

LES HOPITAUX ET LA SANTE AU TRAVAIL DANS L'UNION EUROPEENNE

Le Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union Européenne (HOPE) est une association non-gouvernementale européenne, créée en 1966 et devenue une association internationale à profit social en 1995. Il est constitué d'associations hospitalières nationales ou de responsables des systèmes de santé nationaux des pays membres de l'Union européenne, ainsi que de Bulgarie, de Chypre, de Malte, de Roumanie et de Suisse qui sont des membres observateurs.

Avec des moyens pourtant limités, le Comité Permanent remplit une mission associative d'information, de représentation, d'échange, d'étude et de formation. Par l'action de ses Sous-Commissions ÇCoordinationè et ÇEconomie et Planificationè, HOPE est parvenu à démontrer la dimension européenne des questions de santé.

Cette brochure, qui a été préparé par la Sous-Commission ÇCoordinationè, présente brièvement le thème de Çla sécurité et la santé au travail et les hôpitauxè dans le cadre des 15 systèmes de santé des Etats membres de l'Union européenne. Elle est précédée d'une description sur la sécurité et de la santé au travail en Europe.

Au cours des années 1990, de nombreux pays européens ont réalisé d'importants progrès théoriques, politiques, législatifs et pratiques en matière d'hygiène du travail. La Convention sur la sécurité et la santé au travail de l'OIT (n° 155, 1981), la Convention sur les services de santé au travail de l'OIT (n° 161, 1985), la Directive cadre de la Communauté européenne (89/391/CEE) et la Stratégie globale relative à la Santé au Travail pour Tous de l'OMS (1996) ont orienté les modifications récentes de la législation sur la pratique de la santé au travail dans plusieurs pays européens. Celles-ci renforcent toutes le concept d'utiliser des services multidisciplinaires de santé au travail et la participation active des travailleurs pour améliorer le milieu de travail et leur santé.

Les descriptions nationales très intéressantes nous signalent quelques pistes importantes :

Une législation générale, récemment renouvelée et innovante, existe dans de nombreux pays en Europe ;

Il existe très peu de législation spécifique au secteur hospitalier ;

Il semble y avoir une évolution intéressante dans la terminologie. Toutefois, le terme de Çmédecine du travailè est de plus en plus remplacé par èSanté (ou bien-être) au travailè. En anglais, èoccupational medicineè est remplacé par èoccupational healthè ;

Le champ d'application s'élargit également : aux termes Santé et Hygiène s'ajoute de plus en plus la Sécurité. Il s'agit non seulement de la sécurité au sein de l'entreprise, mais aussi de la sécurité de l'environnement ;

Il existe peu de liens entre la Santé au travail en hôpital et la Santé au travail dans les entreprises.

La èmédecine du travailè hospitalière pourrait pourtant jouer un rôle exemplaire pour les autres entreprises. Le rôle plus général de l'hôpital consistant à promouvoir la santé (health promoting hospitals) y verrait dès lors une application ;

Au niveau européen, èla Santé au travailè et la santé publique entrent bel et bien dans les compétences de l'UE (surtout par le biais de l'art. 152 du traité CE). Mais il existe bien trop peu de liens entre les deux. Par cette brochure, HOPE souhaite attirer l'attention de l'Europe sur l'évidente nécessité de jeter un pont entre ces deux domaines ;

Finalement une dernière observation concernant les professions de Santé en Europe pourrait être mentionnée. La turbulence des réformes (et des restrictions budgétaires) pour le secteur de la Santé

dans tous les pays de l'UE a également des conséquences non négligeables pour le personnel hospitalier qui n'est pas toujours des mieux rémunéré ni des moins stressé dans notre société : licenciement par cause de fermeture d'hôpitaux, augmentation (moins visible) de la charge du travail dans les institutions subsistantes, sélection plus stricte des patients et calcul restreint du nombre de membres du personnel par patient (staff ratio). N'oublions pas non plus la pression psychologique croissante occasionnée par l'accompagnement de patients chroniques souvent très âgés, dont le nombre augmente très rapidement dans les unités de soins palliatifs. Ces phénomènes très caractéristiques des hôpitaux vont également croissant dans les maisons de soins et dans la sphère des soins à domicile, disposant de budgets également fort limités.

Le nouveau modèle de la pratique de la santé au travail intègre plusieurs professions de la médecine du travail, et même d'autres spécialistes, dans les services préventifs multidisciplinaires capables de détecter et de maîtriser les risques professionnels, non-professionnels et environnementaux. Ils visent à améliorer la capacité de travail, la santé et le bien-être des employés, ainsi que leur milieu de travail et l'environnement en général. L'accès aux services préventifs doit être facilité afin d'augmenter l'équité en matière de santé et de bien-être au niveau national et entre les différentes nations. Ceci est également une condition préalable à la réalisation d'une concurrence commerciale socialement juste et soutenable.

HOPE, le 1er mai 2000

SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL EN EUROPE

Le travail est essentiel pour le développement, tant des nations que des individus. Cependant, les activités, les processus et les opérations nécessaires à l'industrialisation et au développement, vont souvent de paire avec une exposition à des conditions ou des agents nocifs. Au cours de la dernière décennie, la globalisation de l'économie ainsi que les changements politiques et socio-économiques ont créé de nouvelles réalités posant de nouveaux problèmes aux systèmes de santé, particulièrement en ce qui concerne la santé au travail. Il s'agit ici d'un service de santé publique qui exige une approche multidisciplinaire intégrant les connaissances et l'expertise de ceux qui sont concernés.

L'histoire prouve que la sécurité au travail est un souci majeur depuis que les êtres humains ont commencé à utiliser des instruments ou des outils de travail. Même à l'aube de l'humanité, des tentatives ont été faites pour tenir compte du concept de la « sécurité intégrée ». La santé et la sécurité au travail ne constituent nullement des nouveaux thèmes pour l'UE, puisque ce sont des objectifs prioritaires depuis la création de la Communauté européenne. Les efforts déployés par l'UE en cette matière ont mené à d'importantes améliorations des méthodes de travail visant à assurer la sécurité et le confort des travailleurs.

Dans notre publication précédente « Dialogue social dans le secteur hospitalier des Etats membres de l'Union européenne » nous avons déjà souligné que les partenaires sociaux jouent un rôle important dans l'organisation des rapports de travail existants entre les employeurs et les employés. Tous les Etats membres ont une solide tradition de consultation sociale par rapport à la loi du travail et à la sécurité sociale. Le but de ce guide est de fournir une brève introduction au thème « Santé au travail et hôpitaux » en Europe. Il faut néanmoins signaler qu'il existe bien peu de littérature ou d'informations sur le sujet, plus particulièrement quant aux établissements de soins.

LA SANTE AU TRAVAIL : POINT FOCAL DE QUELQUES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

La déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1948, a reconnu le droit de tout individu à des conditions de travail équitables et favorables. Malheureusement, cent millions de personnes à travers le monde sont employées dans des conditions qui les privent de leur dignité et de leur valeur. Selon des estimations de 1998, chaque année, 250 millions d'accidents de travail se produisent, causant ainsi la mort de 330.000 personnes. Davantage de souffrances évitables sont causées par 160 millions de cas de maladies professionnelles et un nombre encore plus élevé de menaces pour le bien-être physique et mental des travailleurs. Le monde du travail ne cessera de subir des changements spectaculaires. Le transfert de la technologie est l'un des principaux vecteurs du développement économique dans les pays industrialisés et les pays en voie de développement. Par conséquent, le monde entier nécessite une approche intégrée de l'amélioration des conditions de travail, puisque tous les pays s'inquiètent de plus en plus pour la santé totale de ses travailleurs.

Depuis sa création en 1948, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à Genève a reconnu l'importance primordiale d'améliorer l'état de santé des populations actives et a développé la collaboration internationale en cette matière. Afin de concrétiser «La santé pour tous», la santé des travailleurs doit être protégée et promue par le développement de programmes et de services multidisciplinaires appropriés de santé au travail. En 1996, le réseau OMS des Centres de collaboration en matière de santé au travail a lancé une stratégie globale en matière de santé au travail pour tous, qui avait été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé. Cette stratégie est basée sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Son objectif était d'encourager les pays, par le biais des conseils et du soutien de l'OMS, à établir des politiques et des programmes nationaux prévoyant les infrastructures et les ressources nécessaires à la santé sur le lieu de travail.

Le résumé suivant des risques principaux existant sur le lieu de travail a été tiré de la stratégie globale en matière de santé au travail pour tous.

Risques mécaniques, machines non protégées, structures peu sûres sur le lieu de travail et outils dangereux.

La charge de travail physique pénible et les conditions de travail ergonomiquement pauvres constituent la cause principale de l'incapacité de travail temporaire et permanente et causent des pertes économiques.

Agents biologiques : Les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C et les infections tuberculeuses, l'asthme et les maladies parasites chroniques sont les maladies professionnelles les plus communes. Les maladies transmises par le sang telles que le VIH/sida et l'hépatite B sont à présent des risques professionnels majeurs pour les professionnels de la santé.

Les facteurs physiques tels que le bruit, les vibrations, les rayonnements ionisants et non ionisants et les conditions microclimatiques peuvent tous affecter la santé de manière défavorable.

Les risques reproducteurs sur le lieu de travail, dont on sait qu'ils sont mutagènes ou cancérigènes. Les carcinogènes professionnels comprennent les substances chimiques, les risques physiques (UVR et rayonnements ionisants) et les risques biologiques (virus).

Agents allergiques : Les maladies allergiques de la peau et les maladies respiratoires (asthme) devraient être au centre de tout programme de santé au travail.

Le stress psychologique provoqué par des pressions de temps et de travail va de paire avec des troubles de sommeil, des syndromes «burnt-out» et la dépression. Le travail monotone, le travail nécessitant une concentration constante, les heures de travail irrégulières, le travail en équipe, etc. peuvent également avoir des effets psychologiques défavorables.

Les conditions sociales liées au travail, telles que la distribution et la ségrégation des emplois et l'égalité sur le lieu de travail, ainsi que les rapports entre les gestionnaires et les travailleurs suscitent des inquiétudes concernant le stress sur le lieu de travail.

En plus des risques spécifiques au lieu de travail discutés ci-dessus, les conditions de travail, le type de travail, le statut professionnel et la situation géographique du lieu de travail et de l'emploi ont également un impact profond sur le statut social et sur le bien-être social des travailleurs. Le programme de l'OMS relatif à la santé au travail s'adresse également à des groupes de travailleurs ayant des besoins particuliers. Il s'agit e.a. des femmes et des travailleurs occupés dans de petites entreprises ou dans le secteur informel, qui ne sont habituellement pas couverts par la législation et qui n'ont pas accès aux services de santé au travail.

L'OMS a prêté une attention particulière à la coopération et à la coordination de son travail avec l'OIT (Organisation internationale du travail) en vue de protéger les travailleurs et d'assurer la sécurité et la santé au travail. L'OIT a été créée en 1919, principalement dans le but d'adopter des normes internationales destinées à faire face aux problèmes des conditions de travail impliquant des injustices, conditions éprouvantes et privations. Suite à l'incorporation de la déclaration de Philadelphie dans ses statuts en 1944, l'organisation a élargi son champ d'action à des matières de politique sociale et de droits humains et civils plus générales, mais y afférentes. Dès sa création, l'une des fonctions principales de l'OIT a été l'établissement de normes internationales en matière de travail et de vie sociale sous forme de conventions et de recommandations. La Convention sur les services de santé au travail de l'OIT (n° 161, 1985) et sa Recommandation (n° 171) ont constitué des jalons pour la création des services de santé au travail. Le concept d'utiliser des services multidisciplinaires de santé au travail et la participation active des travailleurs pour améliorer le milieu de travail et leur santé ont été renforcés.

Depuis 1950, l'OIT et l'OMS ont une définition commune de la santé au travail. Lors de la douzième session du Comité mixte OIT/OMS pour l'hygiène du travail (1995), cette définition a été révisée afin de se recentrer sur trois différents objectifs :

- maintenir et promouvoir la santé et la capacité des travailleurs ;
- améliorer l'environnement et les conditions de travail pour favoriser la sécurité et la santé ; et
- mettre en place une organisation du travail et instaurer une culture d'entreprise qui favorise la santé et la sécurité sur le lieu de travail, un climat social positif et un fonctionnement sans heurts, et peut accroître la productivité d'une entreprise. Dans ce contexte le concept de la culture du travail se veut être une réflexion des systèmes de valeur fondamentaux adoptés par l'entreprise concernée. Une telle culture est reflétée dans la pratique dans les systèmes gestionnaires, les politiques du personnel, les principes en matière de participation, de formation, de politiques et dans la gestion de qualité de l'entreprise.

