

tion des risques professionnels, recommandation de mesures de sécurité et de contrôle, prévention des accidents du travail, analyse des causes d'accidents du travail, coopération avec d'autres services de l'entreprise pour la prévention des accidents du travail et des lésions professionnelles, vérification des machines et de l'équipement et mise en œuvre de programmes de sécurité. Le bureau est habilité à interrompre le fonctionnement de certaines machines ou le déroulement de certaines opérations ou encore certaines tâches qui peuvent mettre en péril la vie ou la santé des travailleurs.

Les petites entreprises n'ont généralement pas les ressources requises pour mettre sur pied un bureau de la sécurité et de la santé au travail (voir «Les services de santé au travail dans les petites entreprises»). L'article 8 de la loi fondamentale sur la protection du travail leur confère le droit de consulter des spécialistes de la sécurité et de la santé au travail de l'extérieur et de les employer en tant que contractuels.

Afin d'améliorer l'application des règlements visant la protection des travailleurs de la Fédération de Russie, un système a été mis en place pour l'établissement de normes d'Etat en matière de sécurité et de santé au travail (GOST). Ces normes ont force de loi, et le contrôle de leur application incombe aux autorités gouvernementales compétentes.

Au total, il existe maintenant plus de 2 000 règlements, directives, instructions, normes d'hygiène et normes d'Etat concernant la sécurité et la santé au travail, dont la plupart ont été élaborés par divers ministères, comités d'Etat et autres autorités de l'ex-URSS. Cette réglementation est toujours en vigueur, même si 700 règles et règlements ont été établis avant 1981 et ne devaient être applicables que pendant une période de cinq ans. La majorité de ces règles et règlements devraient être revus et modifiés à la lumière de la nouvelle situation économique.

Dans le cadre de la réorganisation du système de protection du travail de la Russie, le décret présidentiel du 4 mai 1994 a créé l'Inspection fédérale du travail qui, sous l'égide du ministère du Travail, est chargée de veiller à la bonne application de la législation du travail dans tous les territoires de la Fédération de Russie. Ce décret a mis en place le système de contrôle et de surveillance de l'Etat dans le domaine de la protection du travail (auparavant, le contrôle de l'application de la législation du travail incombait aux inspecteurs des syndicats). Un réseau d'inspections régionales sera établi dans toutes les régions constituantes de la Fédération de Russie, complétant la structure organisationnelle de l'Inspection fédérale du travail.

La législation sur la santé

La législation sur la santé de la Fédération de Russie représente un outil pour la mise en œuvre de la politique d'Etat concernant la santé publique et le bien-être épidémiologique. Le Service fédéral d'hygiène et d'épidémiologie de la Fédération de Russie s'acquitte de son mandat en conformité avec cette législation et joue un rôle important dans les activités visant à promouvoir la sécurité et la santé au travail et la santé publique en général.

La législation sur la santé comprend la loi sur le bien-être sanitaire et épidémiologique de la population, adoptée le 13 avril 1992 par le Conseil suprême de la Fédération de Russie, et les directives et règlements pertinents établis en vertu de cette loi par les autorités compétentes.

Selon l'article 1 de la loi, l'expression *bien-être sanitaire et épidémiologique* désigne «un état de la santé publique et de l'environnement caractérisé par l'absence d'incidences néfastes des facteurs environnementaux sur la santé des populations et la présence de conditions propices aux activités créatrices».

La législation sur la santé établit des normes d'hygiène pour les entreprises, les nouveaux types d'équipements et de machines ainsi que pour les matières et les procédés technologiques nou-

veaux. Elle prescrit également les modalités d'application des normes existantes.

La surveillance de l'Etat en matière d'hygiène prend deux formes:

- la surveillance préventive des conditions d'hygiène englobe le contrôle de l'application des normes d'hygiène lors de la conception, de la construction et de la reconstruction des entreprises, de l'introduction de nouvelles technologies, de la fabrication de machines et d'équipements et de la surveillance de l'environnement;
- la surveillance courante des conditions d'hygiène comporte l'inspection régulière du milieu de travail des entreprises à l'aide de méthodes d'évaluation, d'échantillonnage et d'analyse. Elle comprend également le contrôle de l'application des normes d'hygiène relatives au fonctionnement des machines et de l'équipement et à la maintenance des installations en général.

Selon l'article 9 de la loi, les entreprises doivent se conformer à la législation sur la santé en appliquant les normes d'hygiène établies et en exerçant un contrôle sur l'environnement industriel. Elles doivent prendre des mesures afin de prévenir la pollution de l'environnement, concevoir et mettre en œuvre des programmes de sécurité et de santé au travail visant à améliorer le milieu de travail et à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Le chapitre 4 de la loi précise les divers degrés de responsabilité en cas d'infraction à la législation sur la santé. Les personnes qui enfreignent la loi peuvent être poursuivies au civil ou au pénal (art. 27).

Le chapitre 5 de la loi établit les fonctions de surveillance sanitaire et épidémiologique de l'Etat:

- évaluation et pronostic de la salubrité de l'environnement pour la population;
- détection des cas de maladies transmissibles, d'intoxications et de maladies non transmissibles largement répandues et détermination de leurs causes;
- élaboration de mesures obligatoires visant à assurer le bien-être sanitaire et épidémiologique de la population;
- surveillance de l'application par les entreprises de la législation sur la santé et des normes d'hygiène;
- engagement de poursuites contre les entreprises et les personnes qui ne respectent pas la législation sur la santé et les normes d'hygiène;
- compilation de statistiques sur les maladies transmissibles, les maladies professionnelles, les intoxications et les maladies non transmissibles largement répandues attribuables à des facteurs environnementaux nocifs.

Par suite des changements structurels en cours dans l'organisation du travail, la loi impose pour la première fois l'obligation de respecter la législation sur la santé et les normes d'hygiène, ainsi que les normes sur la qualité sanitaire des produits et la prévention de la pollution de l'environnement non seulement aux dirigeants d'entreprises et aux travailleurs, mais également aux travailleurs indépendants à temps plein (art. 34).

Selon l'article 32 de la loi, il incombe au Service fédéral d'hygiène et d'épidémiologie de la Fédération de Russie de veiller à l'application de la législation sur la santé. En outre, le Conseil des ministres de la Fédération de Russie a approuvé la directive n° 375, qui a remplacé les anciens postes d'hygiène et d'épidémiologie par des Centres de surveillance sanitaire et épidémiologique d'Etat, fonctionnant dans tous les territoires de la Fédération.

La nouvelle législation sur la santé représente un changement important dans la réglementation officielle du bien-être sanitaire et épidémiologique de la population, et cela est vrai également pour la restructuration radicale du Service fédéral d'hygiène et

d'épidémiologie de la Fédération de Russie, chargé d'appliquer cette réglementation. Le Service a récemment obtenu le statut de service fédéral et fait maintenant partie des organismes fédéraux de contrôle d'Etat. A la suite de ce changement, le Comité fédéral de la Fédération de Russie pour la surveillance sanitaire et épidémiologique a été créé afin de superviser le fonctionnement général du Service.

Le Service fédéral d'hygiène et d'épidémiologie de la Fédération de Russie est constitué des organismes suivants:

- le Comité fédéral de la Fédération de Russie pour la surveillance sanitaire et épidémiologique;
- les Centres de surveillance sanitaire et épidémiologique d'Etat établis à l'échelle des républiques, des régions, des municipalités, des districts et des collectivités locales;
- les Centres de surveillance susmentionnés pour les transports par voie d'eau et par voie aérienne;
- le Centre d'information et d'analyse de la Fédération de Russie;
- les instituts médicaux et les centres de formation spécialisée s'occupant de l'éducation et de la formation des spécialistes qui travaillent dans les Centres de surveillance;
- les instituts de recherche spécialisés en hygiène et en épidémiologie du travail;
- les établissements médicaux spécialisés qui produisent des vaccins;
- les centres de désinfection.

Comme le précise la directive n° 375, les principales fonctions du Service fédéral d'hygiène et d'épidémiologie sont les suivantes:

- veiller à l'application de la législation sur la santé;
- élaborer des normes d'hygiène;
- mettre sur pied des programmes de protection et de promotion de la santé à l'échelle de la Fédération, des républiques, des régions et des collectivités locales;
- fournir des renseignements techniques aux autorités compétentes, aux entreprises, aux organisations d'employeurs et de travailleurs et à d'autres organismes s'occupant de sécurité et de santé au travail, y compris des informations sur la situation sanitaire et épidémiologique du pays, des statistiques sur la morbidité de la population et des interprétations des textes juridiques concernant la législation sur la santé;
- coordonner les activités des entreprises, des organisations d'employeurs et de travailleurs, des associations scientifiques et autres en ce qui concerne tant l'élaboration que l'application des normes d'hygiène.

Les spécialistes des Centres de surveillance sont habilités à effectuer des visites et des inspections des entreprises dans le but de faire appliquer la législation sur la santé. Ils enquêtent sur les causes des maladies professionnelles et déterminent les risques environnementaux et professionnels qui pourraient donner lieu à des maladies, des lésions et des intoxications liées au travail. Idéalement, lorsque cela est nécessaire, ils collaborent avec les médecins et le personnel infirmier des services de santé au travail.

Les Centres de surveillance sont financés directement par le budget fédéral de la Fédération de Russie. Ils peuvent en outre fournir sous contrat des services et des conseils spécialisés aux entreprises et à tout autre organisme ayant besoin de leur expertise. La liste des services spécialisés offerts par les Centres de surveillance est approuvée par le Comité fédéral pour la surveillance sanitaire et épidémiologique.

La législation sur la santé est appliquée au moyen de directives, de règlements, d'instructions, de normes et de prescriptions légales, à savoir:

- des règlements, des normes et des prescriptions sanitaires visant à créer des conditions de travail salubres et sans danger, à

protéger l'environnement et à promouvoir la santé publique en général;

- des normes sanitaires fixant des limites d'exposition professionnelle et des concentrations maximales admissibles applicables aux risques potentiels présents sur les lieux de travail et dans l'environnement;
- des normes sanitaires établissant des critères pour des facteurs particuliers qui peuvent nuire à la santé des générations futures;
- des règlements sanitaires uniformes combinant diverses normes.

La protection de la santé des travailleurs

L'article 41 de la Constitution de la Fédération de Russie dispose que chaque citoyen a droit à la protection de sa santé et à des soins médicaux. De nouvelles lois prévoient la mise en place de systèmes de santé administrés par les municipalités et le secteur privé en complément du régime de soins de santé de l'Etat. Les soins médicaux dispensés par l'Etat et les municipalités sont gratuits, les coûts étant financés par le budget fédéral et les budgets des collectivités locales, les caisses d'assurance santé et d'autres sources.

La loi sur le bien-être sanitaire et épidémiologique de la population renferme les dispositions suivantes, qui visent à assurer la protection de la santé des travailleurs:

- les travailleurs des entreprises doivent subir un examen préalable à l'embauche ainsi que des examens médicaux périodiques;
- les examens préalables à l'embauche ainsi que les examens médicaux périodiques sont exigés pour tous les travailleurs qui sont exposés à des risques professionnels particuliers ou qui exécutent des tâches dangereuses figurant sur une liste approuvée par le Comité fédéral pour la surveillance sanitaire et épidémiologique et le ministère de la Santé de la Fédération de Russie, en consultation avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs;
- les entreprises doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer ces examens médicaux aux travailleurs.

Un élément important du système de santé russe est la mise en place, en 1991, d'un régime d'assurance santé obligatoire, qui a été modifié en 1993. La loi sur l'assurance santé des citoyens de la Fédération de Russie prévoit un nouveau modèle d'assurance en vertu duquel les employeurs versent des primes correspondant à 3,6% de leur masse salariale totale aux administrations locales pour aider à financer l'assurance santé. En 1996, près de 40 millions de travailleurs étaient couverts par la caisse fédérale d'assurance santé obligatoire de la Fédération de Russie.

La mise en place de l'assurance santé obligatoire avait principalement pour but de pourvoir au financement des soins de santé au sein du système économique postsoviétique sur la base des principes de l'assurance, en utilisant des fonds provenant de cotisations obligatoires et volontaires. L'assurance santé obligatoire a introduit dans le système de santé de la Fédération de Russie deux types de liens avec le public qui n'existaient pas auparavant: la participation des assureurs, représentés par les autorités locales, qui sont chargés de l'assurance santé couvrant les agents de l'Etat et les chômeurs; et la participation des milieux industriels, représentés par les employeurs et les entreprises, qui sont chargés d'assurer les travailleurs. Selon l'article 23 de la loi sur le bien-être sanitaire et épidémiologique de la population, les examens de santé des travailleurs font partie de la liste des services couverts par l'assurance santé obligatoire.

Conformément à la loi fondamentale sur la protection de la santé des citoyens de la Fédération de Russie, adoptée par le Conseil suprême de la Fédération de Russie le 22 juillet 1993, les principes fondamentaux de la protection de la santé sont les suivants:

- le respect des droits de la personne en matière de protection de la santé, garantis par le gouvernement;
- la priorité donnée à la prévention dans la protection de la santé;
- l'accès universel aux services sociaux et aux soins médicaux;
- la protection sociale des travailleurs en cas d'incapacité;
- la responsabilité de l'Etat, des autorités compétentes et des entreprises (quel qu'en soit le mode de propriété) et la gestion des établissements et des organisations en vue de la protection et de la promotion de la santé des travailleurs.

La loi fondamentale précise les liens existant, en ce qui concerne la protection et la loi de la santé, entre la population active et les autorités compétentes, les entreprises d'Etat, les établissements du secteur privé, ainsi que les centres médicaux de l'Etat, des municipalités et du secteur privé fournissant des services de santé.

En pratique, les services de santé au travail sont dispensés aux travailleurs par les établissements de santé publics (hôpitaux et polycliniques) situés à proximité de leur lieu de résidence et par les services spécialisés de santé au travail se trouvant pour la plupart dans les grandes entreprises. Cet arrangement permet d'offrir des services de qualité le plus près possible des travailleurs et de leurs lieux de travail.

On trouve généralement des services de santé au travail dans les grandes entreprises employant plus de 4 000 travailleurs, de même que dans les entreprises chimiques, pétrochimiques, minières et extractives comptant au moins 2 000 salariés. Toutes les entreprises employant plus de 800 personnes doivent être dotées d'une unité interne comprenant un médecin et un(e) infirmier(ère) du travail; celles qui ont entre 300 et 800 salariés sont seulement tenues d'avoir un(e) infirmier(ère) du travail; le nombre minimal pour les entreprises chimiques, pétrochimiques, minières et extractives est de 200 salariés. Ces unités internes font partie du système de santé public.

