d'un médecin du travail à temps partiel, se conforment à cette exigence en passant un contrat avec des omnipraticiens, des médecins attachés à un hôpital ou à une université et d'autres professionnels de la santé. Comme on l'a mentionné plus haut, le médecin du travail à temps partiel s'occupera de diverses activités liées à la santé au travail, en fonction des besoins de l'entreprise et de sa propre compétence. Les exigences auxquelles l'entreprise doit se conformer, par exemple faire subir des examens de santé périodiques à tous les salariés, excèdent souvent le temps dont dispose le médecin contractuel ou sa bonne volonté à cet égard. Cette situation crée un écart entre l'offre et la demande, qui est souvent comblé par les organismes de santé au travail.

La recherche

La Société japonaise de santé au travail (Japan Society for Occupational Health (JSOH)) est une société universitaire qui comprend des médecins du travail, du personnel infirmier du travail et des chercheurs. La société compte actuellement 6 000 membres, et ce nombre augmente rapidement. Elle tient des réunions scientifiques annuelles aux niveaux régional et national, et a récemment entrepris de publier un périodique scientifique en anglais intitulé *Journal of Occupational Health*. Les principaux instituts de recherche du Japon sont l'Institut national de la santé au travail (périodique: *Industrial Health*, semestriel, en anglais), l'Institut des sciences du travail (périodique: *Journal of Science of Labour*, mensuel, en japonais et en anglais), l'Association japonaise de sécurité et de santé au travail (publications: *Industrial Safety Yearbook* et autres) et l'Institut des sciences écologiques industrielles de l'Université de santé du travail et de l'environnement du Japon (périodique: *Journal of UOEH*, bimensuel, en japonais et en anglais).

Les perspectives d'avenir

Le ministère du Travail a récemment lancé un plan d'ensemble visant la prévention des maladies et la promotion de la santé pour tous les travailleurs du pays. Grâce à ce plan de huit ans, il prévoit d'établir des centres de santé au travail subventionnés par l'Etat, fonctionnant à l'échelle des préfectures et des régions dans l'ensemble du pays. Chacune des 47 préfectures aura son centre de santé au travail, qui comptera environ 15 salariés, y compris un médecin-chef à temps plein et trois ou quatre médecins à temps partiel. Leur principale fonction consistera à dispenser une formation et à fournir des informations aux médecins du travail exerçant dans le secteur. Il est prévu également de mettre en place 347 centres régionaux de santé au travail, en liaison avec les sections locales de l'Association médicale japonaise (Japan Medical Association (JMA)). Ces centres régionaux veilleront tout spécialement à fournir des services de santé au travail à un groupe mal desservi à cet égard, c'est-à-dire les travailleurs des petites entreprises. Le budget initial en 1993 était de 2,3 milliards de yen (20 millions de dollars E.-U.) pour la mise en place de six centres préfectoraux et de 50 centres régionaux. Les deux types de centres de santé au travail fonctionneront en interaction, de même qu'en collaboration avec l'administration centrale, la JMA, les hôpitaux

pour travailleurs et les autres partenaires. Le succès de ce plan sera tributaire de la coopération entre ces divers intervenants.

● LA PROTECTION DU TRAVAIL DANS LA FÉDÉRATION DE RUSSIE: DROIT ET PRATIQUE

Nikolai F. Izmerov et Igor A. Fedotov

L'organisation de la protection du travail héritée de l'ancien régime par la Fédération de Russie s'inscrivait dans une structure hiérarchique qui avait été instaurée dans le contexte de la société antérieure et qui fonctionnait sous un contrôle administratif rigoureux allant de pair avec la planification et l'affectation des ressources. Les changements dans les systèmes économique et social du pays résultant de la transition vers une économie de marché ont rendu nécessaires une révision de la législation du travail existante et la réorganisation de l'ensemble du système de protection du travail et, plus particulièrement, des services de santé au travail fournis à la population active.

La législation du travail

La protection du travail dans la Fédération de Russie est reconnue comme étant un système complexe visant à assurer des conditions de travail salubres et sans danger par l'adoption de mesures législatives, socio-économiques, organisationnelles, préventives, de sécurité, d'hygiène, techniques et autres.

La législation du travail en Russie comprend certaines dispositions de la Constitution russe, le Code du travail, la loi fondamentale sur la protection du travail et les textes d'application, à savoir les règlements et directives pertinents, ainsi que les lignes directrices, instructions, normes d'Etat et autres normes approuvées par les autorités compétentes de la Fédération de Russie et des républiques constituantes.

L'article 37 de la Constitution de la Fédération de Russie dispose que chaque citoyen a le droit de travailler dans un environnement conforme aux exigences établies en matière de sécurité et de santé au travail, d'être rémunéré pour son travail sans discrimination par un salaire qui ne soit pas inférieur au minimum fixé par le gouvernement fédéral, et d'être protégé contre le chômage.