En plus de l'OIT, l'OMS collabore également activement avec :

- la Commission internationale de la santé au travail

Etant la plus grande organisation internationale non gouvernementale dans le domaine de la santé au travail, la Commission internationale de la santé au travail joue un rôle important dans l'élaboration et la diffusion des politiques de l'OMS en ce qui concerne la santé au travail. Ses objectifs peuvent être définis comme la promotion du progrès, des connaissances et du développement scientifique de la santé au travail, dans tous ses aspects, au niveau international.

L'Association internationale d'hygiène du travail

Les objectifs de l'Association internationale d'hygiène du travail sont :

- la promotion et le développement de l'hygiène du travail dans le monde entier ;
- la promotion de l'échange des informations relatives à l'hygiène du travail entre les organisations et les individus ;
- la stimulation du développement de l'hygiène du travail au niveau professionnel ;
- le maintien et la promotion d'un niveau élevé de la pratique éthique dans le domaine de l'hygiène du travail.

l'Association ergonomique internationale

L'Association ergonomique internationale se propose de promouvoir la pratique et les connaissances ergonomiques en lançant et en soutenant une coopération et des activités internationales. Ses objectifs comprennent le progrès des connaissances, de l'échange d'information et du transfert de technologie.

La Région européenne de l'OMS, qui s'étend du Groenland aux côtes pacifiques de la Fédération de Russie, représente un ensemble national et international complexe de problèmes sociaux, économiques et politiques. Dans les années 90, de nombreux pays européens ont réalisé d'importants progrès théoriques, politiques, législatifs et pratiques en matière d'hygiène du travail. On a pris davantage conscience du fait que la réorientation des services d'hygiène du travail pouvait largement contribuer à atteindre les objectifs fixés dans les stratégies nationales en matière de santé nationale et d'environnement. La santé de la population active est le résultat de tous les déterminants sanitaires, qu'ils soient ou non liés au travail.

En 1991, dans sa stratégie européenne Santé pour tous, l'OMS a recommandé la promotion de styles de vie sains tels que la nutrition saine, l'exercice physique et une vie sans tabac parmi d'autres mesures efficaces visant à réaliser la cible 25, c.-à-d. la Santé des travailleurs sur le lieu de travail. Un certain nombre de thèmes environnementaux et sanitaires furent abordés lors de la deuxième Conférence européenne sur l'environnement et la santé tenue à Helsinki en 1994. Dans la déclaration d'Helsinki sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe, il fut reconnu que des milieux de vie, de travail et récréationnels peu satisfaisants avaient de graves conséquences pour la santé et le bien-être d'un grand nombre de personnes dans la région européenne.

La Charte sociale européenne, dont le texte a été convenu par les Etats membres du Conseil de l'Europe, est l'équivalent, dans les domaines social et économique, de la Convention européenne sur des droits de l'homme qui couvre les droits dans les domaines civil et politique. Elle a été ouverte à la signature des Etats susmentionnés, à Turin, le 18 octobre 1961 et une nouvelle version a été adoptée à Strasbourg, le 3 mai 1996. La Charte prête une attention particulière au sujet de la protection de l'emploi comprenant les thèmes suivants :

droit à l'emploi ;

droit à la sécurité au travail ;

droit à des conditions de travail équitables, à une rémunération équitable et à la non-discrimination;

droit des travailleurs de s'organiser, d'entamer des négociations collectives, d'être informés et d'être consultés ;

protection de certaines catégories de travailleurs : enfants et jeunes, femmes, personnes handicapées et travailleurs migrants.

En vertu de l'article 3 - Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail - les parties contractantes s'engagent à :

édicter des règlements de sécurité et d'hygiène ;

édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements ;

consulter, en tant qu'organismes appropriés, des employeurs et des travailleurs sur des mesures destinées à améliorer la sécurité du travail et la santé.

En 1972, HOPE a obtenu le statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe et est depuis lors représenté au sein de la Commission de liaison des organisations non gouvernementales du Conseil et de son groupe de santé. Au début de l'année 1998, HOPE a été admis sur la liste des ONG internationales autorisées à déposer des plaintes collectives en rapport avec la Charte sociale européenne.

LA SANTE AU TRAVAIL DANS L'UE : PERSPECTIVE HISTORIQUE

Dans le cadre de la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA), instituée par le Traité de Paris en 1951, divers programmes de recherche ont été exécutés dans le domaine de la santé et de la sécurité. La CECA a fait des efforts pour réduire le nombre considérable d'explosions et d'incendies qui se sont principalement produits dans les mines de charbon en Europe au cours des 50 dernières années, causant la mort de plus de 1.000 personnes. Dans les années suivantes, les activités ont été étendues à d'autres industries extractives. En 1957, l'Organe permanent pour la sécurité et la salubrité dans les mines de houille et dans les autres industries extractives a été créé pour aider la Commission dans l'élaboration d'initiatives législatives visant à prévenir l'incidence d'accidents majeurs dans ce secteur. Depuis longtemps, la protection des travailleurs de ce secteur a été suivie attentivement par la Commission en raison du taux élevé d'accidents et de l'apparition fréquente de maladies respiratoires et de maladies affectant l'ou•.

Le besoin d'une approche globale de la santé et de la sécurité des travailleurs est devenu de plus en plus manifeste avec la création de la Communauté économique européenne (CEE) qui fut instituée par le Traité de Rome du 25 mars 1957. Les autorités se sont rendues compte qu'en raison des différences importantes des mesures prises par les Etats membres, la Communauté devait prêter attention à la protection de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail. L'amélioration et l'égalité dans ce domaine ont ensuite constitué des objectifs importants de plusieurs initiatives de la Communauté.

Entre 1962 et 1966, les recommandations de la Commission représentaient les premières étapes vers le développement d'une politique communautaire en matière de protection de la santé et de sécurité des travailleurs.

Ces recommandations se rapportèrent à :

- la médecine du travail ;
- l'adoption d'une liste européenne de maladies professionnelles ;
- le contrôle sanitaire des travailleurs exposés à des risques spécifiques ;
- l'indemnisation des victimes des maladies professionnelles ;
- la protection des jeunes au travail.

Se rendant de plus en plus compte de l'importance de la sécurité et de la santé au travail, la CEE a fait un pas décisif lorsqu'elle a institué, en 1974 (décision 74/325/CEE du Conseil du 27 juin 1974), le comité consultatif pour la sécurité, l'hygiène et la protection de la santé sur le lieu de travail. Ce comité a été créé afin d'assister la Commission dans la préparation et la mise en œuvre des activités dans les domaines de la sécurité, de l'hygiène et de la protection de la santé sur le lieu de travail, et afin de faciliter la coopération entre les administrations nationales et les organisations syndicales de travailleurs et d'employeurs. Il couvre tous les secteurs de l'économie (à l'exception des industries extractives) ainsi que la protection sanitaire des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants. Le Comité consultatif a joué un rôle important en élaborant le premier programme d'action en 1978 qui couvrait 14 domaines majeurs, y compris :

- l'incorporation des aspects de sécurité dans la conception, la production et le fonctionnement des machines, des équipements et des installations ;
- la détermination de limites d'exposition sans risque pour les travailleurs ;
- la surveillance de la santé et de la sécurité ;
- l'étude des accidents et des maladies ;
- la coordination et la promotion de la recherche ;
- la sensibilisation de la population à la santé et à la sécurité sur le lieu de travail grâce à l'éducation et à la formation.

Un deuxième programme d'action, couvrant la période 1982-86, a poursuivi les mesures entamées dans le cadre du premier programme visant à améliorer la qualité de la vie et le niveau de vie à travers l'Europe. Dans le cadre des deux premiers programmes, le Conseil a adopté les directives suivantes :

directive 78/610/CEE du 29 juin 1978 sur l'approximation des législations, des règlements et des dispositions administratives des Etats membres concernant la protection de la santé des travailleurs exposés au chlorure de vinyle monomère

directive 80/1107/CEE du Conseil, du 27 novembre 1980, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques pendant le travail

directive 82/605/CEE du Conseil, du 28 juillet 1982, concernant la protection des travailleurs contre les risques à une exposition au plomb métallique et à ses composés ioniques pendant le travail

directive 83/447/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail

directive 86/188/CEE du Conseil du 12 mai 1986 concernant la protection des travailleurs contre les risques dus à l'exposition au bruit pendant le travail.

Une accélération considérable des directives communautaires a été rendue possible par l'adoption de l'Acte unique européen (1987), qui constituait le début d'une deuxième phase dans la période entre 1957 et la signature du Traité de Maastricht (1991). Le rôle du Comité consultatif sur la sécurité, l'hygiène et la protection sanitaire au travail a été intensifiée depuis l'adoption du nouvel article 118A du Traité CEE de Rome qui fournit la base juridique et prévoit un principe général :

Les Etats membres s'attachent à promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs et se fixent pour objectif l'harmonisation, dans le progrès, des conditions existant dans ce domaine.

Ceci a eu pour effet d'accélérer davantage le développement et l'introduction de la législation communautaire en matière de santé et de sécurité. Afin de réaliser l'objectif en question, le Conseil a arrêté, par voie de directives, les prescriptions minimales applicables progressivement dans chacun des Etats membre. La Commission a également indiqué clairement que les prescriptions minimales, telles que présentées dans l'article 118A de l'Acte, ne doivent pas être interprétées de manière minimaliste ou comme étant le plus bas dénominateur commun de la loi existante. En effet, les dispositions adoptées conformément à cet article n'empêchent pas les Etats membres d'imposer des mesures plus rigoureuses en vue de la protection de conditions de travail compatibles avec le Traité.

D'autre part, l'article 100A - dont l'objectif est d'éliminer toutes les entraves aux échanges dans le marché unique et de permettre la libre circulation des marchandises à travers les frontières - s'applique également à la santé et à la sécurité sur le lieu de travail. Les directives établies (adoptées) conformément à l'article 100A visent la mise sur le marché de produits s y compris les machines et les équipements de protection individuelle dont l'utilisation professionnelle est réglée par des directives basées sur l'article 118A. En principe, l'article 100A ne permet pas aux Etats membres d'imposer des prescriptions plus rigoureuses pour leurs produits que celles établies par les directives.

Il est important de mentionner que tous les Etats membres, à l'exception du Royaume-Uni, ont adopté la Charte des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, appelée communément à Charte sociale, en décembre 1989, sous forme d'une déclaration ajoutée comme protocole au Traité de Maastricht en décembre 1991. Cette charte est considérée comme un instrument politique

contenant un engagement moral visant la garantie du respect de certains droits sociaux dans les pays concernés. Le préambule de la Charte, qui n'a aucune force obligatoire, stipule que la même importance doit être attachée aux aspects sociaux qu'aux aspects économiques du marché unique. Dans une référence spécifique, la charte souligne l'importance de la protection de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail. En juin 1997, le protocole a été incorporé dans le Traité d'Amsterdam qui est entré en vigueur le 1er mai 1999 engageant également le Royaume-Uni.

Depuis 1978, la Commission a adopté trois programmes d'action en matière de sécurité et de santé au travail, qui ont tous fait l'objet de résolutions du Conseil. Le troisième programme d'action, qui était un complément essentiel aux aspects sociaux du développement du marché intérieur, était basé sur trois concepts fondamentaux :

la nécessité de faire progresser sur un large front la sécurité et la protection de la santé des travailleurs ;

l'obligation d'assurer une protection adéquate des travailleurs contre les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;

la nécessité de s'assurer que les pressions concurrentielles exercées par le marché unique ne portent pas atteinte à la sécurité et à la protection de la santé des travailleurs.

Dans cette triple perspective, le programme était fortement axé sur la législation. Suite au troisième programme d'action, la première et probablement la plus importante des directives a été adoptée le 12 juin 1989, conformément à l'article 118A. Il s'agit de la directive cadre 89/391/CEE prévoyant des prescriptions minimales au sujet de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail.