Pour dispenser des services de santé au travail, les petites entreprises ont recours aux hôpitaux et aux polycliniques du système public de santé, qui doivent mettre à leur disposition un médecin du travail pour effectuer les examens de santé des travailleurs.

Dans les très grandes entreprises, on trouve généralement un hôpital qui dispense des services aux patients hospitalisés, une polyclinique offrant des services de consultation externe, un poste de soins infirmiers du travail et un dispensaire. Les services offerts peuvent être «fermés» (c'est-à-dire accessibles seulement aux salariés de l'entreprise) ou «ouverts» (c'est-à-dire accessibles aux familles des travailleurs et, parfois, aux personnes habitant à proximité de l'entreprise).

Conclusion

Le passage à une économie de marché, l'apparition de divers modes de propriété, l'octroi de l'indépendance économique aux entreprises et l'abolition du contrôle administratif de l'Etat ont donné lieu à de profonds changements dans le système économique et social de la Russie, qui ont à leur tour transformé l'ensemble de la société.

Le système de protection du travail de la Fédération de Russie décrit ci-dessus, tout en conservant ses principales caractéristiques, est encore en pleine réorganisation; il lui faut en effet s'adapter aux nouvelles réalités et être en mesure de réagir efficacement aux défis de l'heure. Bien amorcé, le processus n'en est toutefois qu'à ses débuts.

La prestation de services de santé au travail à la population active requiert une attention particulière étant donné la désintégration partielle de l'ancien réseau, causée par des problèmes économiques bien connus, et les bouleversements que représentent l'apparition d'un secteur privé, la mise en place d'un régime

d'assurance santé obligatoire et l'intégration de centres médicaux privés dans le système de santé du pays.

Bien qu'on ait réalisé certains progrès au sujet de la réduction du nombre d'accidents du travail et de l'incidence des lésions et des maladies professionnelles, les taux demeurent beaucoup trop élevés, ce qui pourrait avoir des effets désastreux sur la santé des travailleurs et, partant, sur l'économie. Il est donc primordial d'accorder une importance prioritaire à l'amélioration des conditions et du milieu de travail, de même qu'à la protection et à la promotion de la santé des travailleurs lors de la révision de la politique sociale de l'Etat. La participation active de spécialistes chevronnés de la sécurité et de la santé au travail à ce processus est donc essentielle.

L'amélioration du système de protection du travail en Russie est subordonnée à un certain nombre de facteurs. Il faut, notamment:

- créer des incitations économiques afin d'améliorer les conditions et le milieu de travail;
- formuler une politique nationale cohérente concernant la sécurité et la santé au travail et le milieu de travail;
- revoir la législation du travail existante et établir une solide base législative qui régira la pratique en matière de sécurité et de santé au travail;
- veiller à l'application rigoureuse de la législation du travail;
- favoriser une plus grande coopération entre les employeurs et les travailleurs en ce qui concerne les questions de sécurité et de santé au travail;
- autoriser les organismes de contrôle de l'Etat à fermer les entreprises où les conditions de travail sont insalubres et dangereuses ou qui polluent l'environnement;
- mettre l'accent sur l'amélioration du milieu de travail ainsi que sur la protection de l'environnement;
- effectuer des analyses en profondeur et des pronostics concernant les effets éventuels de la conception et de la construction de nouvelles entreprises sur la santé des travailleurs et l'environnement;
- fournir un plus grand nombre d'options aux travailleurs désireux d'obtenir des services de santé au travail et accroître l'indépendance professionnelle des professionnels de la santé au travail;
- faire en sorte que tous les travailleurs aient accès à un ensemble «standard» de services de santé;
- établir des services de santé au travail complets et multidisciplinaires dans les grandes entreprises, qui seront en mesure d'offrir toute la gamme de services, y compris les traitements et les soins de réadaptation, aux travailleurs et à leur famille;
- améliorer les installations techniques des services de santé au travail et des Centres de surveillance sanitaires et épidémiologiques ainsi que les qualifications de leur personnel;
- organiser et mettre en place des centres de santé pour fournir des services de santé au travail aux petites entreprises;
- veiller à ce que tous les travailleurs, y compris ceux du secteur agricole et du secteur informel, bénéficient des examens de santé recommandés et, à cette fin, utiliser le plus efficacement possible les divers établissements médicaux;
- améliorer l'éducation et la formation des professionnels de la santé au travail;
- mettre l'accent sur l'éducation et la formation des travailleurs en matière de sécurité et de santé au travail.

● LA PRATIQUE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA RÉPUBLIQUE POPULAIRE DE CHINE

Zhi Su

La Chine, le plus grand pays en développement du monde, s'est engagée dans un processus de modernisation sans précédent. Sa politique d'ouverture aux intérêts extérieurs et la réforme économique qu'elle a entreprise en 1979 ont entraîné des changements profonds dans l'économie chinoise et dans tous les aspects de la société. Le PNB de la Chine est passé de 358,8 milliards de yuan renminbi en 1978 à 2 403,6 milliards en 1992, ce qui veut dire qu'il a plus que triplé en termes de valeur constante. Cela correspond à un taux de croissance annuel moyen du PNB de 9%. La valeur de la production industrielle brute s'établissait à 3 706,6 milliards en 1992, résultat d'un taux de croissance annuel moyen de 13,2% de 1979 à 1992 (National Statistics Bureau, 1993). La Chine, de plus en plus considérée comme un centre potentiel d'activité économique, a attiré 40% de l'ensemble des investissements étrangers directs dans les pays en développement. A la fin de 1993, 174 000 projets financés par des investissements étrangers avaient été approuvés, soit un apport de 63,9 milliards de dollars E.-U. dans le pays et un engagement cumulé total de 224 milliards de dollars (*China Daily*, 1994a, 1994b).

Afin de mener à bien les réformes actuelles de manière globale et d'assurer le développement harmonieux de tous les secteurs économiques du pays, il a été décidé de transformer le système en profondeur. L'objectif de cette réforme de la structure économique est d'établir une économie de marché socialiste qui libérera et renforcera encore davantage les forces productives de la Chine. La planification économique centralisée qui avait été privilégiée durant quarante ans cède la place à l'économie de marché. Ce sera le marché qui déterminera l'évolution de l'économie. Le gouvernement devrait, quant à lui, guider la croissance du marché en adoptant des plans, des règlements et des politiques économiques et en se dotant de moyens administratifs adéquats.

Au cours de cette période de changement social et d'industrialisation rapides, en particulier durant le passage d'un système de planification économique centralisée à une économie régie par le marché, les services de santé au travail traditionnels de la Chine ont dû faire face à d'énormes défis. Qui plus est, de nombreux problèmes touchant la santé au travail émergent constamment, alors que ceux du passé ne sont pas encore résolus.

Un survol de l'histoire de la santé au travail en Chine au cours des quarante dernières années révèle que de grands progrès ont été accomplis et que de nombreuses mesures ont été couronnées de succès. Il subsiste néanmoins un écart considérable entre les besoins croissants en matière de services de santé au travail et la capacité actuelle limitée de fournir ces services. Comme bien d'autres secteurs de la société chinoise, celui de la santé au travail est en plein bouleversement.

Historique

Les services de santé au travail, partie intégrante des services de santé publique de la Chine, ont vu le jour au début des années cinquante. En 1949, lorsque fut fondée la République populaire de Chine, l'état de santé de la population laissait à désirer. L'espérance de vie à la naissance ne dépassait pas 35 ans. La situation, en ce qui concerne la sécurité et la santé des travailleurs, était encore plus sombre, comme en témoignait la forte prévalence des maladies professionnelles, des maladies transmissibles et des accidents dans le monde du travail. Les travailleurs touchés étaient en général retirés prématurément du marché de l'emploi. Pour remédier aux conditions de travail dangereuses et insalubres dans

les usines de l'«ancienne Chine», le nouveau gouvernement a adopté trois mesures (Zhu, 1990): 1) la mise en place de services de santé dans les grandes entreprises industrielles; 2) une enquête approfondie sur la salubrité et la sécurité des usines; 3) l'amélioration des conditions sanitaires dans les lieux de travail et les logements des travailleurs.

Les données statistiques relatives aux plus anciennes infrastructures industrielles de la Chine montrent que, en 1952, 28 hôpitaux d'usine, 795 dispensaires et 30 sanatoriums avaient été établis dans l'est du pays; dans le nord-est de la Chine, les services médicaux et sanitaires dans les industries avaient augmenté de 27,6%, le nombre de professionnels de la santé de 53,2%, et le nombre de lits d'hôpital de 12% — toutes ces améliorations sont survenues en trois ans seulement, de 1950 à la fin de 1952. Les conditions de travail les plus dangereuses observées dans les entreprises d'Etat au cours de vérifications effectuées par le gouvernement ont, pour la plupart, été améliorées grâce à des initiatives communes du gouvernement et des travailleurs. Le gouvernement a également financé la construction de logements et d'installations sanitaires. En 1952, on comptait déjà dix fois plus de logements pour les travailleurs qu'en 1950; le nombre de salles de bains avait augmenté de 216%, le nombre de toilettes de 844%. Par ailleurs, les associations de travailleurs avaient augmenté dans une proportion de 207% (données tirées de statistiques sur la région du nord-est). Des subsides alimentaires sont remis aux travailleurs exposés à des risques professionnels depuis 1950. Ces améliorations ont grandement contribué à la reprise de la production industrielle à cette époque.

A partir de 1954, à la suite du mot d'ordre du président Mao Tsé-toung pour «la mise en place graduelle d'une nation socialiste industrialisée», la Chine a accéléré son développement industriel. Les priorités du gouvernement à l'égard de la santé des travailleurs ont peu à peu délaissé la mise en place d'installations sanitaires au profit de la santé au travail et de l'hygiène du milieu, et plus particulièrement de la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail graves. La première Constitution de la République populaire de Chine stipulait que les travailleurs devaient jouir du droit à la protection du gouvernement et qu'il fallait améliorer la santé et le bien-être de tous les travailleurs.

Le gouvernement central — le Conseil d'Etat — s'est beaucoup préoccupé du grave dossier des problèmes de santé au travail. La première conférence nationale sur la réduction de la poussière de silice dans le milieu de travail a été organisée conjointement par le ministère de la Santé publique, le ministère du Travail et la Fédération des syndicats de Chine (FSC) à Beijing en 1954, quatre ans seulement après la fondation de la République populaire de Chine. La deuxième conférence a été convoquée cinq ans plus tard par les trois mêmes organismes, en collaboration avec des organes administratifs sectoriels, notamment le ministère de l'Industrie du charbon et le ministère de la Fabrication des matériaux de construction.

A la même époque, les autorités de la santé au travail ont commencé à s'intéresser à d'autres dossiers: le stress thermique, les intoxications professionnelles, l'hypoacousie professionnelle due au bruit et d'autres affections provoquées par des facteurs physiques ou encore l'intoxication des agriculteurs par les pesticides. A la suite des recommandations pressantes formulées conjointement par le ministère de la Santé publique, le ministère du Travail, la FSC et le ministère de l'Administration industrielle, le Conseil d'Etat a adopté une série de décisions, de politiques et de stratégies en vue de renforcer le programme de santé au travail, notamment en ce qui concerne l'assurance des travailleurs, les prescriptions en matière de sécurité et de santé relatives au milieu de travail, les soins médicaux pour les maladies professionnelles, les examens de santé pour les travailleurs effectuant des tâches dangereuses, la mise en place de systèmes d'inspection sanitaire,

outre le soutien financier considérable requis pour améliorer les conditions de travail.

La structure organisationnelle des services de santé au travail

Le réseau des services de santé au travail de la Chine a vu le jour au cours des années cinquante et a graduellement pris forme sur une période de quarante ans. Sa structure comporte différents paliers.

Les services en entreprise

Dès 1957, le ministère de la Santé publique (Ministry of Public Health, 1957) publiait une recommandation sur la création et la dotation en personnel d'établissements médicaux et sanitaires dans les entreprises industrielles. Les principes énoncés dans le document ont été adoptés comme normes nationales dans les *Hygienic Standards for Design of Industrial Premises (Normes d'hygiène pour la conception d'installations industrielles)* (Ministry of Public Health, 1979) (voir tableau 16.5). Selon ces normes, il devrait y avoir un service de santé ou un service de sécurité et de santé à l'échelon de la direction de l'entreprise, qui devrait également être placé sous le contrôle des autorités gouvernementales locales de la santé publique. Un hôpital des travailleurs relevant du service sert de centre médical ou sanitaire et fournit des soins préventifs ou curatifs, y compris les services suivants: surveillance de la santé des travailleurs à des fins de prévention, évaluation de l'aptitude au travail d'un point de vue médical et approbation des congés de maladie des travailleurs. Il existe des dispensaires à proximité des lieux de travail qui, sous la direction et avec le soutien technique de l'hôpital des travailleurs, jouent un rôle important en ce qui concerne les premiers soins, l'éducation des travailleurs en matière de santé au travail, la collecte sur place de renseignements sur la santé des travailleurs et la surveillance des activités de prévention au travail en liaison avec les syndicats et les services techniques.

Les services au niveau des divisions administratives

La prestation de services de santé est l'une des responsabilités des gouvernements. Au début des années cinquante, afin de prévenir la propagation des maladies transmissibles graves et d'améliorer l'hygiène de l'environnement, le gouvernement a créé des centres de santé et de prévention des épidémies (CSPE) dans chaque division administrative, des provinces aux districts. En raison des besoins croissants de la société ainsi que du développement économique du pays, il a fallu élargir, par la suite, le rôle des CSPE de façon à inclure un grand nombre de services médicaux préventifs: santé au travail, hygiène de l'environnement, hygiène alimentaire, hygiène scolaire, radioprotection et prévention des maladies transmissibles et de certaines maladies non transmissibles. L'accent étant mis sur la législation relative à la santé, les CSPE sont habilités à faire appliquer les règlements et les normes sur la santé publique adoptés par les autorités centrales ou locales et à effectuer des inspections. Les CSPE, en particulier les centres de niveau provincial, offrent également des services et une assistance technique en matière de santé publique aux collectivités et participent à des activités de formation interne et de recherche scientifique.

L'effort d'industrialisation de la Chine déployé durant les années cinquante et au début des années soixante a grandement accéléré l'expansion du programme de santé au travail, qui est devenu l'un des services les plus importants du système de santé. La plupart des petites et moyennes entreprises industrielles qui n'avaient pas les ressources voulues pour se doter d'un service interne de santé au travail et d'hygiène du milieu pouvaient bénéficier des services de santé au travail dispensés par les CSPE, le plus souvent gratuitement.