La loi fondamentale sur la protection du travail, adoptée en août 1993, contient des dispositions qui garantissent le droit des travailleurs à la protection de leur santé. Elle régit également les relations professionnelles entre les employeurs et les travailleurs dans tous les secteurs de l'économie, quel que soit le mode de propriété. Selon l'article 4 de la loi, les travailleurs ont droit à :

- des conditions de travail salubres et sans danger;
- des lieux de travail exempts de risques qui pourraient causer des accidents du travail ou des maladies professionnelles ou réduire leur capacité de travail;
- des prestations de réparation en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles;
- des informations sur les risques professionnels et les dangers pour la santé existants ainsi que sur les mesures prises par l'employeur pour maîtriser ces risques;
- un équipement de protection individuelle aux frais de l'employeur.

L'article 9 de la loi fondamentale sur la protection du travail attribue à l'employeur la responsabilité d'assurer des conditions de travail salubres et sans danger, tandis que l'article 16 précise les sanctions pécuniaires qui lui seront infligées s'il ne s'acquitte pas de cette responsabilité et si la santé des travailleurs est com-

promise par suite d'exposition, de lésions ou de maladies professionnelles.

Le chapitre 10 du Code du travail de la Fédération de Russie porte sur la sécurité et la santé au travail. L'article 139 prévoit qu'il incombe à la direction d'assurer des conditions de travail salubres et sans danger par l'adoption de procédures de sécurité mises à jour régulièrement et de mesures de prévention des accidents qui permettront de maîtriser les risques de manière appropriée et de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Selon l'article 143 du Code du travail, la direction est tenue de doter ses installations de machines et d'équipements sans risques et de créer des conditions de travail sûres, respectant les normes techniques et les normes d'hygiène, de même que les règlements intersectoriels et sectoriels sur la sécurité et la santé au travail élaborés et adoptés conformément à la législation du travail en vigueur.

Les règlements intersectoriels en matière de prévention couvrent tous les secteurs d'activité. Ce sont des prescriptions légales applicables à toutes les entreprises, indépendamment du type d'activité économique (par exemple, les normes d'hygiène SN 245-71 relatives à la conception des entreprises industrielles). Les règlements intersectoriels sont adoptés par le conseil des ministres de la Fédération de Russie, ou par d'autres autorités compétentes à la demande du conseil des ministres.

Les règlements sectoriels en matière de prévention définissent les exigences applicables à divers procédés industriels, types de travaux et équipements propres à certains secteurs industriels (par exemple, les règlements sur les consignes de sécurité touchant les opérations de soudage dans la construction ou le fonctionnement des grues de chargement sur les quais). Ils tiennent compte des caractéristiques particulières de certains secteurs de l'économie et sont adoptés par les ministères concernés, les comités d'Etat, les organismes officiels de contrôle ou d'autres autorités compétentes.

Les ministères élaborent également des directives, des instructions et des normes techniques de prévention visant leurs domaines d'activité économique respectifs. D'autres instructions, comme celles qui obligent les employeurs à organiser à l'intention des travailleurs une formation à la prévention en entreprise ou celles qui obligent les travailleurs à se conformer aux exigences de sécurité, font l'objet de consultations avec les organisations d'employeurs et de travailleurs.

Les employeurs sont tenus de fournir aux travailleurs les vêtements ou les uniformes adéquats ainsi que l'équipement de protection individuelle et collective prévu par la réglementation. Ils sont également responsables de l'organisation des examens de santé périodiques que doivent subir certaines catégories de travailleurs, par exemple ceux qui effectuent des travaux pénibles ou qui accomplissent des tâches dangereuses, les travailleurs du secteur des transports et certains autres groupes.

Outre les obligations et responsabilités des employeurs (lorsque les installations appartiennent à l'Etat, la direction de l'entreprise représente l'employeur), la législation du travail prévoit l'obligation pour les travailleurs de se conformer aux exigences en matière de sécurité et de santé au travail énoncées dans les règlements et les directives applicables. Ainsi, les travailleurs doivent participer aux programmes de formation à la prévention, entretenir et utiliser correctement l'équipement de protection individuelle, suivre des cours de prévention des incendies, veiller au bon fonctionnement des machines et de l'équipement qu'ils utilisent et à la propreté de leurs lieux de travail.

A l'échelle de l'entreprise, la surveillance quotidienne de l'application des normes et prescriptions relatives à la prévention relève du bureau de la sécurité et de la santé au travail, qui fait partie intégrante de l'entreprise et jouit d'un statut indépendant. Les principales fonctions de ce bureau sont les suivantes: évalua-