L'objectif principal de la stratégie de la Commission relative aux directives concernant la santé et la sécurité, était de disposer d'une directive cadre sur base de laquelle toutes les directives ultérieures pouvaient être établies. Cette directive cadre, qui a été mise en application par chaque Etat membre, le 31 décembre 1992,

stipule que la directive s'applique à tous les secteurs d'activités ;

attribue la responsabilité première de la santé et de la sécurité des travailleurs à leur employeur ;

prévoit des principes généraux que les employeurs doivent respecter en vue de la protection de la santé et de la sécurité, y compris : (1) l'évaluation des risques existant sur le lieu de travail et l'introduction de mesures de prévention appropriées, (2) l'élaboration d'une politique globale cohérente de prévention, (3) la coopération entre les employeurs ;

stipule que les employeurs sont tenus de désigner un membre du personnel compétent responsable des activités de santé et de sécurité ou de faire appel à des services extérieurs compétents ;

stipule que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires en matière de premiers secours, de lutte contre l'incendie et d'évacuation des travailleurs ;

stipule que les employeurs sont tenus de fournir les informations et la formation nécessaires aux travailleurs ainsi que de consulter les représentants des travailleurs concernant les mesures de sécurité et de protection de la santé ;

stipule qu'il incombe aux travailleurs de prendre soin de leur propre sécurité et de celle des autres personnes concernées et de coopérer avec leurs employeurs.

Hormis les actions à large spectre, il existe également un certain nombre de directives individuelles (ou plus spécifiques) qui ont été présentées par la Commission et adoptées par le Parlement et le Conseil dans le cadre de l'article 118A.

A. Protection de groupes de travailleurs spécifiques

1) Travailleuses enceintes

Directive 92/85/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (mise en vigueur par les Etats membres au plus tard deux ans après son adoption) :

La directive s'applique tant au secteur public qu'au secteur privé et concerne tous les types de contrat de travail.

Elle stipule que le travail ainsi que le lieu de travail doivent faire l'objet d'une évaluation. Si les résultats de l'évaluation révèle un risque pour la sécurité ou la santé, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour que l'exposition de la travailleuse concernée à ce risque soit évitée.

Les mesures que les Etats membres sont obligés de prendre, doivent comporter la possibilité d'un transfert à un travail de jour si un risque est identifié pour des travailleuses enceintes accomplissant un travail de nuit.

La directive interdit le licenciement d'une femme enceinte ou d'une femme en congé de maternité, sauf pour des raisons non liées à la grossesse ou à l'accouchement. Les travailleuses concernées bénéficient d'un congé de maladie d'au moins 14 semaines, qui doivent être payées.

2) Travailleurs intérimaires

Directive 91/383/CEE du Conseil, du 25 juin 1991, complétant les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs ayant une relation de travail à durée déterminée ou une relation de travail intérimaire :

La directive a pour objet d'assurer que les travailleurs intérimaires, bénéficient, en matière de sécurité et de santé au travail, du même niveau de protection que celui dont bénéficient les autres travailleurs de l'entreprise et/ou de l'établissement utilisateurs.

L'existence d'une relation de travail ne saurait justifier une différence de traitement en ce qui concerne les conditions de travail, notamment quant à l'accès aux équipements de protection individuelle.

3) Jeunes au travail

Directive 94/33/CE du Conseil, du 22 juin 1994, relative à la protection des jeunes au travail :

Les Etats membres prennent les mesures nécessaires pour interdire le travail des enfants. Ils veillent à ce que l'âge minimal d'admission à l'emploi ou au travail ne soit pas inférieur à l'âge auquel cesse l'obligation scolaire à temps plein imposée par la législation nationale ni, en tout cas, à quinze ans.

Les Etats membres veillent à ce que le travail des adolescents soit strictement réglementé et protégé.

D'une manière générale, les Etats membres veillent à ce que tout employeur garantisse aux jeunes des conditions de travail adaptées à leur âge. Ils veillent à protéger les jeunes contre l'exploitation économique et tout travail susceptible de nuire à leur sécurité, à leur santé ou à leur développement physique, psychologique, moral ou social ou de compromettre leur éducation.

B. Sécurité

1) Manutention manuelle

Directive 90/269/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs.

On entend par manutention manuelle de charges toute opération de transport ou de soutien d'une charge, par un ou plusieurs travailleurs, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement d'une charge qui, du fait de ses caractéristiques ou de conditions ergonomiques défavorables, comporte des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs.

L'employeur prend les mesures d'organisation appropriées, ou utilise les moyens appropriés, et notamment les équipements mécaniques.

Lorsque la nécessité d'une manutention manuelle de charges par les travailleurs ne peut être évitée, l'employeur utilise les moyens appropriés en vue de réduire le risque, et il organise les postes de travail de telle façon que cette manutention soit la plus sûre et la plus saine possible.

2) Equipements de travail

Matériel électrique utilisable en atmosphère explosible des mines grisouteuses (directive 82/130/CEE du Conseil du 15 février 1982).

Equipements de travail

Directive 95/63/CEE du Conseil, du 5 décembre 1995, modifiant la directive 89/655/CEE du Conseil concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail.

(a) L'employeur prend les mesures nécessaires afin que les équipements de travail mis à la disposition des travailleurs soient appropriés au travail à réaliser ou convenablement adaptés à cet effet, permettant d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs lors de l'utilisation de ces équipements de travail.

(b) Lors du choix des équipements de travail, l'employeur prend en considération les conditions et les caractéristiques spécifiques de travail et les risques existants dans l'entreprise et/ou l'établissement.

(c) Ergonomie et santé au travail : Le poste de travail et la position des travailleurs lors de l'utilisation de l'équipement de travail, ainsi que les principes ergonomiques, doivent être pleinement pris en considération par l'employeur lors de l'application des prescriptions minimales de sécurité et de santé.

Equipements de protection individuelle

Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 : prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle. On entend par équipement de protection individuelle tout équipement destiné à être porté ou tenu par le travailleur en vue de le protéger contre un ou plusieurs risques susceptibles de menacer sa sécurité ou sa santé au travail.

(a) Un équipement de protection individuelle doit être conforme aux dispositions communautaires relatives à la conception et à la construction en matière de sécurité et de santé le concernant.

(b) Les conditions dans lesquelles un équipement de protection individuelle doit être utilisé, notamment celles concernant la durée du port, sont déterminées en fonction de la gravité du risque, de la fréquence de l'exposition au risque et des caractéristiques du poste de travail de chaque travailleur ainsi que des performances de l'équipement de protection individuelle.

(c) Des informations adéquates sur chaque équipement de protection individuelle doivent être fournies.

(d) Les équipements de protection individuelle doivent être fournis gratuitement par l'employeur qui assure leur bon fonctionnement et leur état hygiénique satisfaisant par les entretiens, réparations et remplacements nécessaires.

(e) L'employeur informe le travailleur des risques et il assure une formation et un entraînement au port des équipements de protection individuelle.

Équipement à écran de visualisation

Directive 90/270/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation.

- (a) Les employeurs sont tenus de faire une analyse des postes de travail afin d'évaluer les conditions de sécurité et de santé qu'ils présentent pour leurs travailleurs, notamment en ce qui concerne les risques éventuels pour la vue et problèmes physiques et de charge mentale.
- (b) L'employeur est tenu de concevoir l'activité du travailleur de telle sorte que le travail quotidien sur écran soit périodiquement interrompu par des pauses ou par des changements d'activité réduisant la charge de travail sur l'écran.
- (c) Protection des yeux et de la vue des travailleurs : Les travailleurs bénéficient d'un examen approprié des yeux et de la vue, effectué par une personne ayant les compétences nécessaires.
- (d) La directive comprend des prescriptions particulières pour (1) l'équipement, (2) l'environnement et (3) l'interface ordinateur/homme.

3) Signalisation de sécurité

Directive 92/58/CEE du Conseil, du 24 juin 1992, concernant les prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et/ou de santé au travail.

L'employeur doit prévoir ou doit s'assurer de l'existence d'une signalisation de sécurité et/ou de santé au travail conforme aux dispositions de la présente directive, lorsque les risques ne peuvent pas être évités ou suffisamment limités par les moyens techniques de protection collective ou par des mesures, méthodes ou procédés d'organisation du travail.

C. Différents lieux de travail

Lieux de travail (directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989)

Chantiers temporaires ou mobiles (directive 92/57/CEE du Conseil du 24 juin 1992)

Industries extractives par forage (directive 92/91/CEE du Conseil du 3 novembre 1992) (directive 92/104/CEE du Conseil du 3 décembre 1992)

Navires de pêche (directive 93/103/EC du Conseil du 23 novembre 1993)

Meilleure assistance médicale à bord des navires (directive 92/29/CEE du Conseil du 31 mars 1992).

Agents chimiques, physiques et biologiques

1) Agents chimiques

(a) Exposition au chlorure de vinyle monomère (directive 78/610/CEE du Conseil du 29 juin 1978)

Exposition à des agents chimiques (directive 80/1107/CEE du Conseil du 27 novembre 1980)

Exposition au plomb métallique (directive 82/605/CEE du Conseil du 28 juillet 1982)

Exposition à l'amiante (directive 83/447/CEE du Conseil du 19 septembre 1983)

Interdiction de certains agents spécifiques... (directive 88/364/CEE du Conseil du 9 juin 1988)

Exposition à des agents cancérigènes (directive 90/394/CEE du Conseil du 28 juin 1990)

Risques liés à des agents chimiques (directive 98/24/EC du Conseil du 7 avril 1998).

2) Agents physiques

Exposition à des agents physiques (directive 80/1107/CEE du Conseil du 27 novembre 1980)

Exposition au bruit (directive 86/188/CEE du Conseil du 12 mai 1986).

3) Agents biologiques

Exposition à des agents biologiques (directive 80/1107/CEE du Conseil du 27 novembre 1980)
Protection des travailleurs (directive 90/679/CEE du Conseil du 26 novembre 1990).

E. Temps de travail

Le Conseil des Ministres a adopté, le 23 novembre 1993, la directive 93/104/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Le principal objectif est de garantir la protection des travailleurs contre les effets néfastes pour leur santé et leur sécurité résultant d'une durée de travail excessive, d'un repos insuffisant ou d'une organisation irrégulière du travail.

La directive prévoit notamment que :

tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de vingt-quatre heures, d'une période minimale de repos de onze heures consécutives ;

tout travailleur bénéficie, au cas où le temps de travail journalier est supérieur à six heures, d'un temps de pause ;

tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de sept jours, d'une période minimale de repos sans interruption de vingt-quatre heures ;

la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires ;

tout travailleur bénéficie d'un congé annuel payé d'au moins quatre semaines ; et que

le temps de travail normal des travailleurs de nuit ne dépasse pas huit heures en moyenne par période de vingt-quatre heures.

La directive contient plusieurs autres dispositions relatives à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs de nuit et des travailleurs postés. Elle prévoit également que des mesures seront prises afin que l'organisation du travail tienne compte du principe général de l'adaptation du travail à l'homme.

Hormis les médecins en formation, les médecins salariés sont couverts par la directive 93/104/CE sur le temps de travail. L'exclusion initiale se rapporte à des médecins en formation : personnes qui ont achevé leur formation médicale de base et qui se préparent en vue de l'obtention d'un titre médical reconnu de niveau supérieur. Le statut des médecins en formation n'est pas clair. Dans certains pays il s'agit d'un statut particulier, qui n'est ni celui d'un travailleur indépendant, ni celui d'un salarié, ni celui d'un stagiaire. Mais dans la grande majorité des pays, ils sont considérés comme des salariés au regard du droit du travail. Une caractéristique spécifique de l'emploi des médecins en formation concerne les prestations de garde.

Les longues heures de travail des médecins en formation sont une cause de ressentiment de longue date. En novembre 1998, la Commission européenne a élaboré des propositions, visant à étendre la portée de la directive de 1993 sur le temps de travail, pour ramener les heures de travail des médecins en formation à une moyenne de 48 heures. La Commission a proposé une période transitoire de sept ans pour aligner les médecins en formation sur la semaine de travail de 48 heures. Les Etats membres regrettant la brièveté de cette période de transition, le Conseil des Ministres a décidé, en mai 1999, de porter cette période de transition à neuf ans. En avril 2000, la discussion entre le Conseil, proposant une période de transition de treize ans, et le Parlement, n'acceptant que quatre ans, était toujours en cours.