Tableau 16.5 • Exigences minimales concernant les services de santé en entreprise

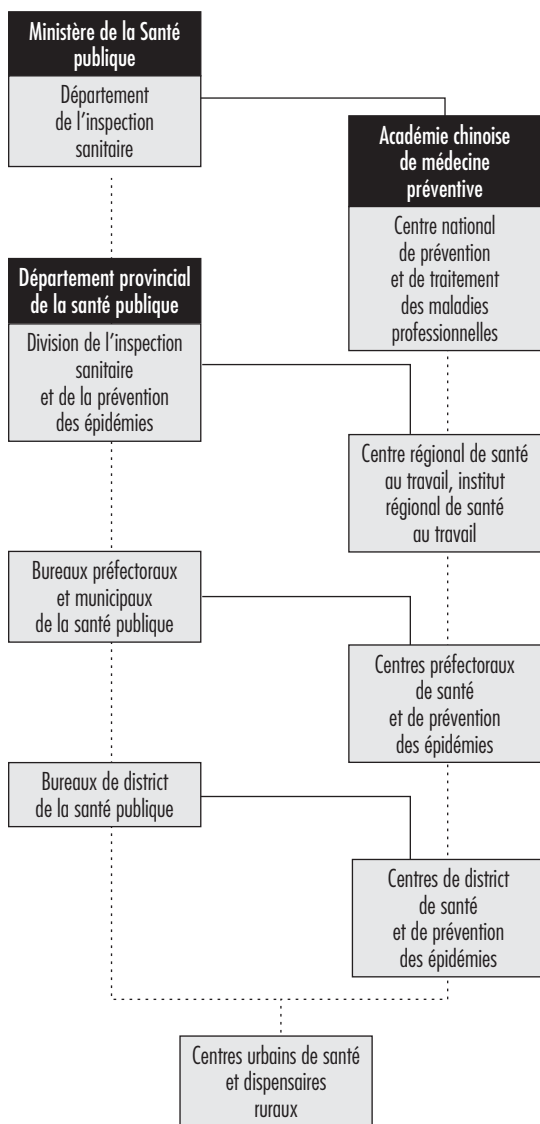
Taille de l'entreprise (nombre de salariés)	Service de santé en entreprise	Superficie (m ²)	Exigences minimales
>5 000	Hôpital ¹	Doit respecter les normes de construction pour les hôpitaux généraux	
3 501–5 000	Dispensaire	140–190	Salle d'attente, salle d'examen, salle de traitement, clinique et laboratoire, salle de radiologie et pharmacie
2 001–3 500	Dispensaire	110–150	(Mêmes que ci-dessus)
1 001–2 000	Dispensaire	70–110	Salle de radiologie non obligatoire
300–1 000	Dispensaire	30–0	Salle de radiologie et laboratoire non obligatoires

¹ Les entreprises industrielles ayant plus de 3 000 salariés peuvent établir un hôpital en entreprise si elles ont des procédés de fabrication à risque élevé ou si elles sont situées loin d'une ville ou dans une région montagneuse où les moyens de transport laissent à désirer.

Durant la «révolution culturelle», soit de 1966 à 1976, le réseau des services de santé au travail et ses activités se sont gravement détériorés. C'est là l'une des principales raisons pour lesquelles certaines maladies professionnelles sont toujours aussi répandues en Chine aujourd'hui. La reconstruction du programme de santé au travail a débuté à la fin des années soixante-dix, lorsque la Chine a pris à nouveau conscience de l'importance du développement économique. Depuis le début des années quatre-vingt, grâce à la politique favorable du gouvernement, des hôpitaux de prévention et de traitement des maladies professionnelles ont été rapidement mis en place ainsi que des centres de santé au travail, appelés *institutions de santé au travail (IST)*, dans la plupart des provinces et dans certains secteurs administratifs industriels. Les IST ont été établies dans le but premier de mettre à profit les compétences du personnel de santé au travail des CSPE ainsi que celles des médecins du travail des hôpitaux. Au cours de la période 1983-1991, le gouvernement central et les administrations locales ont investi au total 33,8 millions de yuan renminbi dans la mise en place des IST. Au niveau des provinces et des préfectures, 138 instituts ont été établis et dotés d'équipement de laboratoire ou de matériel clinique adéquats. On compte maintenant 204 institutions, dont 60 établies par le secteur industriel. De plus, 110 millions de yuan renminbi ont servi à équiper 1 789 CSPE à l'échelle des districts (He, 1993). Les programmes de santé au travail des CSPE de districts ont été parmi les premiers éléments du projet à être dotés d'équipements. Afin de renforcer la capacité des services de santé au travail sur les plans de la recherche, de la formation et de la coordination, on a créé un Centre national de prévention et de traitement des maladies professionnelles au sein de l'Institut de médecine du travail de l'Académie chinoise de médecine préventive, ainsi que sept centres régionaux de santé au travail, situés à Beijing, Shanghai, Shenyang, Lanzhou, Chengdu, Changsa et Guangzhou. L'actuel réseau national de services de santé au travail est décrit à la figure 16.4.

A ce jour, 34 écoles ou départements de santé publique ont été établis dans les collèges ou facultés de médecine du pays. Ces écoles constituent le principal réservoir de professionnels de la

Figure 16.4 • Réseau national des services de santé au travail



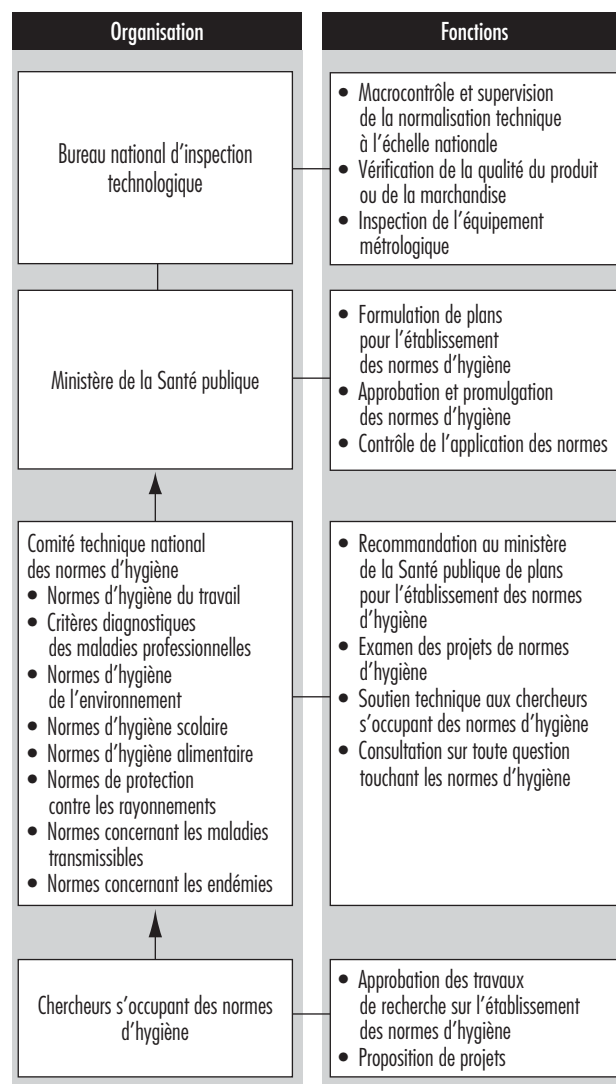
santé au travail. Six centres nationaux de formation interne en santé au travail ont été créés en 1983. L'effectif total de professionnels de la santé au travail, comprenant des médecins, des hygiénistes industriels, des techniciens de laboratoire et d'autres professionnels de la santé s'occupant de santé au travail, s'élevait à environ 30 000 personnes en 1992.

La législation et les normes concernant la santé au travail

Afin d'encourager la recherche sur les normes d'hygiène et leur mise en œuvre, le Comité technique national des normes d'hygiène a été créé en 1981 en tant qu'organe de consultation et d'examen technique du ministère de la Santé publique pour tout ce qui touche à l'établissement de normes d'hygiène. Actuellement, le Comité compte huit sous-comités, s'occupant des domaines suivants: santé au travail, hygiène de l'environnement, hygiène scolaire, hygiène alimentaire, radioprotection, diagnostic

des maladies professionnelles, prévention des maladies transmissibles et des endémies (voir figure 16.5). Les membres du Comité sont des spécialistes issus des universités, des instituts de recherche, des organismes gouvernementaux et des syndicats. Les premières normes d'hygiène pour la conception des installations industrielles ont été formulées durant les années cinquante, puis modifiées et approuvées de nouveau en 1979; elles contiennent aujourd'hui une liste des limites d'exposition professionnelle, en termes de concentrations maximales admissibles pour 120 agents toxiques et poussières, ainsi que d'autres prescriptions concernant les mesures de maîtrise des risques dans le milieu de travail, l'aménagement des installations sanitaires dans les usines, etc. Il existe par ailleurs 50 normes d'hygiène du travail promulguées par le ministère de la Santé publique concernant les agents physiques et chimiques dangereux présents dans les lieux de travail. En outre, 127 autres normes d'hygiène du travail sont actuellement à l'examen. Des critères diagnostiques pour 50 maladies professionnelles ouvrant droit à réparation ont été élaborés par le ministère de la Santé publique.

Figure 16.5 • Gestion de l'établissement des normes sanitaires



Comme chacun le sait, la Chine a vécu sous une économie dirigée et a été régie par un gouvernement central unifié durant plus de quarante ans. Par conséquent, la plupart des prescriptions réglementaires établies à l'échelle nationale en matière de sécurité et de santé au travail étaient énoncées dans des documents à «titre rouge» émanant du gouvernement central. Ces documents avaient pleinement force de loi et constituaient le cadre réglementaire fondamental du pays en matière de santé au travail. Il existe plus de vingt documents de ce genre promulgués par le Conseil d'Etat ou ses ministères. La grande différence entre ces documents et la législation réside dans le fait que les premiers ne prévoient pas de sanctions, qu'ils ne sont pas aussi contraignants que les lois et que leur mise en application laisse à désirer.

Depuis que la réforme économique a favorisé la mise en place d'un système axé sur le marché, à la suite de l'adoption de la politique d'ouverture, la législation nationale a été grandement renforcée. La gestion de la santé au travail est également passée du mode administratif traditionnel à une approche réglementaire. L'un des documents législatifs les plus importants est le Règlement sur la prévention des pneumoconioses, édicté par le Conseil d'Etat en 1987. La promulgation de la loi sur le travail par le Congrès national du peuple, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1995, constitue un autre jalon important dans l'histoire de la protection des droits des travailleurs. La sécurité et la santé des travailleurs est l'un des principaux objectifs visés par cette loi. Afin d'assurer l'application de la loi sur le travail en ce qui concerne la lutte contre les maladies professionnelles, le ministère de la Santé publique a soumis au Bureau de la législation du Conseil d'Etat un projet de loi sur la prévention des maladies professionnelles, où figurent la plupart des politiques fondamentales propres aux institutions du travail ainsi qu'une description des expériences réussies dans ce domaine, tant en Chine qu'à l'étranger. Le projet de loi doit être examiné de plus près avant d'être soumis au Comité permanent du Congrès national du peuple.

Le système d'inspection sanitaire

La notion de «prévention d'abord» a été privilégiée par le gouvernement et est devenue un important principe de base national en matière de santé publique. Dès 1954, au début du processus d'industrialisation, le gouvernement central a pris la décision d'établir un système d'inspection sanitaire dans le but d'assurer le respect des politiques et règlements nationaux en matière d'hygiène industrielle. Les centres de santé et de prévention des épidémies (CSPE) ont été autorisés à effectuer des inspections sanitaires au nom des autorités gouvernementales de santé publique. Les principales tâches de l'inspection sanitaire des entreprises sont les suivantes:

- inspecter les entreprises afin d'y détecter les risques professionnels, de manière à s'assurer que leur concentration ou leur intensité est conforme aux normes nationales en matière d'hygiène industrielle;
- vérifier si les examens de santé préalables à l'emploi et les examens de santé périodiques des travailleurs exposés ont été effectués conformément aux règlements nationaux applicables ou aux exigences des autorités locales;
- veiller à ce que les travailleurs souffrant d'une maladie professionnelle reçoivent un traitement approprié, aient le temps de se rétablir, soient mutés à d'autres fonctions ou se voient offrir toute autre solution de rechange adéquate, en conformité avec la réglementation pertinente;
- effectuer des évaluations des conditions d'hygiène et superviser les mesures de contrôle des risques sur le lieu de travail;
- superviser la tenue de registres sur la santé au travail, la déclaration des maladies professionnelles et la surveillance du milieu de travail dans les entreprises.

Les activités décrites ci-dessus font partie de l'inspection sanitaire régulière et, de ce fait, représentent les tâches à accomplir périodiquement. D'autres tâches importantes peuvent s'ajouter:

- l'inspection sanitaire préventive des projets de construction industriels (avant la construction de nouvelles installations industrielles et la reconstruction ou l'agrandissement d'installations existantes, tous les plans de génie civil, les dispositifs de contrôle des risques, les équipements médicaux ou sanitaires ainsi que les logements des travailleurs doivent faire l'objet d'une inspection initiale aux fins de la santé au travail);
- l'évaluation toxicologique des nouvelles substances chimiques industrielles.

L'inspection sanitaire, en particulier l'inspection sanitaire préventive en tant que principe fondamental des mesures d'intervention en matière de santé publique, est prescrite dans un certain nombre de lois et règlements sur la santé publique. Depuis les années soixante-dix, en raison de l'attention croissante portée à la lutte contre la pollution de l'environnement, l'inspection préventive de santé au travail s'est élargie pour devenir l'*inspection de l'ensemble du processus*. Le principe selon lequel les dispositifs de contrôle des risques doivent être conçus, construits et mis en service en même temps que la partie principale du projet, est l'un des aspects importants du règlement sur la prévention et le traitement des pneumoconioses et de la loi sur la protection de l'environnement.

La stratégie globale de prévention des maladies professionnelles

Dans le cadre de la lutte contre les pneumoconioses et les cas de contamination grave par les poussières dans le milieu de travail, on a mis l'accent sur la *prévention globale*, notion qu'on a illustrée à l'aide de huit caractères chinois, d'où la désignation de stratégie des «huit caractères». La signification de ces caractères est traduite en français comme suit:

- *innovation*: amélioration technologique, telle que l'utilisation de matériels sûrs ou à faible risque ainsi que de procédés plus productifs et le remplacement des méthodes dépassées par des techniques modernes plus efficaces;
- *humidification*: le fait de maintenir humide un lieu de travail poussiéreux afin de réduire la concentration de poussière, en particulier pour le forage et le broyage dans les usines minières;
- *confinement*: séparation physique entre les travailleurs, les équipements et le milieu ambiant afin de prévenir la propagation des poussières et la contamination subséquente des opérateurs;
- *ventilation*: amélioration de la ventilation naturelle et mécanique;
- *protection*: fourniture d'équipements de protection individuelle aux travailleurs exposés;
- *supervision*: établissement de règlements et de consignes de sécurité et supervision des travailleurs afin qu'ils respectent ces directives rigoureusement;
- *éducation*: mise en œuvre de programmes de formation à la prévention afin de promouvoir la participation des travailleurs et d'accroître leurs connaissances et leurs compétences en matière de protection individuelle;
- *contrôle*: inspection des lieux de travail en application des normes nationales et surveillance régulière de la santé des travailleurs conformément aux prescriptions nationales.