INSTITUTIONS EUROPEENS POUR LA SANTE ET LA SECURITE

1. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Wyattville Road, Loughlinstown Co. Dublin, Irlande - Téléphone ++353/1/2043100 - Fax ++353/1/2826456/2824209 - E-mail : postmaster@eurofound.ie - Internet : <http://www.eurofound.ie/html/health.html>) a été créée par un règlement (CEE) du Conseil du 26 mai 1975. La Fondation, qui a actuellement 15 Etats membres, a pour mission de contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail par une action visant à développer et à diffuser les connaissances propres à aider cette évolution. Les transformations au niveau du travail et de la société, cruciales pour les travaux de la Fondation, influencent fortement la santé et le bien-être des citoyens européens. Une mauvaise santé entraîne un accroissement des coûts sur le lieu de travail et pour la société en général. Comme la vision des limites entre la vie au travail et la vie en dehors du travail est de plus en plus brouillée, une approche intégrée s'impose. Dans le cadre de l'amélioration du milieu de vie et des conditions de travail, la Fondation s'occupe plus particulièrement des questions suivantes :

- la condition de l'homme au travail ;
- l'organisation du travail, et notamment de la conception des postes de travail ;
- les problèmes spécifiques à certaines catégories de travailleurs ;
- les aspects à long terme de l'amélioration de l'environnement ;
- la répartition dans l'espace des activités humaines et leur distribution dans le temps.

2. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, qui est une organisation de réseau assez complexe comprenant - et travaillant avec - divers groupes et organes, a commencé son travail le 15 septembre 1996. L'agence est basée à Bilbao en Espagne (Gran Via 33, E-48009 - téléphone +349 4 - 479 43 60 - fax +349 4 - 479 43 83 - E-mail : information@eu-osh.es - <http://www.eu-osh.es>). L'objectif de l'agence est exposé dans les règlements n° 2062/94 et n° 1643/95 du Conseil.

Afin d'encourager des améliorations du milieu de travail, l'agence fournit aux organes communautaires, aux Etats membres et à tous ceux concernés par la santé et la sécurité au travail, les informations techniques, scientifiques et économiques jugées utiles en matière de sécurité et de santé au travail.

En 2000, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail travaillera, entre autres, sur un projet visant à améliorer les informations sur les pratiques optimales en matière de santé et de sécurité dans les services de santé. Par ailleurs, l'agence organisera une semaine européenne de sensibilisation à la prévention des désordres musculo-squelettiques et à la prévention de la douleur dorsale au travail, qui constitue un des risques les plus alarmants en matière de santé et de sécurité dans l'UE d'aujourd'hui.

SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL : COMITES

En plus des comités déjà mentionnés (Organe permanent pour la sécurité et la salubrité dans les mines de houille et dans les autres industries extractives et le Comité consultatif pour la sécurité, l'hygiène et la protection de la santé sur le lieu de travail ; voir : La santé au travail dans l'UE : perspective historique), deux autres comités ont été créés par la Commission.

1. Limites d'exposition professionnelle (OELs)

En 1990, la Commission européenne a créé, à l'invitation du Conseil, un groupe informel d'experts scientifiques pour travailler à l'évaluation scientifique des risques liés à une exposition à des agents chimiques pendant le travail. Ce comité représente l'éventail complet des compétences scientifiques nécessaires pour remplir son mandat, à savoir, notamment, la chimie, la toxicologie, l'épidémiologie, la médecine du travail et l'hygiène professionnelle, ainsi qu'une aptitude générale à la fixation de limites d'exposition professionnelle.

2. Comité des hauts responsables de l'inspection du travail

Le 12 juillet 1995, la Commission a arrêté une décision (n° 95/319/CE) portant création d'un Comité des hauts responsables de l'inspection du travail :

... considérant que le Comité des hauts responsables de l'inspection du travail est constitué, du fait de sa longue expérience, un cadre adéquat pour s'assurer, sur la base d'une collaboration étroite entre ses membres et la Commission, de l'exécution efficace et uniforme du droit communautaire dérivé en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail, et analyser de manière rigoureuse les questions pratiques posées par le contrôle de l'application de la législation dans ce domaine ; ...

Dans plusieurs Etats membres, les inspections de travail sont également responsables, en plus de la santé et de la sécurité au travail, de toute une gamme de domaines y compris des allocations sociales, des salaires, des congés et des heures de travail, des rapports d'emploi, de la protection de l'environnement et de la gestion des politiques d'emploi et de formation professionnelle.

ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS L'UNION EUROPEENNE

Pour déterminer les tendances de sécurité au travail au niveau européen, il est essentiel de disposer de données comparables sur les accidents du travail. Jusqu'en 1990, les indicateurs et les classifications utilisés par les Etats membres pour enregistrer les accidents du travail n'étaient pas comparables et les données nationales ne pouvaient être utilisées pour étudier les niveaux de risque au niveau européen. La Commission européenne a abordé ce problème en lançant un plan permettant d'harmoniser les données relatives à la santé et à la sécurité au travail. Ce plan est connu sous le nom SEAT (statistiques européennes des accidents du travail).

En 1992, la Commission a adopté une approche comportant l'introduction de définitions, d'indicateurs et de systèmes de codage harmonisés que les Etats membres se sont mis à utiliser en 1993. Les statistiques SEAT couvrent les accidents ayant causé des absences de travail de plus de trois jours ainsi que les accidents ayant entraîné la mort de la victime. En 1998, des données ont été rassemblées pour l'année 1996 en rapport avec la taille de l'entreprise, le statut professionnel de la victime (salarié, indépendant, etc...) et le nombre de jours perdus suite à l'absentéisme. Ensuite les causes et les circonstances de l'accident ont été enregistrées ainsi que l'emploi et le milieu de travail de la victime au moment où l'accident s'est produit. Un projet pilote des statistiques européennes sur les maladies professionnelles (EODS) concernant 31 maladies figurant sur la liste européenne des maladies professionnelles est actuellement en cours.

CONCLUSION

L'objectif ultime de l'hygiène du travail est le suivant : un cadre de travail sûr et satisfaisant dans lequel un travailleur en bonne santé, actif et productif, exempt de toute maladie, professionnelle ou

non, peut s'acquitter de son travail quotidien d'une façon qui favorise son épanouissement tant professionnel que personnel.

BIBLIOGRAPHIE SELECTIONNEE

Belcher, P.J. (1999). The role of the European Union in Healthcare. Overview produced at the request of the Council for Health and Social Service on behalf of the Advice Europa en de Gezondheidszorg, Zoetermeer.

Commission européenne, Direction générale ÇEmploi, relations industrielles et affaires sociales (2/90). Santé et sécurité sur le lieu de travail au sein de la Communauté européenne, 241 p.

Commission européenne, Direction générale ÇEmploi, relations industrielles et affaires sociales (3/93). L'Europe pour la sécurité et la santé au travail, 344 p.

Commission européenne (1995). Santé et sécurité sur le lieu de travail - Programme communautaire 1996-2000.

Health & Safety Commission Newsletter (1992). A Short Guide to European Directives on Health & Safety at Work, 81, p. 5-16.

Kenny T. (1998). Securing Social Rights across Europe. How NGOs can make use of the European Social Charter, Human Rights Information Service Council of Europe France.

Macdonald E., Baranski B. & J. Wilford (1999). Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies, Report in press.

Masschelein R. (1992). Arbeidsgeneeskunde in de Ban van Europa 1992: De arbeidsgeneeskunde in Vlaanderen in de Ban van Europa 1992, 26e Vlaamse Universitaire Studiedagen voor Arbeidsgeneeskunde, Antwerpen, 14-15 mei, p. 46-56.

WHO - Geneva (1995). 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, Beijing China.

AUTRICHE

A

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

En Autriche, la protection des travailleurs est régie par la Loi fédérale sur la sécurité et sur la protection de la santé qui est entrée en vigueur le 1er janvier 1995. La réglementation générale est entièrement applicable au secteur hospitalier.

Les réglementations sur la protection du travailleur sont mises en pratique, d'une part par des accords internes formulés de manière légale et conclus au sein des organisations, et d'autre part par des accords externes, plus particulièrement par le biais des inspections du travail. Les inspections du travail sont des instances administratives indépendantes, qui sont directement responsables envers le Ministère Fédéral de l'Emploi, de la Santé et des Affaires Sociales. Elles doivent veiller particulièrement à ce que les employeurs et les travailleurs s'acquittent de leurs obligations en matière de protection de ces derniers. Il leur incombe également d'apporter un soutien et de prodiguer des conseils. Le cas échéant, elles peuvent faire respecter les réglementations.

La raison principale de la révision de la loi fut l'adhésion de l'Autriche à l'Union européenne, avec pour conséquence l'adaptation à la réglementation de l'UE concernant la protection des travailleurs.

La nouvelle loi prévoyait une plus grande responsabilité pour les employeurs comprenant par exemple l'obligation d'effectuer une évaluation des risques et de prendre les mesures appropriées de prévention de risques sur chaque lieu de travail.

Jusqu'en 1995, la prestation de soins médicaux au travail n'était obligatoire en Autriche que pour des entreprises/établissements comptant 250 travailleurs ou plus.

Depuis 1995, les entreprises ont été intégrées dans le programme élargi de protection de la santé au travail, suivant un plan gradué basé sur le nombre de travailleurs. Actuellement, un membre du personnel spécialisé en médecine du travail ainsi que des spécialistes en sécurité doivent être engagés par des entreprises occupant régulièrement plus de 50 personnes.

Depuis le 1er janvier 2000, chaque entreprise ayant un ou plusieurs travailleurs doit assurer la prestation de soins médicaux et la sécurité sur le lieu de travail.

Actuellement, les services de prévention donnent des soins à environ 500.000 travailleurs (environ 2,5 millions de travailleurs tombent sous la responsabilité de l'inspection du travail).

SOINS MEDICAUX DU TRAVAIL

Pour établir un service préventif, comprenant des spécialistes en sécurité et un médecin spécialiste du travail, il existe divers options:

- employer des spécialistes en sécurité et un médecin spécialiste du travail au sein de l'entreprise
- avoir recours aux services externes (tels que des praticiens médicaux locaux)
- ou conclure un contrat de travail avec un centre de médecine du travail ou une agence de sécurité spécialisée.

Ces services préventifs ont pour mission de prodiguer des conseils, tant aux employeurs qu'aux salariés, en matière de protection et de promotion de la santé et de droits de l'homme sur le lieu de travail. Ils sont aussi appelés à aider les employeurs à accomplir leurs obligations. En outre, ces services veillent à ce que tous les salariés qui le souhaitent subissent des examens médicaux réguliers. Les salariés et les employeurs doivent être suffisamment avertis de tout danger, et, si les mesures prises par l'employeur ne sont pas adéquates, l'inspection du travail peut en être informée.

FORMATION/QUALIFICATIONS

Depuis 1994, il existe des formations universitaires aboutissant à une qualification de médecin spécialiste du travail. La période de formation est de six ans. En complément, un cours post-universitaire de 12 semaines est prévu pour les médecins déjà qualifiés. Ce cours est actuellement dispensé dans deux centres de formation. Un membre du personnel spécialisé en sécurité nécessite une formation technique de base suivie d'un cours de formation spécialisée de 8 semaines.

HEURES DE TRAVAIL

Des heures minimales de travail sont déterminées pour les services préventifs. Elles varient suivant le nombre de salariés par année calendrier. En moyenne les heures de travail sont approximativement d'une heure pour le membre du personnel spécialisé en sécurité, et approximativement de 40 minutes pour le médecin spécialiste du travail. Des fiches reprenant les heures accomplies doivent être mises à jour.

MALADIES PROFESSIONNELLES

Les critères d'identification des maladies professionnelles sont régis par la Loi générale sur l'assurance sociale. Actuellement 52 affections sont reconnues comme étant des maladies professionnelles.

Au cours des dernières années, on observe une réduction du nombre de maladies professionnelles reconnues (approximativement 1100 cas en 1997). Quant à la fréquence d'incidence des maladies professionnelles, les affections de la peau sont les plus fréquentes, suivies des problèmes auditifs dus aux bruits.

REFORMES/DEVELOPPEMENT

L'amendement de la Loi sur la protection des travailleurs, adopté le 01/01/1999, a apporté les modifications suivantes :

- * Des réglementations spéciales pour les lieux de travail de moins de 50 salariés (des modèles plus souples de soins taillés sur mesure, suivant les besoins des petites et moyennes entreprises, et la création de «Centres de prévention» (assureurs d'accidents), offrant des services de consultation de qualité). La nouvelle option offrant un recours gratuit aux centres de prévention est accessible à la plupart des employeurs autrichiens (un total approximatif de 205.000 emplois).
- * Elargissement de ce qu'on appelle «modèle organisationnel» (les salariés peuvent assumer les responsabilités de spécialistes en sécurité s'ils peuvent prouver qu'ils en ont la compétence requise). Amendement concernant la reconnaissance des centres médicaux du travail et des centres de sécurité industrielle (un centre peut fonctionner après avoir rempli les formalités légales).
- * Une réglementation plus souple concernant les mesures de sécurité et les soins médicaux du travail pour les entreprises de plus de 50 salariés.