L'expérience de nombreuses entreprises a démontré que la stratégie des «huit caractères» était importante et efficace pour améliorer les conditions de travail.

La surveillance du milieu de travail

Les entreprises dont les lieux de travail présentent des dangers devraient surveiller périodiquement les concentrations de substan-

ces dangereuses ou l'intensité des risques et prendre des mesures pour maîtriser les risques de façon à se conformer aux normes d'hygiène industrielle nationales (par exemple, en ce qui concerne les concentrations maximales admissibles). Les entreprises qui ne sont pas en mesure d'effectuer elles-mêmes la surveillance des risques dans le milieu de travail peuvent faire appel aux services des IST ou des CSPE locaux.

Afin de vérifier la qualité de la surveillance des lieux de travail effectuée par les entreprises, les IST ou les CSPE doivent procéder à des inspections régulières ou ponctuelles. Le Centre national de traitement et de prévention des maladies professionnelles est l'organisme national responsable du contrôle de la qualité de la surveillance des lieux de travail. Un certain nombre de règlements techniques concernant la surveillance de la qualité de l'air dans le milieu de travail ont été adoptés par le ministère de la Santé publique ou publiés en tant que recommandations nationales par le Centre susmentionné — par exemple, les *Methods for Airborne Dust Measurement in the Workplace (Méthodes de mesure des poussières en suspension dans l'air sur les lieux de travail (GB 5748-85))* (Ministry of Public Health, 1985) et les *Methods for Monitoring and Analysis of Chemical Hazards in Air of Workplace (Méthodes de surveillance et d'analyse des substances chimiques dangereuses en suspension dans l'air sur les lieux de travail)* (Institute of Occupational Medicine, 1987).

Pour mieux garantir la qualité de la surveillance du milieu de travail, on a soumis à l'examen et à l'approbation du ministère de la Santé publique une série de normes d'assurance de la qualité concernant la mesure des substances dangereuses dans le milieu de travail. Selon ces normes, les compétences des établissements chargés de la surveillance des lieux de travail seraient évaluées et l'obtention d'un permis serait nécessaire. Ces établissements devront démontrer:

- que la personne qui fait les prélèvements ou effectue les analyses est un professionnel qualifié;
- qu'ils possèdent le matériel d'échantillonnage et d'analyse nécessaire et que ce matériel est bien calibré;
- qu'ils disposent de réactifs et de solutions standards;
- qu'il existe des mécanismes d'assurance de la qualité pour l'échantillonnage de l'air et des matières biologiques;
- qu'il existe des mécanismes interlaboratoires d'assurance de la qualité et d'autres mécanismes de vérification analogues.

On procède actuellement à une étude pilote sur l'évaluation des laboratoires, dans 200 laboratoires et établissements. Il s'agit là de la première étape de l'application de la norme d'assurance de la qualité.

Les examens de santé des travailleurs

Les travailleurs exposés à des risques sur les lieux de travail devraient être soumis à des examens de santé. Cette règle s'est tout d'abord appliquée durant les années cinquante aux travailleurs exposés à la poussière, puis s'est rapidement étendue aux travailleurs exposés à des substances chimiques toxiques et à des dangers physiques.

Les examens de santé comprennent les examens préalables à l'emploi ou les examens d'aptitude au travail ainsi que les examens périodiques. Ces examens médicaux doivent être réalisés par les IST ou les établissements médicaux ou sanitaires compétents, détenteurs d'un permis délivré par les autorités gouvernementales de la santé publique.

L'examen préalable à l'emploi

Les travailleurs nouvellement embauchés et les travailleurs qui viennent d'être affectés à des tâches dangereuses doivent subir un examen préalable à l'emploi. L'examen vise à évaluer la santé du travailleur en relation avec les conditions de travail; il permet de s'assurer que l'emploi considéré ne nuira pas à sa santé et

Tableau 16.6 • Examens périodiques requis pour les travailleurs exposés à la poussière

Nature de la poussière	Fréquence des examens (années)	
	Travailleurs actifs	Travailleurs inactifs
Teneur en silice libre (%)		
80	0,5-1	1
40	1-2	2
10	2-3	3
<10	3-5	5
Amiante	0,5-1	1
Autres poussières	3-5	5

d'exclure les personnes qui ne sont pas aptes à exécuter les tâches prévues. Les critères de santé servant à déterminer les contre-indications à l'égard de différentes conditions de travail potentiellement dangereuses sont décrits en détail dans les *National Diagnostic Criteria and Principles of Management of Occupational Diseases (Critères diagnostiques et principes nationaux de prise en charge des maladies professionnelles)* (Health Standards Office, 1993) et dans *Guideline of Occupational Health Service and Inspection (Directives concernant l'inspection et les services de santé au travail)*, promulguées par le ministère de la Santé publique (Ministry of Public Health, 1991).

L'examen périodique

Les travailleurs exposés à des risques doivent subir des examens médicaux dont la fréquence varie selon le type de risque. Le tableau 16.6 indique, par exemple, la fréquence d'examen des travailleurs exposés à la poussière. Les travailleurs souffrant d'une pneumoconiose devraient subir un examen médical chaque année.

Tous les dossiers médicaux devraient être gardés en lieu sûr, tant dans les entreprises que dans les IST locales, et être transmis annuellement aux autorités locales de la santé publique, qui les remettent au Centre national de traitement et de prévention des maladies professionnelles et au ministère de la Santé publique.

Un travailleur qui entre en fonctions dans une entreprise en provenance d'une usine où il était exposé à un risque professionnel doit subir un examen de santé dans une IST locale, qui permettra de déterminer si sa santé a été affectée par cette exposition; le dossier médical du travailleur doit suivre ce dernier à la nouvelle entreprise (Ministry of Public Health, 1987).

Tableau 16.7 • Examens médicaux des travailleurs exposés à des risques professionnels

Année	Nombre de travailleurs (milliers)	Proportion de travailleurs exposés (%)	Taux d'examen des travailleurs exposés (%)	Taux des maladies professionnelles détectées (%)
1988	62 680	29,36	18,60	0,90
1989	62 791	29,92	20,67	0,57
1990	65 414	29,55	20,47	0,50
1991	66 039	30,30	21,03	0,57
1992	64 222	30,63	20,96	0,40
1993	64 345	31,28	17,97	0,46

Le tableau 16.7 fournit des statistiques sur les examens de santé des travailleurs au cours de la période 1988-1993. Au total, 64 millions de travailleurs ont été examinés par les services de santé au travail, ce qui englobe des entreprises collectives appartenant à l'Etat et à des municipalités ainsi qu'une partie des entreprises rurales des nouvelles cités industrielles. Les travailleurs exposés à des risques professionnels représentent 30% de l'ensemble de la main-d'œuvre. Près de 4 millions de travailleurs exposés, soit environ 20% de la population active, ont subi un examen médical chaque année. Ainsi, en 1993, selon le rapport du Centre national de statistiques de la santé au travail, on comptait au total, dans l'industrie, 64 345 193 travailleurs (National Centre of Occupational Health Reporting, 1994) (il manque toutefois les données pour Neimeng, le Tibet et Taiwan). La proportion de travailleurs exposés à des risques professionnels était de 31,28% (20 126 929), dont 19,79% (3 982 940) avaient été examinés. Le taux total de maladies professionnelles ouvrant droit à réparation qui avaient été décelées s'établissait à 0,46% en 1993 (Ministry of Public Health, 1994).

La prise en charge des maladies professionnelles

Les maladies professionnelles ouvrant droit à réparation

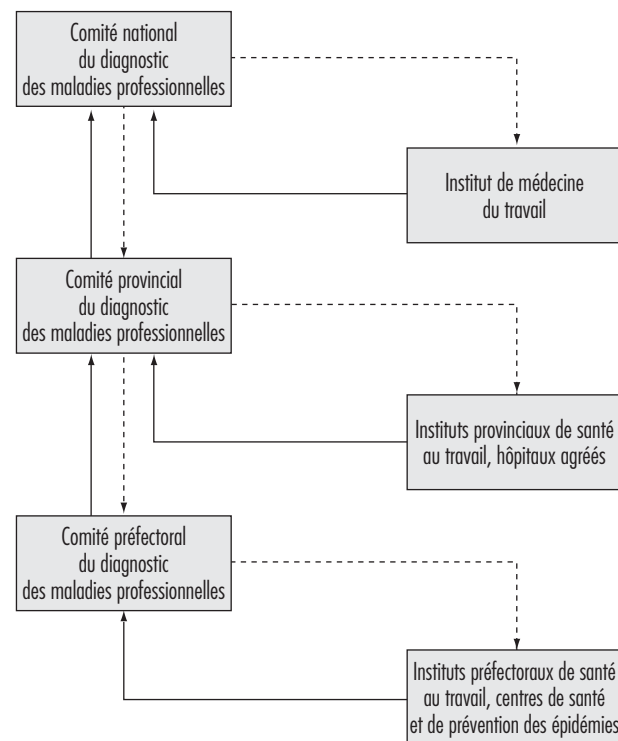
De manière générale, toute maladie causée par une exposition à des facteurs dangereux sur le lieu de travail ou par un procédé de fabrication est considérée comme une maladie professionnelle. Cependant, aux fins de la réparation, une liste de maladies professionnelles a été établie par le ministère de la Santé publique, le ministère du Travail, le ministère des Finances et la FSC (Ministry of Public Health, 1987). Cette liste comporte neuf catégories, dont les pneumoconioses, les intoxications professionnelles aiguës et chroniques, les maladies causées par des facteurs physiques, les maladies professionnelles transmissibles, les dermatoses professionnelles, les lésions oculaires professionnelles, les maladies professionnelles de l'oreille, du nez et de la gorge, les tumeurs professionnelles et les autres maladies professionnelles. La liste renferme au total 99 maladies. Toute autre maladie qu'une administration locale ou un organisme gouvernemental voudrait voir ajouter à la liste doit être soumise à l'approbation du ministère de la Santé publique.

Le diagnostic des maladies professionnelles ouvrant droit à réparation

Selon la règle administrative relative au diagnostic des maladies professionnelles édictée par le ministère de la Santé publique, à l'échelle des provinces et des préfectures, les maladies professionnelles ouvrant droit à réparation doivent être diagnostiquées par une IST ou un établissement médical ou sanitaire agréé par les autorités locales de la santé publique. Afin de contrôler la qualité des diagnostics et de fournir une aide technique pour la confirmation des cas complexes et le règlement des différends au sujet des diagnostics, on a mis sur pied des comités d'experts en matière de diagnostic des maladies professionnelles à l'échelle nationale, provinciale, préfectorale et municipale (voir figure 16.6) (Ministry of Public Health, 1984).

Le Comité national du diagnostic des maladies professionnelles est constitué de cinq sous-comités s'occupant respectivement des intoxications professionnelles, des pneumoconioses, des maladies professionnelles causées par des facteurs physiques, des maladies radio-induites et de la pathologie des pneumoconioses. Le Comité a son siège au Département de l'inspection sanitaire du ministère de la Santé publique. Le bureau administratif du Comité se trouve, quant à lui, à l'Institut de médecine du travail de l'Académie chinoise de médecine préventive. Tous les membres du comité sont nommés par le ministère de la Santé publique.

Figure 16.6 • Gestion du diagnostic des maladies professionnelles en Chine



Les critères diagnostiques des maladies professionnelles sont établis par le ministère de la Santé publique. Il existe actuellement de tels critères pour 66 maladies professionnelles. En ce qui concerne les autres maladies professionnelles ouvrant droit à réparation pour lesquelles il n'y a pas de critères diagnostiques nationaux, les services provinciaux de santé publique peuvent formuler des critères temporaires applicables dans leur province après les avoir soumis au ministère de la Santé publique.

Selon ces critères, le diagnostic d'une maladie professionnelle doit être fondé sur l'une ou l'autre des preuves suivantes: les antécédents d'exposition, les signes et symptômes cliniques, les résultats de laboratoire et les résultats de la surveillance du milieu de travail, et l'exclusion raisonnable des autres maladies. Une fois le diagnostic posé, un certificat de maladie professionnelle doit être délivré par l'IST. Un exemplaire du certificat est adressé au travailleur, un autre à l'entreprise, pour qu'elle prenne les mesures d'indemnisation requises, et un autre encore à l'IST, qui le conservera pour le suivi du traitement médical et l'évaluation de l'aptitude au travail.

La prise en charge des patients atteints d'une maladie professionnelle

Selon le règlement sur l'assurance des travailleurs, l'indemnisation et les autres mesures de protection des patients souffrant d'une maladie professionnelle doivent être à la charge des entreprises. La direction, le syndicat et le comité d'évaluation de l'aptitude au travail de l'entreprise doivent discuter et décider ensemble du traitement à donner et des indemnités à verser aux patients en se basant sur le certificat de maladie professionnelle et sur le degré d'incapacité de travail. Dans le cas d'un travailleur qui n'est plus apte à accomplir ses tâches initiales après avoir suivi un traitement médical approprié, il incombe à l'entreprise de le muter à un autre poste ou de lui confier de nouvelles tâches correspondant

à son état de santé dans un délai de deux mois ou, pour les cas particuliers, dans un délai de six mois au plus tard. Lorsqu'un travailleur atteint d'une maladie professionnelle change d'entreprise, les prestations de réparation sont à la charge de l'entreprise dans laquelle il a contracté la maladie professionnelle, ou à la charge des deux entreprises, qui doivent s'entendre entre elles sur les modalités de répartition. Tous les dossiers médicaux, le certificat de maladie professionnelle et tout autre renseignement concernant les soins dispensés au travailleur doivent être transférés de l'ancienne à la nouvelle entreprise; les deux entreprises doivent en outre aviser leur IST locale du transfert du dossier pour assurer la tenue des registres et le suivi.