Ultérieurement, des critères de qualité relatifs aux soins médicaux du travail seront élaborés afin d'élever la qualité de ces soins à un niveau unifié.

L'Autriche est membre fondateur du Réseau européen des sociétés de la médecine du travail (European Network of Societies for Occupational Medicine, ENSOP).

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Sektion VII,
Stubenring 1
A-1010 Wien
Austria

BELGIQUE

B

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

En Belgique, la médecine du travail, actuellement dénommée «santé au travail» est régie par la «Loi relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail» (4 août 1996). Cette loi cadre concerne tous les employeurs et travailleurs en Belgique, tant du secteur public que du secteur privé. Elle comprend toutes les réglementations spécifiques relatives à la sécurité, à la santé et au bien-être au travail, jusqu'à présent consignées dans l'ancien «Règlement général pour la protection du travail» (1952). Elle inclut également les réglementations européennes actuelles et futures dans ce domaine, telles que la Directive européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. La loi belge couvre trois domaines principaux, à savoir la sécurité du travail, la médecine du travail (au sens strict), et l'hygiène du travail sur les lieux de travail, avec un accent croissant sur la prévention et la multidisciplinarité dans ces trois domaines. La réglementation générale est entièrement applicable au secteur hospitalier.

OBJECTIFS

En général, le bien-être vise l'amélioration du travail par des mesures de sécurité, de prévention de la santé, d'ergonomie et d'hygiène. La politique de prévention de l'employeur devrait être basée sur les principes d'évaluation continue des risques professionnels, de surveillance médicale des travailleurs, de promotion et d'éducation à la santé.

ORGANISATION

Au plan national, le Ministère Fédéral de l'Emploi et du Travail est responsable de la réglementation et du contrôle de la santé au travail. La politique gouvernementale est exécutée et contrôlée par l'administration de l'hygiène et de la santé au travail. Plus particulièrement, le service de surveillance médicale surveille le service de prévention et de protection au travail, tandis que le service d'inspection technique surveille les services de sécurité. Le Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail, qui est composé de représentants des employeurs et des travailleurs, conseille le Ministre à propos de la législation. La responsabilité de l'application des mesures prises en faveur du bien-être des travailleurs sur les lieux de travail incombe à tous les employeurs. Du point de vue organisationnel, la mise en application de ces obligations peut se faire selon deux options. L'employeur peut instituer son propre service interne de prévention et de protection, équipé de ses professionnels médicaux et techniques en matière de sécurité et de santé au travail (conseillers en prévention). Soit, l'employeur peut s'affilier à un service externe de prévention et de protection pour toutes les tâches ou pour des tâches spécifiques n'entrant pas dans la compétence de son service interne (s'il en existe un). Le service externe de prévention et de protection est conçu comme un service multidisciplinaire et indépendant, offrant aux employeurs affiliés un service spécialisé tant technique que médical pour l'accomplissement des obligations légales en matière de sécurité, de santé et du bien-être des travailleurs.

ACCREDITATION

Les services, tant interne qu'externe, doivent être accrédités par la Commission gouvernementale d'accréditation œuvrant au sein du Ministère Fédéral du Travail. La section «santé au travail» au sein de ces services doit avoir une accréditation complémentaire délivrée par les ministères régionaux de la santé. L'accréditation doit être renouvelée tous les cinq ans.

SURVEILLANCE

Au niveau national, la surveillance est assurée par des inspecteurs médicaux et techniques. Au niveau de l'entreprise, les services interne et externe de prévention et de protection sont surveillés par le comité conjoint des partenaires sociaux, qui est obligatoire dans chaque entreprise/établissement de plus de 50 travailleurs. Un comité national spécifique de surveillance contrôlera l'accréditation de tous les services externes de prévention et de protection.

FINANCEMENT

Le coût des obligations légales pour le bien-être des travailleurs est à l'entière charge de l'employeur. Jusqu'à ce jour la base du système de financement est le temps nécessaire à la surveillance médicale de chaque travailleur ainsi qu'aux tâches afférentes. Ce temps varie suivant le degré des risques professionnels d'atteinte à la santé et à la sécurité des travailleurs. Pour les travailleurs à haut risque, un service annuel équivalent à une heure est prévu; son coût est fixé par le gouvernement à 75 Euros. Les examens médicaux particuliers ainsi que les mesures biologiques et environnementales sont calculés à part.

LES SERVICES DE PREVENTION ET DE PROTECTION

Les services internes et externes de prévention et de protection au travail doivent aider l'employeur à établir une politique de prévention au sein de l'entreprise et à exécuter les actions nécessaires et requises au niveau légal. Le service de prévention et de protection doit effectuer une évaluation permanente des risques existant sur le lieu de travail, y compris l'inventaire des dangers, l'évaluation de l'exposition aux risques ainsi que l'évaluation de ceux-ci. Cette dernière évaluation constitue le point de départ pour les mesures de prévention en vue de l'élimination ou de la réduction des risques ainsi que pour l'élaboration d'un programme de protection des travailleurs. Le service de prévention et de protection au travail assure un suivi médical de la santé des travailleurs, particulièrement de ceux dont le niveau de risque inhérent au travail est élevé (p.ex. l'exposition à des risques professionnels connus d'atteinte à la santé, les fonctions de sécurité...). La surveillance médicale comprend un examen avant l'embauche, des examens médicaux périodiques, des vaccinations et un examen après un congé de maladie de quatre semaines. Tous les travailleurs bénéficient de premier secours en cas d'urgence et peuvent consulter le médecin du travail gratuitement. Celui-ci est tenu légalement de communiquer chaque cas de maladie professionnelle (suspecte) à l'inspection médicale et au fond national des maladies professionnelles. Il a des obligations spécifiques envers des groupes de travailleurs particuliers à risque (femmes enceintes, travailleurs handicapés). Il ne peut pas contrôler l'absentéisme des travailleurs. En collaboration avec les autres conseillers en prévention, le médecin du travail doit informer et former les employeurs et les travailleurs et doit faire partie des comités de prévention et de protection conjoints des entreprises.

FAITS ET CHIFFRES

En 1995, il y avait 220.000 entreprises et 2.400.000 salariés en Belgique. 38% des salariés travaillaient dans des entreprises de moins de 50 travailleurs (97%). 62% des salariés travaillaient dans des entreprises de plus de 50 travailleurs (3%). Actuellement, il y a 235 services de prévention et de protection au travail (SPPT), couvrant 300 entreprises comptant 400.000 travailleurs et 55 services interentreprises de prévention et de protection au travail (SIPPT), couvrant 219.700 entreprises comptant 2.000.000 de travailleurs. Avec la nouvelle loi de 1996, l'objectif est d'intégrer les SPPT et les SIPPT respectivement dans les services internes et les services externes de prévention et de protection au travail. Quant aux médecins du travail, ils

étaient au nombre de 940 ou +- 600 FTE en 1995 : 30% dans les SSPT, 70% dans les SIPPT (60% en Flandre et 40% dans la partie francophone de la Belgique).

Association Belge des Hôpitaux - Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen
Existant de:

Association des Etablissements Publics de Soins - Vereniging van Openbare
Verzorgingsinstellingen
Gildenstraat / rue des Guildes 9
B-1040 Brussels
Belgium

et

Association Belge des Hôpitaux - Belgische Vereniging Ziekenhuizen
Lennikbaan / route de Lennik 808
B-1070 Brussels
Belgium

Belgische Federatie van Caritas Ziekenhuizen - Fédération Belge des Hôpitaux de Caritas
Existant de:

Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie
Chaussée de Marche, 604
B-5101 Erpent
Belgium

et

Verbond van Verzorgingsinstellingen
Guimardstraat 1
B-1040 Brussel
Belgium

ALLEMAGNE

D

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

La médecine du travail en Allemagne est régie par la loi sur l'Assurance-Accidents du 6 juillet 1884. Avant cette date, l'indemnisation pour un accident du travail ou une maladie professionnelle devait être réclamée directement auprès de l'entreprise elle-même. Avec la nouvelle réglementation, l'indemnisation pour un accident du travail ou une maladie professionnelle pouvait être réclamée auprès de l'association professionnelle, qui assumait la responsabilité au lieu des entreprises individuelles.

Les tâches incombant au système allemand d'assurance-accidents sont :
la prévention des accidents
le rétablissement de la santé et de la capacité de travail (réadaptation)
et le versement des allocations (p. ex. les pensions).

La spécificité du système allemand réside dans le fait que ces tâches sont remplies par une seule organisation, notamment les associations professionnelles (Berufsgenossenschaften). Ces associations représentent l'assurance-accidents.

Depuis 1884, l'organisation de la médecine du travail a connu moins de changements, en comparaison avec d'autres domaines de la sécurité sociale.

En 1963 une nouvelle réglementation a été établie. Elle prévoit notamment que dès qu'une entreprise dépasse la taille de 20 salariés, celle-ci doit désigner un membre du personnel qualifié dans le domaine de la sécurité du travail. Cette réglementation stipule en outre que le Gouvernement fédéral doit publier un rapport annuel sur la prévention des accidents (Unfallverhütungsbbericht). Tous les quatre ans, ce rapport donne un aperçu général de l'évolution des accidents du travail et des maladies professionnelles, de leurs coûts et des mesures prises en vue de la sécurité et de la santé au travail. Le système est entièrement applicable au secteur hospitalier.

D'autres modifications du système ont élargi l'éventail des personnes impliquées dans le système (depuis 1971 p. ex., le système d'assurance-accidents s'applique également aux étudiants).

ACCORDS SUR LA SANTE ET LA SECURITE

Une gamme entière de réglementations obligatoires régissant la sécurité et la protection de la santé au travail est consignée dans :
les lois et les décrets-loi du Gouvernement
et les réglementations concernant la prévention des accidents émanant des associations professionnelles (Unfallverhütungsvorschriften).

Certaines réglementations concernant la prévention des accidents sont applicables à tous les secteurs de l'industrie, tandis que d'autres concernent uniquement des machines spécifiques, des installations ou des secteurs précis de l'industrie. Les programmes de prévention des accidents servent également à l'exécution des lois nationales avec la même valeur juridique que les décrets-loi.

Les réglementations gouvernementales en Allemagne standardisent systématiquement la protection au travail dans tous les secteurs.

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES (BERUFGENOSSENSCHAFTEN)

Les associations professionnelles sont des sociétés d'assurance-accidents de droit public. Elles sont organisées sur la base des secteurs industriels. Légalement chaque employeur en est membre. Il doit se faire enregistrer auprès de l'association professionnelle dans un délai ne dépassant pas une semaine après la création de son entreprise. Le fait d'avoir une assurance privée ne le libère pas de l'obligation d'être membre des associations professionnelles. Le financement de ces associations provient exclusivement des cotisations des entreprises membres. Ces cotisations ne peuvent être destinées à un but lucratif et sont donc collectées par les associations uniquement pour couvrir les

dépenses entrant dans le cadre de leurs obligations légales. Les associations professionnelles sont de droit public, elles se consacrent à leurs tâches légales de prévention des accidents et d'assurance, le tout étant géré par une administration autonome basée sur une représentation équitable des intérêts des membres (employeurs) et des assurés (salariés). Le Gouvernement est responsable de la supervision légale. Tous les six ans, lors des élections sociales, les employeurs et les salariés élisent leurs membres à l'assemblée des représentants.

LA SECURITE DU TRAVAIL DANS LES INDUSTRIES

La sécurité du travail dans les industries repose sur deux piliers :
les inspections techniques des associations professionnelles (Technischer Aufsichtsdienst)
les inspections du travail publiques (Gewerbeaufsichtämter).

Les inspections techniques s'occupent de certaines tâches, la plus importante étant le suivi de l'observation par les entreprises des règlements de prévention des accidents et des normes de protection sur les lieux du travail. C'est ainsi que plus de 500.000 entreprises sont inspectées chaque année. Les infractions peuvent être sanctionnées par une amende pouvant aller jusqu'à 20.000 DM.

Les inspections techniques conseillent également les entreprises sur tous les problèmes relatifs à la sécurité et à la protection de la santé sur le lieu du travail, tout en intervenant dans le contrôle de la sécurité des appareils et des équipements.

Les inspections publiques sont structurées au niveau régional. Elles surveillent toutes les entreprises de leur district respectif, sans considération aucune de leur secteur d'appartenance. Elles contrôlent l'application des lois en matière de sécurité du travail. Près de 3.000.000 d'entreprises sont inspectées annuellement.