Si le diagnostic de maladie professionnelle est posé après le départ du travailleur pour une autre entreprise, toutes les indemnités ou prestations doivent être payées par la nouvelle entreprise, que la maladie soit ou non liée aux nouvelles conditions de travail. Dans le cas d'un travailleur embauché de manière contractuelle ou temporaire, si la maladie professionnelle est diagnostiquée durant une période de chômage et s'il peut être démontré que le travailleur a été exposé à des conditions de travail dangereuses durant sa période d'emploi, l'indemnisation et les soins médicaux sont à la charge de l'entreprise qui l'avait embauché (Ministry of Public Health, 1987).

Les progrès réalisés en matière de prévention des maladies professionnelles

L'amélioration du milieu de travail

La concentration ou l'intensité des risques professionnels a diminué considérablement. Les statistiques tirées de la surveillance des lieux de travail fournies par le Centre national de statistiques de la santé au travail montrent que la proportion de lieux de travail conformes aux normes nationales a augmenté de 15% de 1986 à 1993 (National Centre of Occupational Health Reporting, 1994). Cette augmentation est encore plus marquée pour les entreprises industrielles appartenant à l'Etat et aux collectivités urbaines, où 70% des lieux de travail satisfont aux normes nationales. La situation des entreprises industrielles en milieu rural s'améliore également. Le taux de conformité aux normes est passé de 42,5% en 1986 à 54,8% en 1993 (voir tableau 16.8). Il importe de noter que les taux de conformité dans les entreprises des nouvelles cités

Tableau 16.8 • Résultats de la surveillance des risques professionnels sur le lieu de travail

Année ¹	Entreprises d'Etat		Entreprises rurales	
	Nombre de lieux surveillés	Proportion de lieux conformes aux normes (%)	Nombre de lieux surveillés	Proportion de lieux conformes aux normes (%)
1986	417 395	51,40	53 798	42,50
1987	458 898	57,20	50 348	42,60
1988	566 465	55,40	68 739	38,50
1989	614 428	63,10	74 989	53,50
1990	606 519	66,40	75 398	50,30
1991	668 373	68,45	68 344	54,00
1992	646 452	69,50	89 462	54,90
1993	611 049	67,50	104 035	54,80

¹ Données manquantes: 1988, Yunnan, Xinjiang; 1989: Tibet, Taiwan; 1990: Tibet, Taiwan; 1991: Tibet, Taiwan; 1992: Tibet, Taiwan; 1993: Neimeng, Tibet, Taiwan.

Tableau 16.9 • Exposition à la poussière et prévalence de la silicose à la mine de tungstène de Yiao Gang Xian

Année	Concentration de poussière (mg/m ³)	Taux de silicoses détectées (%)
1956	66	25,8
1960	3,5	18,6
1965	2,7	2,6
1970	5,1	0,3
1975	1,6	1,2
1980	0,7	2,1
1983	1,1	1,6

industrielles pourraient avoir été surestimés, car le rapport dont les données sont tirées ne couvre qu'environ 15% des industries rurales chaque année, et la plupart d'entre elles sont situées à proximité de centres urbains, qui sont dotés de services de santé bien établis.

La prévalence de certaines maladies professionnelles graves et la mise en œuvre de mesures préventives globales

Les données du rapport national sur la santé au travail indiquent que la prévalence des maladies professionnelles ouvrant droit à réparation s'est maintenue entre 0,4 et 0,6%, bien que les industries se soient développées très rapidement ces dernières années. La silicose, par exemple, est maîtrisée depuis bien longtemps dans certaines grandes entreprises industrielles ou minières d'Etat. Les tableaux 16.9 et 16.10 montrent dans quelle mesure la mine de tungstène de Yiao Gang Xian et l'entreprise sidérurgique d'Anshan ont réussi à maîtriser la silicose (Zhu, 1990).

L'étude épidémiologique nationale sur les pneumoconioses effectuée de 1987 à 1990 révèle également que la période de travail moyenne des patients entre le début de leur exposition à la silice et l'apparition des signes de pneumoconiose s'est considérablement allongée, passant de 9,54 années durant les années cinquante, à 26,25 années au cours des années quatre-vingt dans le cas des travailleurs souffrant de silicose, et de 16,24 années à 24,72 années durant la même période pour ceux qui étaient atteints de la pneumoconiose des travailleurs des charbonnages. L'âge moyen des travailleurs souffrant de silicose au moment de leur décès est par ailleurs passé de 36,64 à 60,64 ans, et celui des personnes atteintes de la pneumoconiose du houilleur, de 44,80 à 61,43 ans (Ministry of Public Health, 1992). Ces améliorations sont en partie attribuables à l'efficacité des politiques de santé au

Tableau 16.10 • Taux de détection des silicoses à l'entreprise sidérurgique d'Anshan

Années	Nombre d'examen	Nombre de cas	Taux (%)	Taux de conformité aux normes concernant les poussières (%)
1950-1959	6 980	1 269	18,21	23,60
1960-1969	48 929	1 454	2,97	29,70
1970-1979	79 422	863	1,08	28,70
1980-1989	33 786	420	1,24	64,10

travail et des interventions des autorités gouvernementales ainsi qu'aux efforts assidus déployés par les professionnels de la santé au travail.

La promotion des programmes de santé au travail dans les petites entreprises

Confronté au développement rapide et continu des petites entreprises, et notamment des entreprises des nouvelles cités industrielles, ainsi qu'à l'écart croissant entre l'offre et la demande en matière de services de santé au travail, le ministère de la Santé publique a décidé d'effectuer une étude générale sur le terrain. Cette étude est importante non seulement parce qu'elle contribuera à résoudre les problèmes de santé au travail dans les entreprises rurales, mais également parce qu'elle permettra d'examiner de nouvelles approches en vue de réformer le système de santé au travail dans les entreprises d'Etat, en réponse aux nouvelles exigences de l'économie de marché en train de s'implanter. Par conséquent, le Département de l'inspection sanitaire du ministère de la Santé publique a créé, en décembre 1992, un groupe d'experts chargé de l'étude sur le terrain des politiques concernant les services de santé au travail pour les petites entreprises. Le groupe a été formé afin d'aider les provinces à élaborer des programmes et des approches en matière de santé au travail permettant d'intervenir efficacement dans les situations dangereuses. Comme première tâche, le groupe a rédigé, à l'intention des gouvernements provinciaux, un programme national d'études sur le terrain, qui a été approuvé et rendu public par le ministère de la Santé publique en 1992. La stratégie du programme est essentiellement la suivante.

L'entreprise, le prestataire des services de santé au travail et le gouvernement local sont les trois éléments clés du programme, qui vise à réaménager les rapports entre ces trois composantes de façon à créer un nouveau modèle de développement. Les objectifs

fondamentaux du programme sont de renforcer le contrôle réglementaire du gouvernement, de modifier les attitudes à l'égard de la santé ainsi que les comportements des fonctions productives et opérationnelles des entreprises et d'élargir la couverture des services minimaux de santé au travail tout en améliorant les conditions de travail à l'aide d'outils technologiques adéquats (voir figure 16.7). Quatre districts ont été choisis par le ministère de la Santé publique pour servir de secteurs d'essai avant la mise en œuvre du programme à l'échelle nationale: le district de Zhangdian dans la municipalité de Zibo, province de Shandong; le district de Baoshan dans la municipalité de Shanghai; le district de Jinhua dans la province de Zhejiang; et le district de Yuhong dans la municipalité de Shenyang, province de Liaoning.

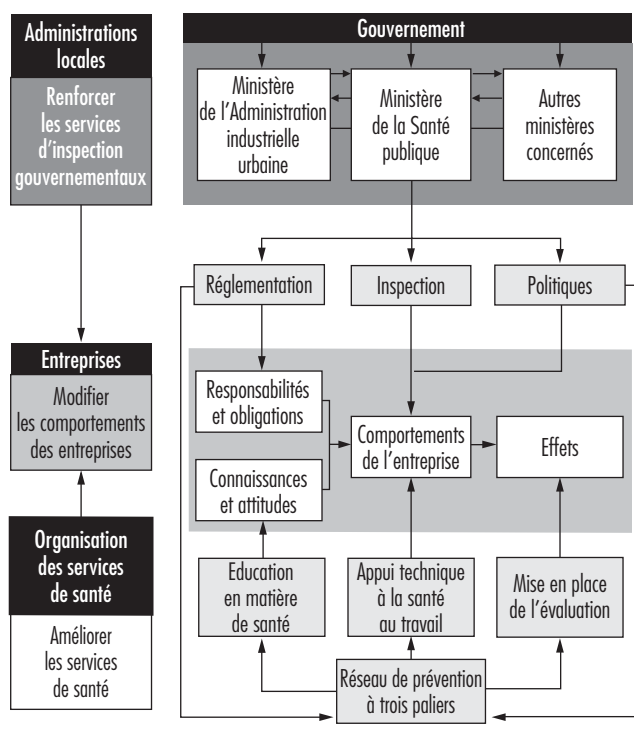
Le programme met l'accent sur sept champs d'intervention:

- renforcer les services de surveillance et d'inspection en matière de santé au travail fournis aux petites entreprises par les gouvernements locaux;
- étudier les moyens de mettre en place des services de santé au travail pour les entreprises rurales, en vue d'atteindre l'objectif «de la santé pour tous d'ici l'an 2000» en Chine;
- améliorer les réseaux de services de santé au niveau local, afin d'offrir aux entreprises des services de santé au travail, de prise en charge et de surveillance;
- étudier des méthodes pratiques pour la réalisation d'inspections et la prestation de services de santé au travail dans les entreprises des nouvelles cités industrielles;
- rechercher et recommander des techniques adéquates de maîtrise des risques et de protection individuelle des travailleurs dans les entreprises des nouvelles cités industrielles;
- mettre en œuvre des programmes d'éducation en matière de santé au travail dans les entreprises des nouvelles cités industrielles;
- assurer le perfectionnement des professionnels de la santé au travail et améliorer les conditions de travail des services de santé au travail afin de renforcer le réseau, notamment à l'échelle des nouvelles cités industrielles et des districts.

Des résultats préliminaires ont été obtenus dans ces quatre secteurs d'essai et les principes fondamentaux du programme sont en cours d'application dans d'autres régions de la Chine; on attend une évaluation finale en 1996.

L'auteur remercie le professeur F.S. He de sa contribution à la révision du présent article.

Figure 16.7 • Stratégie de l'étude pilote sur les services de santé au travail dans les entreprises urbaines



LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

Vladimír Bencko et Daniela Pelclová

Contexte géopolitique

Le développement prédominant de l'industrie lourde (industrie du fer et de l'acier, fonderies et raffineries) et des industries du travail des métaux et des machines, de même que l'accent mis sur la production d'énergie en Europe orientale et centrale ont exercé une influence déterminante sur la structure économique de la région au cours des quatre dernières décennies. Cette situation est à l'origine des taux d'exposition relativement élevés à certains types de risques sur les lieux de travail. Les efforts déployés en vue de transformer l'économie existante suivant le modèle de l'économie de marché et d'améliorer la sécurité et la santé au travail se sont révélés très fructueux jusqu'ici, compte tenu du fait qu'ils sont relativement récents.

Encore récemment, la prévention des effets nocifs sur la santé des produits chimiques présents dans les lieux de travail et l'environnement, l'eau potable et les aliments était assurée par l'application obligatoire de normes d'hygiène et de santé et l'imposition de limites d'exposition professionnelle, telles que les concentrations maximales admissibles, les valeurs limites d'exposition et les doses journalières acceptables. Les principes de l'évaluation de la toxicité et de l'exposition recommandés par diverses organisations internationales, y compris les normes appliquées dans les pays de l'Union européenne, s'harmoniseront de plus en plus avec ceux qui sont utilisés par les pays d'Europe centrale et orientale, à mesure que ces derniers s'intégreront progressivement aux autres pays d'Europe.

Dans les années quatre-vingt, on a de plus en plus reconnu la nécessité d'harmoniser les méthodes et les approches scientifiques utilisées dans les pays de l'OCDE dans le domaine des normes de toxicologie et d'hygiène avec celles utilisées dans les pays membres du Conseil d'assistance économique mutuelle (CAEM). Ce besoin découlait en grande partie de l'accroissement de la production et du commerce, notamment de produits chimiques industriels et agricoles. Il apparaissait urgent d'aborder ces questions en raison du problème transfrontalier grandissant de la pollution de l'air et des cours d'eau en Europe (Bencko et Ungváry, 1994).

Le modèle économique de l'Europe centrale et orientale était fondé sur une politique de planification économique centralisée, axée sur le développement des industries métallurgiques de base et de la production d'énergie. En 1994, exception faite de changements mineurs, les structures économiques de la Fédération de Russie, de l'Ukraine, du Bélarus, de la Pologne et des Républiques tchèque et slovaque étaient restées fondamentalement inchangées (Pokrovsky, 1993).

L'exploitation du charbon est une industrie importante en République tchèque. Or, l'extraction de l'antracite (dans la par-

tie septentrionale de la Moravie) est à l'origine de 67% de tous les nouveaux cas de pneumoconioses du pays. Le lignite est extrait de mines à ciel ouvert situées dans le nord de la Bohême, dans le sud de la Silésie et dans les régions voisines de l'Allemagne. Les centrales thermiques, les usines de produits chimiques et les mines de lignite ont fortement contribué à la pollution de l'environnement de toute cette région, qui forme ce qu'on appelle le «triangle noir» de l'Europe. L'utilisation immodérée des pesticides et des engrais dans l'agriculture y était courante (Banque mondiale, 1991b).

La population active de la République tchèque compte près de cinq millions de travailleurs. Environ 405 500 travailleurs (soit 8,1% de la population active) accomplissent des travaux dangereux (Ministry of Health of the Czech Republic, 1992). La figure 16.8 présente des données sur le nombre de travailleurs exposés à différents risques professionnels ainsi que la proportion de femmes parmi ces travailleurs.

L'évolution des besoins

Le système de santé au travail de la République tchèque a franchi trois étapes dans son développement et a subi l'influence des changements politiques et économiques survenus dans le pays (Pelcová, Weinstein et Vejlupeková, 1994).

Première étape: 1932-1948. Cette période a été marquée par la création du premier Département de médecine du travail par le professeur J. Teisinger à l'Université Charles, la plus ancienne université d'Europe centrale (fondée en 1348). Plus tard, en 1953, ce département est devenu la clinique de médecine du travail, comptant 27 lits. Le professeur Teisinger a également créé l'Institut de recherche en santé au travail et, en 1962, le Centre d'information sur les poisons dans cette clinique. Il a reçu plusieurs prix internationaux, notamment celui de l'Association américaine des hygiénistes industriels (AIHA), en 1972, pour sa contribution personnelle au développement de la santé au travail.

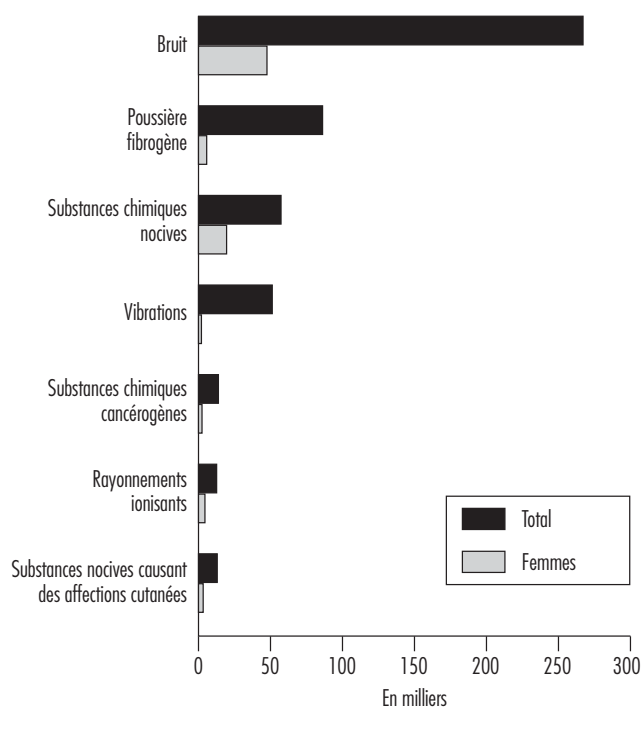
Deuxième étape: 1949-1988. Cette période s'est avérée plutôt chaotique. Caractérisée, sous certains aspects, par des lacunes notables, elle a aussi été marquée, sous d'autres aspects, par des réalisations nettement bénéfiques. On a reconnu que le système en place, en grande partie fiable et bien développé, devait néanmoins être réorganisé. On a déclaré que les soins de santé constituaient un droit civique fondamental garanti par la Constitution. Voici les six principes de base du système de santé (Banque mondiale, 1991a):

- l'intégration planifiée des soins de santé dans la société;
- la promotion d'un mode de vie sain;
- le développement scientifique et technique;
- la prévention des maladies physiques et mentales;
- l'accès libre et universel aux services de santé;
- le souci de l'Etat de favoriser un environnement salubre.

Malgré certains progrès, aucun de ces objectifs n'a été pleinement atteint. L'espérance de vie (67 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes) dans la République tchèque est la plus faible parmi les pays industriels. Le pays présente un taux élevé de mortalité dû aux maladies cardio-vasculaires et au cancer. Environ 26% des Tchèques adultes sont obèses, et 44% d'entre eux ont un taux de cholestérol supérieur à 250 mg/dl. Le régime alimentaire habituel contient beaucoup de graisses animales et peu de fruits et de légumes. La consommation d'alcool est relativement élevée, et près de 45% des adultes fument; le tabagisme est responsable d'environ 23 000 décès par an.

Les soins médicaux et dentaires, de même que les médicaments, étaient fournis gratuitement. Le nombre de médecins (36,6 pour 10 000 habitants) et d'infirmières (68,2 pour 10 000 habitants) figurait parmi les plus élevés au monde. Toutefois, au fil du temps, le gouvernement n'a plus pu assumer les dépenses

Figure 16.8 • Nombre de travailleurs de la République tchèque exposés aux risques professionnels majeurs



croissantes nécessaires à la santé publique. Le pays a connu des pénuries temporaires de certains médicaments et matériels, et a eu de la difficulté à fournir des services de santé et de réadaptation. La structure en place, qui ne permettait pas au patient de choisir son médecin traitant, a engendré de nombreux problèmes. Le personnel médical travaillant dans les hôpitaux publics recevait un salaire fixe insuffisant, ce qui ne l'incitait guère à faire preuve de zèle. Il n'existait pas de système de santé privé. Dans les hôpitaux, le principal critère d'évaluation du fonctionnement était le pourcentage de lits occupés, et non la qualité des soins donnés.

Le système public centralisé de santé au travail présentait néanmoins des éléments positifs, dont la tenue d'un registre presque exhaustif des lieux de travail dangereux et l'existence d'un système bien organisé de surveillance des conditions sanitaires géré par le Service d'hygiène. Les services internes de santé au travail implantés dans les grandes entreprises industrielles facilitaient la prestation de soins de santé complets aux travailleurs, englobant les examens médicaux périodiques et les traitements. Il n'y avait pas de petites entreprises privées, lesquelles posent habituellement de nombreux problèmes en matière de santé au travail.

Il en était de même dans le secteur de l'agriculture, qui ne comptait pas de petites exploitations privées, mais de grandes coopératives agricoles. Un médecin du travail exerçant dans le dispensaire d'une usine ou d'une coopérative agricole fournissait les services de santé au travail.

L'application de la législation relative à la sécurité et à la santé au travail était parfois incohérente. Quand, par exemple, après avoir effectué une inspection d'un lieu de travail dangereux, un hygiéniste industriel ou un inspecteur du travail demandait une réduction du niveau d'exposition professionnelle et le respect des normes de santé et de sécurité applicables, on se contentait souvent d'offrir une indemnité financière aux travailleurs au lieu de redresser la situation. Non seulement les entreprises ne prenaient souvent aucune mesure pour améliorer les conditions de travail, mais les travailleurs eux-mêmes ne faisaient rien pour que la situation change, préférant continuer de recevoir des primes à la place d'améliorations du milieu de travail. De plus, un travailleur qui contractait une maladie professionnelle recevait une forte prime qui était fonction de la gravité de la maladie et du montant de son salaire antérieur. Une telle situation créait des conflits d'intérêts entre les hygiénistes industriels, les médecins du travail, les syndicats et les entreprises. Comme une bonne partie des indemnités était payée par l'Etat et non par l'entreprise, celle-ci trouvait évidemment plus économique de ne rien faire pour améliorer la sécurité et la santé au travail.

Si étrange que cela puisse paraître, certaines normes d'hygiène, notamment les seuils admissibles et les limites d'exposition professionnelle, étaient plus strictes qu'aux Etats-Unis et que dans les pays d'Europe occidentale. Par conséquent, il était parfois impossible de ne pas dépasser ces seuils lorsque les machines et l'équipement étaient vétustes. Les lieux de travail qui excédaient les limites étaient classés dans la «catégorie 4», celle des lieux les plus dangereux; cependant, pour des motifs économiques, on n'interrompait pas la production et on offrait à la place des prestations d'indemnisation aux travailleurs.

Troisième étape: 1989 à aujourd'hui. La «révolution de velours» de 1989 a transformé de façon inéluctable le système de santé public. La réorganisation a été plutôt complexe et parfois difficile à mener à bien: ainsi, par exemple, le système compte plus de lits d'hôpital et de médecins par 10 000 habitants que tout autre pays industriel, alors qu'il dispose de beaucoup moins de ressources financières.

L'état actuel de la sécurité et de la santé au travail

Le risque professionnel le plus fréquent en République tchèque est le bruit — environ 65,8% de l'ensemble des travailleurs à

risque sont exposés à ce danger (voir figure 16.8). Vient au deuxième rang la poussière fibrogène, qui constitue un risque professionnel pour environ 21,3% des travailleurs à risque. Environ 14,3% des travailleurs sont exposés à des produits chimiques toxiques. Plus d'un millier d'entre eux sont en contact avec le toluène, l'oxyde de carbone, le plomb, l'essence, le benzène, le xylène, les composés organophosphorés, le cadmium, le mercure, le manganèse, le trichloroéthylène, le styrène, le tétrachloroéthylène, l'aniline et le nitrobenzène. Un autre risque physique, les vibrations du système main-bras, touche 10,5% des travailleurs à risque. D'autres sont exposés à des produits chimiques cancérigènes, aux rayonnements ionisants et à des substances nocives causant des lésions cutanées.

La figure 16.9 fait état du nombre de cas de maladies professionnelles reconnues en République tchèque durant la période 1981-1992. L'augmentation de la morbidité due aux maladies professionnelles, observée en 1990 et 1991, résulte de la reclassification des maladies professionnelles, à la requête des mineurs et d'autres travailleurs et de leurs syndicats. Ils ont demandé qu'on remplace la qualification «mise en danger par une maladie professionnelle», utilisée pour les cas moins flagrants d'affections professionnelles, faiblement indemnisés, par celle de maladie ouvrant pleinement droit à réparation. En 1990, le ministère de la Santé a reconsidéré la qualification «mise en danger» pour les pathologies professionnelles suivantes:

- formes légères de pneumoconiose;
- formes légères de troubles musculo-squelettiques chroniques causés par la surcharge et les vibrations;
- formes légères d'hypoacousie professionnelle.

La reclassification a porté sur tous les cas recensés avant 1990, et sur 6 272 cas en 1990 et 3 222 cas en 1991 (voir figure 16.9), après quoi la qualification «mise en danger» a été abolie. La figure 16.10 présente par catégorie les données relatives à 3 406 nouveaux cas de maladies professionnelles diagnostiquées en République tchèque en 1992; notons que 1 022 de ces maladies avaient été contractées par des femmes (Urban, Hamsová et Němeček, 1993).

Figure 16.9 • Maladies professionnelles en République tchèque durant la période 1981-1992

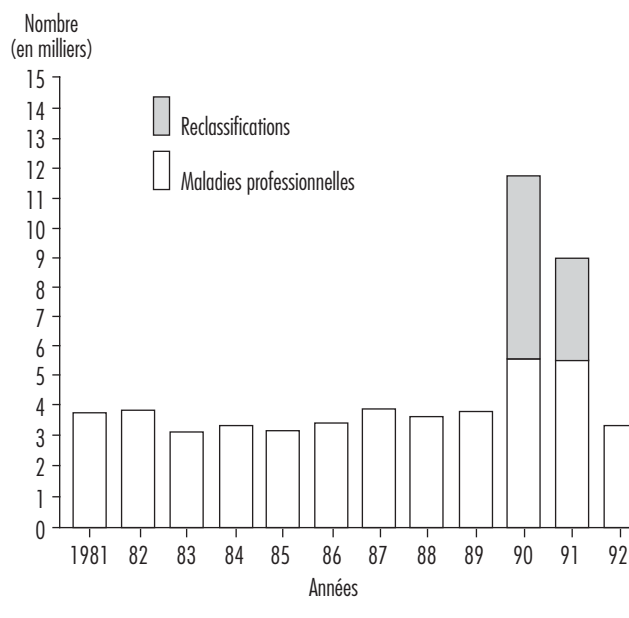
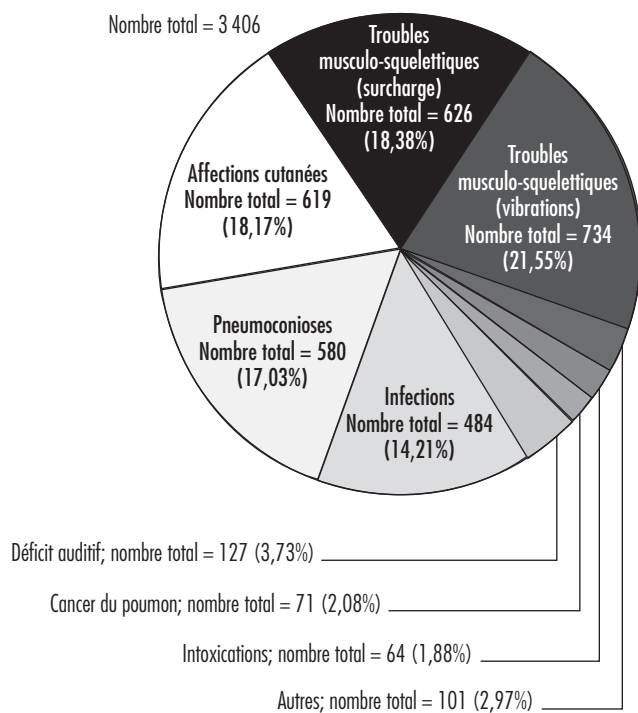


Figure 16.10 • Les maladies professionnelles en République tchèque en 1992



Le manque d'appareils de mesure nécessaires à l'échantillonnage et à l'analyse des substances toxiques rend difficile l'évaluation des conditions d'hygiène sur le milieu de travail. Par ailleurs, pour la surveillance de la santé des travailleurs qui accomplissent des tâches dangereuses, on a recours à des évaluations de l'exposition au moyen de marqueurs biologiques pour diverses substances nocives, conformément à la réglementation du pays. Des tests similaires ont déjà été prescrits par la loi en Hongrie, en Slovaquie, en Slovénie, en Pologne et dans certains autres pays d'Europe centrale et orientale. L'utilisation des tests d'évaluation de l'exposition dans le cadre des examens médicaux périodiques s'est avérée très efficace pour la surveillance de l'exposition du personnel. Cette pratique a permis de détecter très tôt certaines maladies professionnelles et de les prévenir, faisant ainsi diminuer les coûts liés à l'indemnisation des travailleurs.

Le passage à une économie de marché et l'augmentation du coût des services de santé dans la République tchèque ont eu une incidence sur les services de santé au travail. Dans le passé, le service ou le centre interne de santé au travail assumait deux fonctions: la surveillance de la santé des travailleurs et la prestation de soins. Aujourd'hui, ces fonctions font l'objet de certaines restrictions, ce qui s'est traduit par une diminution des mesures de surveillance de la santé et de maîtrise des risques et une augmentation du nombre de maladies professionnelles et d'accidents du travail. En outre, les travailleurs des petites entreprises, secteur en croissance rapide qui utilise souvent des machines et des équipements en mauvais état, sont pratiquement exclus du champ d'intervention des professionnels de la santé au travail.

Les perspectives d'avenir

Le nouveau système de santé publique de la République tchèque devrait être fondé sur les principes suivants:

- la prévention des maladies et la promotion de la santé;

- l'accès universel aux soins de santé «de base»;
- une politique décentralisée régissant la prestation des services;
- l'intégration des services de santé dans un réseau territorial;
- une plus grande autonomie des professionnels de la santé;
- la priorité aux soins ambulatoires;
- une assurance santé obligatoire;
- la participation de la collectivité locale;
- plus d'options pour les patients;
- un nouveau partenariat entre le secteur public et le secteur privé permettant d'offrir les soins de santé «supérieurs à la normale» que le secteur public ne dispense plus.

La mise en place du régime d'assurance santé obligatoire et la création du bureau général d'assurance santé, qui est entré en fonctions en janvier 1993, de même que la fondation de petites compagnies d'assurance santé dans la République tchèque ont marqué le début de la réforme du secteur public de la santé. Ces changements ont entraîné certains problèmes pour les services de santé au travail, étant donné le caractère préventif de ces services et le coût élevé des traitements dispensés en milieu hospitalier. Par conséquent, l'importance du rôle des services de consultations externes dans le traitement des maladies, aussi bien professionnelles que non professionnelles, augmente constamment.