LA SECURITE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

La responsabilité de la santé et de la sécurité du personnel sur le lieu de travail incombe à l'employeur. Chaque entreprise est tenue d'organiser la sécurité et la protection de la santé au travail de manière à permettre à tout le personnel cadre d'être au courant de ses responsabilités dans ce domaine. L'employeur doit mettre à disposition des facilités ad hoc, donner des instructions et prendre les mesures nécessaires pour garantir un travail sans danger et sans risque pour la santé.

Le personnel doit utiliser les lieux ainsi que les équipements conformément aux instructions reçues. Il doit aussi se servir des équipements de protection individuelle appropriés et suivre les règles de prévention des accidents. Dès que l'entreprise atteint le chiffre de 20 salariés, elle doit désigner un membre du personnel qualifié en sécurité du travail. Le rôle de ce membre est de conseiller l'employeur dans ce domaine. Le dénommé Sicherheitsbeauftragter est soutenu par des agents de sécurité. L'importance de la médecine préventive du travail et des services de soins médicaux sur le lieu de travail va croissant. Les entreprises d'une certaine taille (les critères de classification variant suivant les secteurs d'activité) sont tenues d'avoir leurs propres médecins. Ces médecins ont une formation particulière en médecine du travail. Quelques associations professionnelles ont créé leurs propres services médicaux du travail permettant ainsi aux entreprises ne désirant pas ou ne pouvant pas embaucher leurs propres médecins, de continuer à fournir à leurs travailleurs les soins médicaux appropriés.

OBLIGATIONS DU SYSTEME D'ASSURANCE-ACCIDENTS

Les associations professionnelles sont responsables:

des accidents du travail
des accidents sur le chemin du travail
des maladies professionnelles
Elles fournissent la garantie d'assurance en cas d'accidents et de maladies.

Si les salariés font des accidents ou attrapent des maladies professionnelles, ils ont droit à une assistance sous forme de soins médicaux et/ou infirmiers s'ils ne peuvent pas prendre soin d'eux-mêmes, de réadaptation professionnelle/sociale et de pensions.

Deutsche Krankenhausgesellschaft
(Postfach 300252 - D-40402 Düsseldorf)
Tersteegenstrasse 9
D-40474 Düsseldorf
Germany

DANEMARK

DK

LE MODELE DANOIS

La loi danoise relative aux conditions de travail contient le préambule suivant :
«Les dispositions de cette loi seront appliquées dans l'esprit de mettre sur pied :

- 1) des conditions de travail saines et saines, en permanence adaptées aux évolutions techniques et sociales de la société ;
et
- 2) des jalons permettant aux entreprises de résoudre elles-mêmes les problèmes concernant la santé et la sécurité, suivant les directives des partenaires sociaux et sous la surveillance et le contrôle du service danois des conditions de travail.»

La loi danoise relative aux conditions de travail (1975) constitue le fondement d'un système de conditions de travail moderne, basé sur les principes du consensus et d'un gouvernement tripartite. Il est entièrement applicable au secteur hospitalier.

L'objectif de la loi danoise relative aux conditions de travail est de créer des conditions de travail saines et saines, exemptes de toute retombée professionnelle qui, sans toutefois provoquer directement des accidents ou une maladie subite, pourrait à long terme affecter physiquement et psychologiquement la santé.

L'accent est mis sur la prévention des maladies professionnelles et des effets éventuels nuisibles à la santé et pouvant entraîner un départ prématuré des employés de la vie professionnelle. La loi danoise relative aux conditions de travail est une loi cadre ne contenant que quelques règlements détaillés. Dans ce cadre général, des prescriptions détaillées sont formulées par le biais de règlements administratifs élaborés par le Ministère du Travail ou par la direction du service des conditions de travail.

Ce service s'efforce de mettre en pratique les résultats de la recherche danoise et internationale visant l'amélioration des lieux de travail. Ceci est partiellement réalisé à travers des amendements des règles prescrites en vertu de la loi relative aux conditions de travail. Les règles danoises sont en outre régulièrement amendées afin de répondre aux différentes réglementations et aux directives adoptées par l'Union européenne.

LE SYSTEME DES CONDITIONS DE TRAVAIL

La loi danoise relative aux conditions de travail a mis à disposition du Danemark un système dans lequel les partenaires sociaux ont une influence importante sur les développements en matière de conditions de travail.

A un échelon supérieur, les partenaires sociaux ont une influence sur les efforts destinés à améliorer les conditions de travail par le biais du comité des conditions de travail. Ce Comité participe entre autres à l'élaboration de nouvelles règles.

Au niveau industriel, une influence est exercée par les conseils du secteur de la sécurité (12 en tout), et au niveau des entreprises les partenaires sociaux participent à l'organisation de la sécurité.

Le Ministère du Travail est l'autorité administrative suprême du Danemark dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Après le Ministère du Travail vient le service des conditions de travail, composé de la direction de ce service, de 14 inspections régionales et de l'Institut de la médecine du travail.

LE SERVICE INTERNE DE LA SECURITE

Toute entreprise occupant au moins 5 personnes a le devoir statutaire de mettre sur place un service interne de sécurité.

Le noyau du service interne de sécurité est constitué d'un groupe de sécurité composé du contremaître/surveillant et des représentants de la sécurité des travailleurs. En règle générale il existe un groupe de sécurité dans chaque département mais plusieurs départements peuvent également opter pour un groupe de sécurité commun. Le service interne de sécurité a pour tâche la planification des conditions de travail individuelles et l'élaboration de plans d'action visant la résolution des problèmes. Le service interne de sécurité doit également contrôler la conformité avec la réglementation en matière de sécurité, faire des rapports et effectuer des investigations concernant les accidents de travail.

Le groupe de sécurité intervient dans la planification, et doit être consulté avant que l'entreprise prenne des décisions finales en matière de santé et de sécurité dans le département au sein duquel le groupe fonctionne.

Un comité de sécurité doit planifier et coordonner les activités dans les entreprises employant au moins 20 personnes.

Toutes les entreprises sont tenues de faire des évaluations des lieux de travail. Ceci est un moyen important pour renforcer la prévention en matière de sécurité et de santé au travail.

Tous les membres d'un groupe de sécurité et d'un comité de sécurité ainsi que la personne s'occupant quotidiennement des activités de sécurité bénéficient d'une formation en activités de sécurité.

La loi stipule que les membres nouvellement élus du groupe de sécurité doivent suivre un cours spécial en sécurité endéans les quatre semaines de leur élection. Il s'agit d'un cours de 37 heures dont le but est d'apprendre aux participants comment ils peuvent promouvoir, dans leur entreprise, des conditions de travail saines et saines dans la pratique quotidienne et en collaboration avec les autres.

La formation se fait suivant les modes d'éducation modernes en mettant l'accent sur la participation active des participants au cours.

Cette formation est intitulée Formation section 9 tirant ainsi son appellation de la section 9 de la loi relative aux conditions de travail.

LE SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Le service de santé au travail prodigue des conseils au service interne de sécurité de l'entreprise individuelle, fait des analyses relatives aux conditions de travail et effectue des recherches en rapport avec la santé. L'accent est mis sur les activités préventives. Le service de santé au travail assiste les entreprises dans leur mise en œuvre des mesures de santé et de sécurité telles que la planification de nouvelles productions et les modifications d'un système de production basées sur les principes ergonomiques.

Les employeurs quant à eux sont responsables de l'implantation, du fonctionnement et du financement du service de santé au travail.

Certaines entreprises sont obligées légalement de disposer d'un service de santé au travail tandis que d'autres peuvent s'affilier volontairement au programme. Le système obligatoire a été implanté progressivement depuis son introduction en 1977.

Les secteurs entrant dans le système obligatoire sont ceux ayant un haut risque d'accidents de travail et de maladies professionnelles, principalement dans l'industrie.

LES CONSEILS DE SECURITE DES SECTEURS

Les conseils de sécurité des secteurs interviennent dans la résolution des problèmes spécifiques de santé et de sécurité dans les différents secteurs territoriaux. Ils peuvent également présenter des propositions et donner des opinions sur les nouvelles règles. Il existe en tout 12 conseils de sécurité, couvrant chacun un secteur spécifique. Les conseils de sécurité des secteurs sont des organismes collectifs.

LE CONSEIL DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Le conseil des conditions de travail participe à l'élaboration des règles et donne au Ministère du Travail des opinions relatives aux développements enregistrés dans le domaine des conditions de travail ainsi que des propositions visant l'amélioration de celles-ci.

Les partenaires sociaux et les autorités sont tous représentés au sein du conseil des conditions de travail.

Le Ministère du Travail et le service des conditions de travail participent aux réunions du conseil mais n'ont pas droit de vote.

Le conseil des conditions de travail fournit également des informations, il assure la formation et effectue des recherches dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.

Une commission d'appel relative aux conditions de travail traite les appels des décisions du service des conditions de travail.

CLINIQUES DE MEDECINE DU TRAVAIL

Les cliniques de médecine du travail ont été implantées comme des départements spéciaux au sein des hôpitaux, leur principale tâche étant d'effectuer les examens médicaux des patients. Les cliniques de médecine du travail assument également d'autres fonctions importantes en rapport avec les pensions d'invalidité, la réadaptation, les lésions encourues au travail et les allocations journalières en espèces.

Au Danemark, il existe des cliniques de médecine du travail dans chacune des 14 régions du pays. Elles collaborent étroitement avec les inspections régionales responsables de la prévention des maladies professionnelles.

ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Au Danemark, toute personne exposée à un accident de travail ou à une maladie professionnelle peut bénéficier d'une assistance financière de la part des autorités publiques, suivant la législation ordinaire sur l'aide sociale. En complément, une loi spéciale - la loi danoise sur l'assurance contre les accidents du travail - prévoit des dédommagements pour les accidents de travail.

Le but de cette loi est d'allouer des dédommagements aux travailleurs et leurs ayants-droits lorsqu'ils ont été blessés en exécutant leur travail. L'employeur est responsable du financement de l'assurance.

AmtsrEdsforeningen i Danmark og Hovenstadens Sygehusf34lleskab:

AmtsrEdsforeningen i Danmark
Dampf34rgevej 22 (or: PO Box 2593)
DK-2100 Kobenhavn -
Denmark

et

Hovenstadens Sygehusf34lleskab
Bredgade 34, opg. A.1. sal,
DK-Kobenhavn K
Denmark

ESPAGNE

E

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

En Espagne, la médecine du travail, actuellement appelée «santé au travail», est régie par la loi du 8 novembre 1995 sur la prévention des accidents du travail. Cette loi concerne tous les salariés occupés en Espagne, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, sauf quelques exceptions faisant l'objet de réglementations spécifiques (police, sécurité etc.). La loi est basée sur l'article 40.2 de la Constitution qui rend les pouvoirs publics responsables de la sécurité et de la santé sur le lieu de travail. Elle transpose en droit espagnol la réglementation européenne en la matière, notamment la Directive 89/391/CEE concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. Il s'agit là d'une réglementation de base qui fournit le cadre juridique pour la mise en œuvre des réglementations sur les aspects plus techniques des mesures préventives et qui constitue la base sur laquelle les négociations salariales peuvent remplir leur fonction spécifique. La loi espagnole met l'accent sur la prévention et l'amélioration des conditions de travail. Elle couvre quatre domaines principaux, chacun traité de manière multidisciplinaire: la santé dans les industries, la médecine du travail, la sécurité du travail et l'ergonomie et la psychosociologie appliquées. Cette réglementation générale s'applique entièrement au secteur hospitalier, l'ancienne structure devant être adaptée aux termes de la loi.

OBJECTIFS

L'objectif principal est de prévenir les risques auxquels les travailleurs pourraient être exposés lors de l'exécution de leur travail. Une telle prévention doit être planifiée par l'entreprise sur base d'une évaluation des risques inhérents au travail et de l'adoption de mesures correspondant aux catégories des risques en question.