Les répercussions possibles de l'évolution des services de sécurité et de santé au travail

La poursuite des réformes dans le secteur public de la santé a conduit les médecins du travail, les hygiénistes industriels et les établissements offrant des soins aux patients hospitalisés à changer leurs pratiques et à mettre l'accent sur la prévention. L'attention nouvelle portée à la prévention et au traitement des formes de maladies plus bénignes s'explique en partie par les résultats positifs obtenus antérieurement et par le fonctionnement relativement efficace de l'ancien système de santé au travail, qui avait grandement contribué à éliminer les maladies professionnelles les plus graves. Les réformes ont entraîné un changement d'orientation: au lieu de mettre l'accent sur les atteintes graves nécessitant un traitement urgent (par exemple, les intoxications industrielles et les pneumoconioses accompagnées d'insuffisance respiratoire et d'insuffisance cardiaque droite), on s'attache aux formes bénignes de pathologies. Le déplacement des activités des services de santé au travail, du curatif au diagnostic précoce, concerne des affections telles que les formes bénignes de pneumoconioses, la maladie du poumon du fermier, les hépatites chroniques et les troubles musculo-squelettiques chroniques dus à une charge excessive et aux vibrations. Des mesures préventives devraient par ailleurs être prises dès l'apparition des premiers signes d'une maladie professionnelle.

Comme le régime d'assurance santé ne couvre pas les activités des hygiénistes industriels, ces professionnels travaillant dans les centres d'hygiène sont toujours payés par le gouvernement. On s'attend d'ailleurs à une réduction de leur nombre de même qu'à une réorganisation des centres d'hygiène.

La privatisation de certains services de santé représente un autre changement dans le système de santé. Déjà, de petits centres médicaux de consultations externes relèvent du secteur privé. Les hôpitaux, y compris les hôpitaux universitaires, n'ont pas encore été inclus dans le processus, les modalités de leur privatisation restant à préciser. Une nouvelle législation portant sur les responsabilités des entreprises, des travailleurs et des services de santé au travail est en cours d'élaboration.

La santé au travail à la croisée des chemins

Grâce au système d'avant-garde de santé au travail mis sur pied par le professeur Teisinger en 1932, la République tchèque n'est pas confrontée à un sérieux problème de sensibilisation des étu-

dians universitaires à la santé au travail, même si certains pays d'Europe centrale et orientale ont un taux de maladies professionnelles reconnues environ cinq fois moins élevé. La liste tchèque des maladies professionnelles ne diffère guère de celle qui figure en annexe à la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles de l'OIT, 1964 [tableau I modifié en 1980] (OIT, 1964). La proportion de maladies professionnelles non reconnues est faible.

Le système de santé au travail de la République tchèque est maintenant à la croisée des chemins et devra, de toute évidence, faire l'objet d'une réorganisation. Mais il faudra, au cours du processus, préserver les aspects positifs de l'ancien système, à savoir:

- la tenue de registres sur les conditions de travail dans les entreprises;
- le maintien du système général d'examen médicaux périodiques des travailleurs;
- la prestation de soins de santé curatifs dans les grandes entreprises;
- la présence d'un programme de vaccination et de lutte contre les maladies transmissibles;
- la préservation des aspects du système qui permettent aux services de santé au travail de traiter des patients atteints de différentes maladies professionnelles, et qui encouragent les hôpitaux universitaires à dispenser des soins aux patients et à former et à sensibiliser les étudiants et les diplômés en médecine à la santé au travail.

● LA PRATIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL EN INDE

T.K. Joshi

Le corps médical de l'Inde s'intéresse à la santé des travailleurs depuis près d'un demi-siècle. L'Association indienne de santé au travail a été fondée au cours des années quarante dans la ville de Jamshedpur, où se trouve l'aciérie la plus ancienne et la plus connue du pays. Cependant, la pratique multidisciplinaire de la santé au travail a pris son véritable essor durant les années soixante-dix et quatre-vingt, lorsque l'OIT a envoyé en Inde une équipe qui a aidé à mettre en place un centre modèle de santé au travail. L'industrie et les entreprises ont fourni de tout temps des soins de santé par l'entremise de postes de premiers secours ou de services médicaux d'entreprise. Ces services permettaient de traiter, sur les lieux de travail, les lésions et les problèmes de santé mineurs. Certaines entreprises ont mis en place des services de santé au travail, et il est à espérer que d'autres suivront leur exemple. Toutefois, les hôpitaux universitaires ont jusqu'à maintenant négligé ce champ de spécialisation.

La pratique de la sécurité et de la santé au travail a débuté avec la déclaration et la prévention des lésions et des accidents du travail. Certains pensent, non sans raison, que les lésions et les accidents du travail sont loin d'être tous signalés. Les taux d'incidence les plus élevés en 1990-91 ont été recensés dans les secteurs de la production d'électricité (0,47 pour 1 000 travailleurs), des métaux communs (0,45), des produits chimiques (0,32) et des produits minéraux non métalliques (0,27); les taux sont relativement plus bas dans l'industrie du bois et de la pâte de bois (0,08) et celle des machines et équipements (0,09). L'industrie textile, qui emploie plus de travailleurs (1,2 million en 1991), avait un taux d'incidence de 0,11 pour 1 000 travailleurs. En ce qui concerne

les accidents mortels, les taux d'incidence en 1989 s'élevaient à 0,32 pour 1 000 travailleurs dans les mines de charbon et à 0,23 dans les autres mines. En 1992, 20 accidents mortels et 753 accidents non mortels sont survenus dans les ports.

On ne possède pas de données sur les risques professionnels ni sur le nombre de travailleurs exposés à des risques particuliers. Les statistiques publiées par le Bureau du travail ne fournissent pas cette information. Il n'existe pas encore de système de surveillance de la santé au travail. Le nombre de cas de maladies professionnelles déclarés est tout à fait insuffisant: 19 seulement ont été déclarés en 1978, et 84 en 1982. Aucune tendance visible ne se dégage des cas signalés. L'intoxication au benzène et à l'halogène, les silicozes et les pneumoconioses, les byssinoses, les ulcérations causées par le chrome, l'empoisonnement au plomb, l'hypocoacousie et l'ictère toxique sont les affections les plus fréquemment signalées.

L'Inde n'a pas de législation générale portant sur la sécurité et la santé au travail. Les trois principales lois à cet égard sont: la loi de 1948 sur les fabriques, la loi de 1952 sur les mines et la loi de 1986 sur la sécurité, la santé et le bien-être des dockers. Un projet de loi sur la sécurité des travailleurs de la construction est en cours d'élaboration. La loi sur les fabriques, initialement adoptée en 1881, ne vise, aujourd'hui encore, que les travailleurs des usines enregistrées. Par conséquent, un grand nombre d'ouvriers et d'employés ne sont pas admis au bénéfice des prestations de sécurité et de santé au travail en vertu de la loi. Ce vide juridique, combiné à la piètre application des lois existantes, explique la situation peu satisfaisante de la santé au travail dans le pays.

La plupart des services de santé au travail dans l'industrie sont gérés par des médecins ou du personnel infirmier et peu d'entre eux sont de nature multidisciplinaire. Seules les grandes entreprises disposent de tels services multidisciplinaires. Les entreprises industrielles et les grands établissements du secteur public situés dans des régions éloignées possèdent leur propre cité-usine et hôpital. Les deux disciplines exercées couramment dans la plupart des services de santé au travail sont la médecine du travail et, à l'occasion, l'hygiène industrielle. Certains services ont commencé à embaucher un ergonome. La surveillance de l'exposition et la biosurveillance ne reçoivent pas l'attention voulue. L'enseignement de la médecine du travail et de l'hygiène industrielle n'est pas encore bien développé. Les cours spécialisés en hygiène industrielle et les programmes d'études universitaires supérieures en santé au travail ne sont guère répandus dans le pays.

Lorsque Delhi est devenue un Etat en 1993, le ministère de la Santé a eu à sa tête un professionnel de la santé, qui a déclaré vouloir améliorer les services de santé publique et de prévention des maladies. Un comité chargé d'étudier la question de la santé au travail et de l'hygiène de l'environnement a recommandé la création d'une clinique de médecine du travail et de l'environnement dans un prestigieux hôpital universitaire de la ville.

Pour s'attaquer aux problèmes sanitaires complexes qui résultent de la pollution de l'environnement et des risques professionnels, la communauté médicale doit s'engager plus à fond. L'hôpital universitaire reçoit des centaines de patients par jour, dont un bon nombre ont été exposés à des substances nocives dans leur milieu de travail et à un environnement urbain insalubre. La détection des affections liées au travail ou à l'environnement nécessite la contribution de nombreux cliniciens spécialistes, de services d'imagerie, de laboratoires, etc. Etant donné la gravité des maladies traitées, il est devenu essentiel d'offrir des traitements de soutien et des soins médicaux. La clinique bénéficie des ressources de pointe de l'hôpital universitaire; vu l'autorité et le respect que commande ce type d'établissement de santé, il est plus facile, après le diagnostic de la maladie, de veiller au traitement ou à la réadaptation du patient, de même qu'à l'application des mesures nécessaires à la protection des autres travailleurs.

La clinique possède une expertise dans le domaine de la médecine du travail. Elle entend collaborer avec le département du travail, qui est doté d'un laboratoire d'hygiène industrielle mis sur pied avec l'aide généreuse de l'OIT dans le but de renforcer les services de sécurité et de santé au travail en Inde. Cette coopération facilitera la détection et l'évaluation des risques. Les médecins seront conseillés sur la façon d'évaluer l'état de santé des groupes exposés, au moment de l'embauche et, par la suite, à intervalles réguliers, ainsi que sur la tenue de registres. La clinique aidera à prendre en charge les cas complexes et à établir l'origine professionnelle de la maladie. Elle offrira aux entreprises et aux travailleurs des conseils d'experts en matière d'éducation sanitaire et leur enseignera les bonnes pratiques d'utilisation et de manipulation des substances dangereuses sur le lieu de travail. Ces services devraient faciliter la réalisation des objectifs de prévention primaire et renforceront la surveillance de la santé au travail, comme le prévoit la convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985, de l'OIT (OIT, 1985a).

Le développement de la clinique se fera en deux étapes. Dans un premier temps, on mettra l'accent sur la détection des risques et la création d'une base de données, ainsi que sur l'élaboration de stratégies de sensibilisation et d'information concernant les milieux de travail insalubres. La deuxième étape portera sur le renforcement de la surveillance de l'exposition, l'évaluation toxicologique médicale et les aspects ergonomiques. La clinique entend développer les programmes d'enseignement de la santé au travail à l'intention des étudiants en médecine. On encourage les étudiants qui préparent leur thèse à choisir un sujet touchant le domaine de la médecine du travail et de l'hygiène du milieu. L'une de ces thèses porte sur les infections acquises transmissibles par le sang chez les travailleurs de la santé des hôpitaux.

La clinique prévoit également de s'attaquer à des problèmes environnementaux, tels que les effets néfastes du bruit et de la pollution croissante, et les conséquences désastreuses de l'exposition au plomb chez les enfants. Les plans à long terme de la clinique prévoient la sensibilisation des prestataires de soins de santé primaires et des groupes communautaires. On vise égale-

ment à créer un registre des maladies professionnelles les plus courantes. La participation de plusieurs cliniciens spécialisés en médecine du travail et en hygiène du milieu permettra de créer un noyau universitaire pour l'avenir, lorsqu'un programme d'études universitaires supérieures, pour le moment inexistant, pourra être élaboré.

La clinique a par ailleurs réussi à attirer l'attention des organismes de réglementation et de contrôle sur les graves risques auxquels ont été exposés les sapeurs-pompiers lorsqu'ils ont combattu un gros incendie dans une usine de poly(chlorure de vinyle) de la ville. Les médias et les environnementalistes ne parlaient alors que des risques pour la population locale. Il est à espérer que des cliniques de ce genre verront le jour dans tous les grands hôpitaux urbains, car elles constituent le seul moyen d'intéresser les médecins spécialistes confirmés à l'exercice de la médecine du travail et de l'environnement.

Conclusion

Il est urgent d'adopter en Inde une loi générale sur la santé et la sécurité au travail, comme il en existe dans bon nombre de pays industriels. Parallèlement à l'adoption d'une telle loi, il faudrait créer un organisme compétent pour en contrôler l'application. Cela contribuerait énormément à assurer un niveau uniforme de prestations de santé au travail dans tous les Etats. Actuellement, il n'existe aucun lien entre les divers services de santé au travail disponibles. Offrir une formation de qualité en hygiène industrielle, en toxicologie médicale et en épidémiologie du travail constitue une autre priorité. Il faut aussi mettre sur pied de bons laboratoires d'analyse, qui devraient être agréés pour garantir la qualité des résultats. L'Inde est un pays qui s'industrialise très rapidement, et ce développement se poursuivra dans le prochain siècle. Si l'on n'intervient pas, les problèmes de santé liés au travail entraîneront des taux de morbidité et d'absentéisme dont les conséquences seront incalculables. Cette inaction minera la productivité et la compétitivité de l'industrie indienne et entravera considérablement les efforts déployés par le pays pour éliminer la pauvreté.