ORGANISATION

Au niveau national, la responsabilité générale de la santé au travail incombe au ministère du travail et des affaires sociales. Toutefois, les ministères de la santé et de l'industrie ont également une certaine compétence en cette matière. Les gouvernements régionaux auxquels ces services ont été transférés ont leurs propres compétences. L'institut national pour la sécurité et la santé au travail, un organe administratif et technico-scientifique spécialisé, analyse et étudie les conditions de sécurité et de santé au travail. En collaboration avec tous les autres organes gouvernementaux régionaux compétents en la matière, il vise l'amélioration de ces conditions. Il incombe à l'inspection du travail et de la sécurité sociale de faire respecter les dispositions relatives à la prévention des risques du travail. La commission nationale de la sécurité et de la santé au travail, composée de représentants des administrations centrales et régionales et des organisations patronales et des syndicats, prodigue des conseils aux administrations publiques concernant la définition des politiques de prévention. Elle constitue la voie par laquelle les autorités sont officiellement impliquées dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Tous les employeurs sont responsables de la mise en œuvre des mesures nécessaires à la prévention des risques pour les travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Tenant compte de la taille de l'entreprise et des risques auxquels les travailleurs sont exposés, les employeurs mettent sur place

les moyens nécessaires à l'élaboration d'actions de prévention, et ce conformément aux catégories suivantes: en assumant eux-mêmes une telle activité; en désignant un ou plusieurs travailleurs pour effectuer cette activité; en créant leur propre service préventif doté des installations nécessaires, des ressources matérielles et du personnel qualifié requis; ou en faisant appel à un service externe de prévention et de protection. Les organisations de prévoyance en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles faisant partie du système de la sécurité sociale, peuvent fonctionner comme services externes de prévention et de protection. Les entreprises qui occupent un même immeuble peuvent également partager un ou plusieurs services préventifs. Actuellement les autorités sont en train de modifier la structure de base, mise en place conformément aux règlements de 1959 relatifs aux services médicaux des entreprises et stipulant que ces services doivent être créés dans les entreprises de plus de 100 travailleurs. Les nouvelles dispositions concernent tous les travailleurs quoique le système de prévention, comme mentionné, soit facultatif pour l'employeur, hormis l'obligation de créer des services préventifs dans les entreprises de plus de 500 travailleurs ou dans les industries à risques élevés et occupant au moins 250 travailleurs.

ACCREDITATION

Pour pouvoir fonctionner comme service de prévention, les agences spécialisées doivent être accréditées par les autorités responsables du travail (au niveau national ou régional) après avoir reçu l'approbation des autorités responsables de la santé. Les entreprises qui n'organisent pas le service de prévention avec une agence spécialisée doivent faire vérifier leur système de prévention tous les cinq ans au moyen d'un audit externe.

SURVEILLANCE

Le contrôle du respect des réglementations concernant la prévention des risques du travail incombe, au niveau national, au service d'inspection du travail et de la sécurité sociale, en collaboration avec l'institut national de la sécurité et de la santé au travail. La commission nationale de la sécurité et de la santé au travail surveille les activités des organes administratifs concernés et peut faire des rapports ou fournir des propositions concernant ces activités.

FINANCEMENT

Les employeurs doivent payer tous les frais liés aux exigences réglementaires de la protection des travailleurs. Toutefois, la loi prévoit la création d'une fondation chargée de la promotion de l'amélioration des conditions de sécurité et de santé sur le lieu de travail, particulièrement dans les petites entreprises. Cette fondation, qui est responsable devant la commission nationale de la sécurité et de la santé au travail, est financé en partie par le fonds de prévention et de réadaptation provenant du surplus de la gestion des organisations de prévoyance en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles du système de la sécurité sociale (les ÇMATEPSS). D'autre part, ce fonds est également utilisé en partie pour les activités des services de prévention des MATEPSS. Le calcul du financement est basé sur le temps nécessaire aux activités relatives à la santé au travail par employé et par an, par exemple. Dans ce but, deux catégories de travailleurs ont été définies suivant le risque qu'ils courent sur le lieu de travail ainsi que le nombre d'activités nécessaires à la protection de leur santé: -68 minutes/travailleur/an et -34 minutes/travailleur/an.

LES SERVICES DE PREVENTION

Les services internes et externes de prévention et de protection doivent conseiller les entreprises concernant les risques existants. Ils doivent procéder à ce qui suit: l'évaluation des facteurs de

risques pouvant affecter la santé des travailleurs ; la conception et la mise en place de programmes de prévention appropriés; la définition des priorités lors de l'adoption des mesures préventives appropriées et le contrôle de leur propre efficacité pour informer et former les travailleurs; l'administration des premiers secours; l'élaboration de programmes d'urgence et de surveillance pour la santé des travailleurs en rapport avec les risques professionnels, particulièrement pour les travailleurs les plus exposés (tels que les femmes enceintes ou venant d'accoucher, les mineurs d'âge, ceux qui sont plus sensibles à certains risques ou particulièrement exposés aux risques connus). La surveillance de la santé des travailleurs doit comprendre un examen médical avant l'embauche, un examen après une absence prolongée pour des raisons de santé ainsi que des examens médicaux réguliers. Le personnel sanitaire du service préventif doit également fournir les premiers soins et les soins d'urgence lorsque les travailleurs en ont besoin. Il doit essayer d'établir les liens éventuels entre l'exposition aux risques professionnels et les atteintes à la santé, tout en proposant des mesures visant l'amélioration des conditions de travail. Tout problème de santé des travailleurs doit être communiqué afin de pouvoir établir les liens éventuels entre de tels problèmes et les risques du travail. Les services doivent également collaborer avec les services hospitaliers et de premiers secours en vue du diagnostic, du traitement et de la réadaptation des victimes d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail. Cette collaboration concerne également les autorités sanitaires pour les activités sanitaires sur le lieu de travail ainsi que pour toute campagne sanitaire et épidémiologique projetée.

STATISTIQUES

Le tableau ci-dessous fournit les données sur les entreprises et les travailleurs en date du 31 décembre 1997. Quelques secteurs tels que l'agriculture et l'administration publique ne sont pas inclus.

Travailleurs par entreprise	Nombre d'entreprises	Nombre de travailleurs
1-5	753 691	1 497 031
6-49	204 879	2 849 244
50-249	16 149	1 569 811
250-499	1 705	591 360
500-999	786	542 238
1 000 ou plus	630	2 237 355
Total	977 840	9 287 039

Instituto Nacional de la Salud (Insalud)
 C/Alcalá 56
 E-28014 Madrid
 Spain

FRANCE

F

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

La France fut le premier pays au monde à organiser des services de médecine du travail pour l'ensemble de la sa population active.

CHAMP D'APPLICATION

En théorie la loi s'applique dans tous les domaines privés et publics pour tous les employés, y compris les fonctionnaires, les emplois temporaires et les employés à la journée. En pratique 80 à 90 % de la population active est couverte.

ORGANISATION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE AU TRAVAIL

Les lois et règlements sont préparés au niveau gouvernemental, d'un coté par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, qui comprend des représentants des employeurs et des syndicats, les autorités publiques et des experts, et de l'autre coté par le Comité Technique des Employeurs et des Employés appartenant à l'organisation nationale de sécurité sociale.

Dans chaque Département, les autorités du travail, y compris l'inspection médicale du travail et les inspecteurs du travail, supervisent l'application des règlements, l'efficacité de services médicaux, et fournissent une assistance technique. Ceci est également assuré par les ingénieurs et hygiénistes industriels qui appartiennent aux services locaux de sécurité sociale, qui ont la possibilité de délivrer des amendes ou des récompenses aux employeurs dont les accidents du travail et les maladies professionnelles sont très élevées ou très faibles.

Dans chaque entreprise ou établissement de plus de 50 employés il existe un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, constitué de représentants du personnel et du directeur. Il se réunit tous les trois mois ou dans le cas d'un accident grave. Le médecin du travail est le conseiller du Comité.

ORGANISATION DES SERVICES DE MEDECINE DU TRAVAIL

La médecine du travail est sous le contrôle des employés et des autorités du travail. Il existe deux sortes d'organisation de la médecine du travail : les services autonomes et les services interentreprises. Les services autonomes sont mis en place par la direction, sous le contrôle du comité entreprise (le directeur et les représentants syndicaux). Les services interentreprises sont des services privés qui fournissent leurs services pour les petites et moyennes entreprises (généralement moins de 200 employés). Ces services sont établis et payés par les employeurs : chacun d'entre eux paye une contribution annuelle selon le nombre d'employés. Le comité interentreprises, ou commission de contrôle, est composé pour un tiers d'employeurs et deux tiers de représentants des employés.

L'évaluation du travail des services de médecine du travail est faite dans le rapport annuel de médecine du travail. Ce rapport est présenté au comité d'entreprise pour les services autonomes et au comité interentreprises, ou commission de contrôle, pour les services Interentreprises.

FINANCEMENT

L'employeur paye la médecine du travail, même lorsque l'employeur est l'état.

Le coût de la médecine du travail est inférieur dans les services interentreprises à celui dans les services d'entreprise. La contribution annuelle moyenne est d'environ 0,40/o du total de la masse salariale. Mais il peut être beaucoup plus élevé dans de grandes entreprises.

MISSIONS

La loi définit leurs activités.

Activités sur le lieu de travail (1/3 du temps) : amélioration des conditions de travail, hygiène générale sur le lieu de travail, ergonomie ; prévention des maladies du travail ; hygiène de l'alimentation au travail, éducation pour la santé ; épidémiologie des maladies professionnelles.

Dans tous les cas, le médecin du travail est considéré comme un conseiller à la fois de l'employeur et de l'employé.

SURVEILLANCE DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS

Cette activité est également définie par la loi.

La surveillance de la santé des employés : visite médicale préalable à l'embauche, examens annuel ou bisannuel, y compris examens biologiques en cas de risques particuliers, examens médicaux à la suite d'une absence due à une maladie professionnelle ou à un accident du travail ou toute absence de plus de trois mois.

FAITS ET CHIFFRES

La loi définit le temps qui doit être consacré à chaque employé par le médecin du travail : une heure par mois pour 20 employés, une heure par mois pour 15 travailleurs manuels, une heure par mois pour 10 employés exposés à des risques particuliers. Une infirmière peut être obligatoire sur certains lieux de travail selon le nombre d'employés : dans le secteur industriel, une infirmière par entreprise ayant entre 200 et 800 employés, deux infirmières entre 800 et 1400, et une pour chaque groupe additionnel de 600 employés, dans le secteur non-industriel, une infirmière par entreprise ayant entre 500 et 1000 employés, et une pour chaque groupe additionnel de 1000 employés.

Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
179, rue de Lourmel
F-75015 Paris
France

Fédération Hospitalière de France
33, avenue d'Italie
F-75013 Paris
France

FINLANDE

SF

En 1995, les services de santé au travail en Finlande ont fait l'objet d'une évaluation. Cette étude faisait partie du système national de suivi des services de santé au travail (SST). Elle avait été commandée par le ministère des affaires sociales et de la santé. En mai 1996, un questionnaire a été envoyé à toutes les unités SST connues en Finlande. La liste d'expédition était basée sur une première étude semblable, conduite en 1993 (RŠsŠnen et autres, 1997). Des adresses supplémentaires d'éventuelles unités SST ont été rassemblées sur la base du registre de l'institution d'assurance sociale. La liste d'expédition contenait alors 1142 adresses dont 969 se sont avérées être des adresses correctes des unités principales SST (y compris 111 filiales). A la fin de l'année 1995, le nombre global d'unités SST s'élevait donc à 1080.

Au total, 855 unités SST (88,2%) ont renvoyé l'original (80,3%) ou une forme réduite du questionnaire (7,9%). Ceux qui n'avaient pas répondu (114) ont été contactés ultérieurement par téléphone, en automne, et le nombre et les heures de travail des médecins et des infirmières du travail ainsi que le nombre de travailleurs concernés ont été enregistrés. Ces données de base ont ainsi été recueillies à partir de 945 unités principales SST (97,5%).

En tout, 1.575.000 travailleurs étaient couverts par les SST. Parmi ces derniers, 1.525.000 étaient des travailleurs salariés, et environ 50.000 étaient des travailleurs indépendants (dont 37.000 fermiers). Selon ces chiffres et selon les statistiques d'emploi nationales, 75% des travailleurs indépendants et 87% des travailleurs salariés étaient couverts par les SST à la fin de l'année 1995. Ainsi, la dépression économique du début des années 90 n'a pas affecté l'assurance SST de manière significative. En outre, la variation des pourcentages géographiques des assurés, répartis en 11 régions, était petite, le plus bas pourcentage d'assurés se situant dans la région de Michael, dans la partie est de la Finlande (78,5% des travailleurs salariés).

Quoique le nombre d'unités SST fut le même qu'en 1992, la taille moyenne des unités avait diminué, plus particulièrement des centres municipaux de santé. En même temps, la taille des unités propres aux entreprises avait augmentée, tout comme celle des unités régionales SST de l'Etat.