Références bibliographiques

- Association internationale de la sécurité sociale (AISS), 1995: «Concept de prévention: Sécurité pour tous», bulletin *Safety Worldwide* (Genève).
- Association of Occupational and Environmental Clinics (AOEC), 1995: *Membership Directory* (Washington, DC).
- Banque mondiale, 1991a: *Czech and Slovak Federal Republic: The health sector: Issues and priorities*, prepared by the Human Resources Operations Division, Central and Eastern European Department. Europe, Middle East and North Africa Region (Washington, DC).
- . 1991b: *Czech and Slovak Federal Republic: Joint environmental study*, *ibid.*
- Bencko, V. et Ungváry, G., 1994: «Risk assessment and environmental concerns of industrialization: A central European experience», dans J. Jayaratnam et K.S. Chia (directeurs de publication): *Occupational Health and National Development* (Singapour, World Science).
- Bird, F.E. et Germain, G.L., 1990: *Practical Loss Control Leadership* (Géorgie, International Loss Control Institute, Publishing Division).
- Bunn, W.B., 1985: *Industrial Medical Surveillance Programmes* (Atlanta, Centers for Disease Control).
- Bureau international du Travail (BIT), 1984: *Evaluation du Programme pour l'amélioration des conditions et du milieu de travail* (PIACT), Conférence internationale du Travail, 70^e session (Genève).
- . 1986: *Promotion des petites et moyennes entreprises*, Conférence internationale du Travail, 72^e session (Genève).
- Bureau of National Affairs (BNA), 1991: *Workers' Compensation Report*, vol. 2 (Washington, DC).
- . 1994: *ibid.*, vol. 5.
- China Daily*, 1994a: «New sectors opened to lure foreign investment», 18 mai.
- . 1994b: «Foreign investors reap advantages of policy changes», 18 mai.
- «Code du travail de la Fédération de Russie», 1993: *Zakon*, supplément de *Izvestija* (Moscou), juin, pp. 5-41.
- Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail, 1950: *Report of the First Meeting, 28 August-2 September 1950* (Genève, BIT).
- . 1992: *Rapport de la onzième session, 27-29 avril 1992*, document n° GB.254/10/3/1 (Genève, BIT).
- . 1995: *Report of the Twelfth Session*, document n° GB.264/STM/4 (Genève, BIT).
- Commission européenne (CE), 1994: *L'Europe pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail* (Luxembourg).
- Commission internationale de la santé du travail (CIST), 1992: *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail* (Genève).
- Conseil des Communautés européennes (CCE), 1989: *Directive du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité des travailleurs au travail* (Bruxelles).
- «Constitution de la Fédération de Russie», 1993: *Izvestija* (Moscou), n° 215, 10 nov.
- Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) et Department of Justice, 1991: *Americans with Disabilities Act Handbook*, EEOC-BK-19, P.1, 1^{er}-2 oct.
- Felton, J.S., 1976: «200 years of occupational medicine in the US», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 18, n° 12, p. 809-817.
- Hasle, P., Samathakorn, S., Veeradejkriengkrai, C., Chavalititikul, C. et Takala, J., 1986: *Survey of Working Conditions and Environment in Small-scale Enterprises in Thailand, NICE project*, Technical Report No. 12 (Bangkok, NICE/PNUD/BIT).
- Haus, F., 1992: *Health Promotion for the Crafts*, FB 656 (Dortmund, Forschung).
- He, J.S., 1993: *Working Report on National Occupational Health*, Speech of the National Occupational Health Conference (Beijing, Ministry of Public Health).
- Health Standards Office, 1993: *Proceedings of National Diagnostic Criteria and Principles of Management of Occupational Diseases* (Beijing, Chinese Standardization Press).
- Huuskonen, M. et Rantala, K., 1985: *Work Environment in Small Enterprises in 1981* (Helsinki, Kansaneläkelaitos).
- Institute of Medicine (IOM), 1993: *Environmental Medicine and the Medical School Curriculum* (Washington, DC, National Academy Press).

- Institute of Occupational Medicine, 1987: *Methods for Monitoring and Analysis of Chemical Hazards in Air of Workplace* (Beijing, People's Health Press).
- Jeyaratnam, J., 1992: «Occupational health services and developing nations», dans J. Jeyaratnam (directeur de publication): *Occupational Health in Developing Countries* (Oxford, Oxford University Press).
- Jeyaratnam, J. et Chia, K.S. (directeurs de publication), 1994: *Occupational Health and National Development* (Singapour, World Science).
- Kalimo, E., Karisto, A., Klaukka, T., Lehtonen, R., Nyman, K. et Raitasalo, R., 1989: *Occupational Health Services in Finland in the Mid-1980s* (Helsinki, Kansaneläkelaitos).
- Kogi, K., Phoon, W.O. et Thurman, J.E., 1988: *Low Cost Ways of Improving Working Conditions: 100 Examples from Asia* (Genève, BIT).
- Kroon, P.J. et Overeinder, M.A., 1991: *Occupational Health Services in Six Member States of the EC* (Amsterdam, Studicentrum Arbeid en Gezondheid, University of Amsterdam).
- «Loi de base sur la protection du travail», 1993, *Rossijskaja Gazeta* (Moscou), 1^{er} sept.
- McCunney, R.J., 1995: *A Manager's Guide to Occupational Health Services* (Boston, OEM Press et American College of Occupational and Environmental Medicine).
- Ministry of Health of the Czech Republic, 1992: *The National Programme of Health Restoration and Promotion in the Czech Republic* (Prague, National Centre for Health Promotion).
- Ministry of Public Health (MOPH), 1957: *Recommendation on Establishing and Staffing Medical and Health Institutions in Industrial Enterprises* (Beijing).
- , 1979: *State Committee of Construction, State Planning Committee, State Economic Committee, Ministry of Labour: The Hygienic Standards for Design of Industrial Premises* (Beijing).
- , 1984: *Administrative Rule of Occupational Disease Diagnosis*, document n° 16 (Beijing).
- , 1985: *Methods of Airborne Dust Measurement in the Workplace*, document n° GB5748-85 (Pékin).
- , 1987: *Ministry of Public Health, Ministry of Labour, Ministry of Finance, All-China Federation of Trade Union: Administrative Rule of Occupational Disease List and Care of the Sufferers*, document n° 160 (Beijing).
- , 1991: *Guideline of Occupational Health Service and Inspection* (Beijing).
- , 1992: *Proceedings of National Survey on Pneumoconioses* (Beijing, Beijing Medical University Press).
- , 1994: *Annual Statistic Reports of Health Inspection in 1988-1994* (Beijing, Department of Health Inspection).
- National Centre of Occupational Health Reporting (NCOHR), 1994: *Annual Reports of Occupational Health Situation in 1987-1994* (Beijing).
- National Health Systems, 1992: *Market and Feasibility Study* (Oak Brook, Illinois).
- National Statistics Bureau, 1993: *National Statistics Yearbook of the People's Republic of China* (Beijing).
- Neal, A.C. et Wright, F.B., 1992: *The European Communities' Health and Safety Legislation* (Londres, Chapman and Hall).
- Newkirk, W.L., 1993: *Occupational Health Services* (Chicago, American Hospital Publishing).
- Niemi, J. et Notkola, V., 1991: «Occupational health and safety in small enterprises: Attitudes, knowledge and behaviour of the entrepreneurs», *Työ ja ihmisen*, vol. 5, pp. 345-360.
- Niemi, J., Heikkonen, J., Notkola, V. et Husman, K., 1991: «An intervention programme to promote improvements of the work environment in small enterprises: Functional adequacy and effectiveness of the intervention model», *ibid.*, pp. 361-379.
- Organisation internationale du Travail (OIT), 1959: recommandation (n° 112) sur les services de médecine du travail, 1959 (Genève, BIT).
- , 1964: convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 (Genève, BIT).
- , 1981a: convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (Genève, BIT).
- , 1981b: recommandation (n° 164) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (Genève, BIT).
- , 1985a: convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985 (Genève, BIT).
- , 1985b: recommandation (n° 171) sur les services de santé au travail, 1985 (Genève, BIT).
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 1981: *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Série Santé pour tous, n° 3 (Genève).
- , 1982: *Evaluation des services de santé du travail et d'hygiène industrielle*, rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS, Stockholm, 15-17 avril 1980 (Copenhague, Bureau régional de l'Europe).
- , 1988: *Huitième programme général de travail pour la période 1990-1995*, Série Santé pour tous, n° 10 (Genève).
- , 1989a: *Consultation on Occupational Health Services, Helsinki, 22-24 May 1989* (Genève).
- , 1989b: *Consultation sur les services de santé des travailleurs, rapport sommaire, Helsinki, 22-24 mai 1989*, document n° EUR/ICP/OCH 134 (S) (Copenhague, Bureau régional de l'Europe).
- , 1989c: *Report of the WHO Planning Meeting On the Development of Supporting Model Legislation for Primary Health Care in the Workplace, 7 October 1989, Helsinki, Finland* (Genève).
- , 1990: *Occupational Health Services*, Country reports, EUR/HFA Target 25 (Copenhague, Bureau régional de l'Europe).
- , 1992: *Notre planète, notre santé. Rapport de la Commission Santé et Environnement* (Genève).
- , 1993: *WHO Global Strategy for Health and Environment* (Genève).
- , 1995a: «Concern for Europe's tomorrow», chap. 15, dans: *Occupational Health* (Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe).
- , 1995b: *Global Strategy on Occupational Health for All. The Way to Health At Work: Recommendation of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 October 1994, Beijing, China* (Genève).
- Organisation des Nations Unies (ONU), 1993: *Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro, 3-14 juin 1992* (New York).
- Paoli, P., 1992: *First European Survey On the Work Environment, 1991-1992* (Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail).
- Pelclová, D., Weinstein, C.H. et Vejupková, J., 1994: *Occupational Health in the Czech Republic: Old and New Solutions*.
- Pokrovsky, V.I., 1993: *The Environment, Occupational Conditions and their Effect on the Health of the Population of Russia*, communication présentée à l'International Conference about Human Health and the Environment in Eastern and Central Europe, avril 1993, Prague.
- Rantanen, J., 1989: «Guidelines on organization and operation of occupational health services», document présenté à l'ILO Asian Subregional Seminar on the Organization of Occupational Health Services, 2-5 May 1989, Manila.
- , 1990: *Occupational Health Services*, European Series, No. 26 (Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS).
- , 1994: *Health Protection and Health Promotion in Small-Scale Enterprises* (Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health).
- Rantanen, J., Lehtinen, S. et Mikheev, M., 1994: *Health Protection and Health Promotion in Small-Scale Enterprises* (Genève, OMS).
- Resnick, R., 1992: «Managed care comes to Workers' Compensation», *Business and Health*, sept., p. 34.
- Reverente, B.R., 1992: «Occupational health services for small-scale industries», dans J. Jeyaratnam (directeur de publication): *Occupational Health in Developing Countries*, op. cit.
- Rosenstock, L., Daniell, W., Barnhart, S. et Heyer, N., 1982: «Emergence of occupational medical services outside the workplace», *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 3, pp. 217-223.
- Rosenstock, L., Daniell, W. et Barnhart, S., 1992: «The 10-year experience of an academically affiliated occupational and environmental medicine clinic», *Western Journal of Medicine*, vol. 157, n° 4, pp. 425-429.
- Sommet mondial pour le développement social, 1995: *Declaration and Programme of Action* (Copenhague).
- Statistical Abstract of the United States*, 1994: 114^e édition, vol. 438.
- Tweed, V., 1994: «Moving toward 24-hour care», *Business and Health*, sept., pp. 54-58.
- Urban, P., Hamsová, L. et Němeček, R., 1993: *Overview of Occupational Diseases Acknowledged in the Czech Republic in the Year 1992* (Prague, National Institute of Public Health).
- US Department of Labor, 1995: *Employment and Earnings*, vol. 42, n° 1, p. 214.
- Zaldman, B., 1990: «Industrial strength medicine», cité dans S.J. Isenham: «Rehabilitation and your workers compensation dollar», *Journal of Workers Compensation*, p. 21.
- Zhu, G., 1990: *Historical Experiences of Preventive Medical Practice in New China* (Beijing, People's Health Press).

Références complémentaires

- Chen, Y.B., 1993: *The Development and Prospect of Township Enterprises in China* (Beijing, The China Council for the Promotion of International Trade).
- China Daily*, 1993: «City planned to take up surplus rural workforce», 25 nov.
- , 1993: «Discrimination against women still prevalent», 26 nov.
- , 1993: «Mapping new road to rural reforms», 7 déc.
- Felton, J.S., 1989: *Occupational Medicine Management* (Boston, Little, Brown and Co.).
- Goelzer, B., 1993: *Guidelines on Control of Chemical and Physical Hazards in Small Industries*, Working document for the Inter-Regional Task Group on Health Protection and Health Promotion of Workers in Small-scale enterprises, 1-3 November, Bangkok, Thailand (Bangkok, BIT).
- Guangdong Provincial Occupational Disease Prevention and Treatment Hospital, 1992: *A Report on Acute Occupational Poisoning in Two Overseas-funded Toy Factories in Zhuhai Special Economic Zone* (Guangdong, Chine).
- Guidotti, T.L., Cowell, J.W.F. et Jamleson, G.G., 1989: *Occupational Health Services. A Practical Approach* (Chicago, American Medical Association).
- Higashi, T., Mizoue, T. et Muto, T., 1994: «Present conditions of occupational health services for small-scale enterprises in Japan and their administrative support», *Journal of University of Occupational and Environmental Health*, vol. 16, n° 4, pp. 309-320.
- Institute of Occupational Health (IOH), 1979: *Translation of the Occupational Health Care Act and the Council of the State Decree No. 1009, Finland* (Helsinki).
- Levy, B. et Wegman, D., 1988: *Occupational Health: Recognizing and Preventing Work-Related Disease* (Boston, Little, Brown and Co.).
- McCunney, R.J., 1994: «Occupational medical services», dans R.J. McCunney (directeur de publication): *A Practical Guide to Occupational and Environmental Medicine* (Boston, Little, Brown and Co.).
- Ministry of Public Health (MOPH), 1991: *Administrative Rule of Health Inspection Statistics*, document n° 25 (Beijing).

- . 1992: «A general report on occupational health service needs and countermeasures for township industries», dans X.G. Kan (directeur de publication): *Proceedings of Studies of Occupational Health Service Needs and Countermeasures* (Beijing, Department of Health Inspection).
- Ministry of Public Health and Ministry of Labour, 1986: *A Memorandum on Responsibilities of and Coordination Between Ministry of Public Health and Ministry of Labour in Occupational Health Inspection* (Beijing).
- Ministry of Social Affairs and Employment, 1994: *Measures to Reduce Sick Leave and Improve Labour Conditions* (La Haye).
- Moser, R., 1992: *Effective Management of Occupational and Environmental Health and Safety Programmes* (Boston, EOM Press).
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 1977: *Occupational Diseases: A Guide to Their Recognition* (Washington, DC, US Government Printing Office).
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 1989: *Occupational Health Services* (Copenhague, Bureau régional de l'Europe).
- . 1995: *Reviewing the Health-for-All Strategy* (Genève).
- Rantanen, J., 1991: *Guidelines on the Organization and Operation of Occupational Health Services in the Light of the ILO Occupational Health Services Convention No. 161 and Recommendation No. 171*, document présenté à l'African Sub-regional Workshop on Occupational Health Services, 23-26 April 1991, Mombasa.
- . 1992: «How to organize plant-level collaboration for workplace actions», *African Newsletter on Occupational Health and Safety*, vol. 2, supplément n° 2, pp. 80-87.
- Rantanen, J., Lehtinen, S., Kalimo, R., Nordman, H., Vainio, E. et Viikari-Juntura, 1994: *New Epidemics in Occupational Health, People and Work*, Research reports No. 1 (Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health).
- Takahashi, K. et Okubo, T., 1994: «Current status of occupational health in Japan», *Occupational Medicine*, vol. 44, n° 2, pp. 66-69.
- Zenz, C., Dickerson, O.B. et Horvath, E., 1994: *Occupational Medicine: Principles and Practical Applications* (Saint-Louis, Mosby Year Book).