Les unités SST des centres municipaux de santé étaient les fournisseurs SST les plus importants en termes de nombre de personnes desservies (41 %) et de nombre d'entreprises (70%). 85% de ces entreprises occupaient moins de dix travailleurs. Les centres médicaux privés ont desservi 22% des entreprises et 15% des travailleurs. Les unités SST individuelles au sein des entreprises ont servi 28% des personnes, mais seulement 2% des entreprises. Les unités SST collectives et les unités SST régionales de l'Etat ont servi ensemble 6% des entreprises et 16% des travailleurs.

Le nombre d'emplois dans les unités SST était d'environ 4400. Sur la base des chiffres obtenus au moyen des réponses au questionnaire (rempli par 667 unités), on observe une augmentation du nombre de médecins du travail entre 1992 et 1995 (30 par an). En même temps, le nombre d'infirmières avait diminué de 10 par an, et le nombre d'aides soignantes de 34 par an. Le nombre de médecins du travail avait augmenté particulièrement dans les unités SST des centres municipaux de santé occupant le moins de médecins en 1992. Cependant, les unités SST des centres

municipaux de santé différaient toujours des autres modèles quant au nombre de médecins et d'infirmières. D'autre part, ces unités comptaient plus souvent un kinésithérapeute et un psychologue dans leur équipe SST.

Trois quarts des médecins et des infirmières, ainsi qu'un nombre légèrement inférieur de kinésithérapeutes, avaient suivi un cours de formation complémentaire (de 3 à 4 semaines) en matière de santé au travail. Quant aux postes de médecin, 426 étaient occupés par un spécialiste en santé au travail, couvrant ainsi 40% des unités SST. Les emplois à temps partiel (moins de 20 h/semaine) se retrouvaient plus chez les médecins (48%) que chez les infirmières (11 %) et les kinésithérapeutes (35 %).

Le nombre d'examens de santé et le nombre de visites du lieu de travail, par 100 personnes desservies, avaient augmenté entre 1992 et 1995. Cette évolution peut s'expliquer par le fait qu'en 1992 la balance des emplois était négative (le nombre de personnes employées en 1992 était de 7,6% inférieur au chiffre de 1991), tandis qu'en 1995 ce chiffre était positif (+ 2,6%) et ce pour la première fois en cinq ans. Le nouveau système de remboursement, entré en vigueur au début de l'année 1995 et mettant l'accent sur la prévention, a probablement pesé dans la balance également. Cependant, en raison de la courte durée du suivi, aucune conclusion définitive ne peut être tirée quant à l'évolution, puisque le nombre de visites pour cause de maladie avait également augmenté. Par conséquent, le nombre d'examens radiologiques et le nombre d'examens en laboratoire par 100 personnes était plus élevé en 1995 qu'en 1992 et ce pour chaque modèle SST.

Les unités SST ont souvent collaboré, non seulement avec des kinésithérapeutes et des psychologues, mais également avec des diététiciens, des opticiens, des hygiénistes de travail et des ingénieurs de bâtiment.

La dépression économique que nous avons connue au début des années 90 n'a pas affecté de manière significative l'infrastructure des services de santé au travail en Finlande. Il est évident que leur base juridique ainsi que le système de remboursement ont influencé la stabilité des SST en Finlande. Ces données sont cependant basées sur des informations statistiques et peuvent donc donner lieu à des informations légèrement faussées. En particulier, les données ne nous permettent pas de tirer des conclusions quant aux accords SST sur le nombre croissant de travailleurs dans des emplois atypiques, ni sur les résultats ou la qualité des services fournis.

Suomen Kuntaliitto
(Association of Finnish Local and Regional Authorities)
Toinen linja 14
FIN-00530 Helsinki
Finland

ROYAUME-UNI

GB

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

La loi de 1974 sur la santé et la sécurité au travail stipule que l'employeur (y compris les hôpitaux) a l'obligation de faire tout ce qui est réalisable, dans la limite du possible, afin de garantir que ses

travailleurs puissent bénéficier d'une sécurité raisonnable. La législation ad hoc, sous forme d'instruments statutaires dressés conformément à la loi, arrête des dispositions détaillées relatives aux mesures de sécurité, au premier secours ainsi qu'aux substances dangereuses. Il existe d'autres réglementations spécifiques concernant le bruit, la manipulation manuelle, l'utilisation des écrans et les agents biologiques. Les réglementations relatives à la gestion (tirées de la directive cadre européenne) couvrent tous les risques sanitaires.

Le Royaume-Uni comprend l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord. De manière générale, les lois émanant du Parlement du Royaume-Uni relatives à la santé et à la sécurité s'appliquent à toutes les régions. Toutefois, depuis la décentralisation récente, chaque région peut introduire des normes complémentaires. La loi impose à l'employeur un certain nombre d'obligations spécifiques relatives à la santé de ses travailleurs. De manière plus générale, la loi sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail l'oblige à assurer leur santé et leur sécurité, dans la mesure du raisonnable. Jusqu'à présent la loi ne contient aucune disposition spécifique qui oblige l'employeur à prévoir du personnel médical et infirmier qualifié sur le lieu de travail. Les réglementations de 1981 sur la santé et la sécurité (premier secours) oblige les employeurs à prévoir des équipements et des facilités adéquates et appropriées au premier secours, ainsi qu'un nombre suffisant de personnes suffisamment qualifiées et formées pour pourvoir au premier secours de leurs travailleurs.

OBJECTIFS

En général, des efforts sont fournis pour améliorer la santé du travailleur en appliquant les mesures visant la santé et la sécurité sur le lieu de travail. Il incombe à l'employeur d'identifier les risques du lieu de travail et d'en limiter les effets autant que possible.

ORGANISATION

L'administration des soins de santé sur le lieu de travail trouve son origine dans l'ère d'or de l'industrie lourde et manufacturière du début du 20^e siècle. C'est à cette époque en effet que le paternalisme était en vogue, que les maladies industrielles classiques venaient d'être identifiées et que les employeurs essayaient de ramener les gens au travail. Certains rapports sur la fourniture de services de santé au travail démontrent qu'il existait une médecine du travail ainsi qu'une hygiène du travail, et que les deux étaient intimement liées.

La loi sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail a créé la commission de santé et de sécurité en vue d'encourager et organiser la recherche, de faire des propositions pour une nouvelle réglementation, de revoir les normes, d'approuver les codes de pratique et, de manière générale, de déterminer les grandes lignes de la politique à suivre par les Inspections.

L'administration de la santé et de la sécurité (HSE) est responsable devant la commission de santé et de sécurité pour ce qui touche au respect des lois sur la sécurité. La HSE est subdivisée en plusieurs directions et divisions s'occupant de la politique, des conseils techniques et des opérations.

La HSE a recours à plusieurs mécanismes pour rassembler les informations, définir les problèmes de santé et de sécurité dans l'industrie, déterminer les champs de recherche et maintenir une cohérence dans la pratique d'observation de la loi.

Les autorités locales font également respecter la législation sur la santé et la sécurité, le plus souvent dans les établissements à peu de risques. Le décret-loi de 1978 sur la santé et la sécurité au travail (Irlande du Nord) contient des stipulations semblables pour la loi sur la santé et la sécurité au travail pour l'Irlande du Nord, où l'exécution se fait par l'agence de santé et de sécurité. (Depuis avril 1999, cette agence se dénomme à administration de la santé et la sécurité pour l'Irlande du Nord.)

ACCREDITATION

La médecine du travail a évolué de manière autonome par rapport au Service Nationale de la Santé (NHS) et vu les services de soins offerts par le NHS dans la période d'après-guerre, il n'a pas été jugé nécessaire d'en faire une obligation légale. Un code de pratiques non-statutaire fut élaboré. Des primes d'encouragement étaient accordées à ceux qui appliquaient le code. Il incombe à l'administration de la santé et de la sécurité de prendre des mesures contre les employeurs qui ne respectent pas la loi. Ce n'est pas l'administration de la santé et de la sécurité qui accrédite les services de santé au travail, mais des organes professionnels octroient des qualifications et les employeurs doivent trouver du personnel qualifié.

FINANCEMENT

Au Royaume-Uni, le traitement et la prévention ont évolué séparément. Le NHS soigne les accidentés dans les hôpitaux, tandis que les soins de santé de base sont prodigués par des généralistes. La responsabilité de la prévention incombe aux employeurs, et l'administration de la santé et de la sécurité ainsi que les autorités locales doivent faire respecter la loi.

La plus haute responsabilité politique est détenue par le département du commerce et des régions, le ministère de la santé étant également concerné. Si la fonction principale du service de santé au travail peut être considéré comme étant la prévention, la mise à disposition d'équipements pour le traitement des cas non-urgents sur le lieu de travail incombe à juste titre à l'employeur.

LES SERVICES DE PREVENTION ET DE PROTECTION

La notice annexée au code de pratiques recommande que dans des endroits à faible risques, tels que les bureaux, un secouriste devrait être prévu par 100 travailleurs, tandis que dans des endroits à moyen risques, comme dans les domaines de l'ingénierie légère et du montage, au moins un secouriste devrait être présent par 50 travailleurs.

Le code de pratiques impose aux employeurs de prévoir une salle de premiers secours appropriée, soit plusieurs salles si l'évaluation des besoins l'exige. La notice explique qu'en général ces salles sont nécessaires sur les lieux de travail à haut risques, tels que les chantiers navals, les usines chimiques, les grands chantiers de construction ainsi que les vastes lieux de travail localisés à une certaine distance des services médicaux.

FAITS ET CHIFFRES

Au Royaume-Uni, quelque 99% des firmes sont de petite taille, employant moins de 50 personnes et comptant à peu près 50% de la population active.

Au total, 8% des établissements du secteur privé font appel aux professionnels de la santé pour soigner leurs travailleurs ou pour prodiguer des conseils relatifs aux problèmes de santé au travail.

Dans ce cas-ci, les professionnels de la santé comprennent les médecins et les infirmiers, ainsi que d'autres professions alliées à la médecine, spécialistes de la médecine du travail ou non.

Le recours aux professionnels de la santé varie considérablement suivant la taille des entreprises. 2/3 des grands employeurs font appel à ces professionnels (68%), tandis que ce chiffre ne s'élève qu'à 5% pour les employeurs du secteur privé occupant moins de 25 travailleurs. Dans l'industrie manufacturière, ce chiffre est de 14%. Le chiffre élevé de recours aux professionnels de la santé dans le secteur public a pour conséquence qu'à peu près la moitié de la population active est occupée par des entreprises faisant appel à des professionnels de la santé.

National Health Service
Department of Health,
Richmond House,
79, Whitehall
GB-London SW1A 2NS
Great Britain

GRECE

GR

APERCU

I. BASE LEGISLATIVE

En Grèce, la réglementation relative aux services de santé au travail est régie par :

a) La loi de base sur la création du Service National de Santé (1397/83), y compris les services de santé au travail, qui spécifie également les autres responsabilités des centres de soins de base ;

b) La loi de base sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs sur le lieu de travail (1568/85), y compris les hôpitaux, qui a introduit ce qui suit:

Le médecin du travail (spécialisé en médecine du travail).

Le technologue (spécialisé en sécurité).

Le comité de santé et de sécurité des travailleurs.

La législation sur les limites d'exposition et les indicateurs biologiques pour l'évaluation de l'exposition des travailleurs aux facteurs à risques physiques, chimiques, biologiques et ergonomiques.

Les services de prévention (y compris l'examen médical périodique des travailleurs par le médecin du travail compétent.

Le contrôle des conditions de travail.

c) Le décret présidentiel (213/86) qui a introduit la spécialisation de la médecine du travail comportant une formation d'au moins ans (3 années de formation clinique et pratique et 1 année de cours théoriques, selon les exigences de la directive 16/93/CE de l'Union européenne).

d) L'article 40 de la réglementation relative aux maladies promulguée par l'institution d'assurance sociale, qui définit le catalogue des 52 maladies professionnelles enregistrées. Cette institution est le plus grand service d'assurance sociale en Grèce, couvrant la plus grande partie des travailleurs du pays.

- e) Le décret présidentiel (17/96) qui incorpore, dans la loi nationale, la directive 89/391/CE de l'UE concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail et qui complète la législation nationale par :
- la création de services de protection et de prévention des risques professionnels pour la santé et la sécurité des travailleurs ;
 - une évaluation écrite des risques professionnels, comme obligation de base de chaque employeur, obligation qui s'applique également à tous les hôpitaux ;
 - un livret personnel sur l'exposition aux risques professionnels ;
 - l'établissement de la réglementation relative à l'hygiène et à la santé dans chaque entreprise ou service, y compris les hôpitaux.
- l'établissement du lien entre l'environnement du travail et l'environnement général.
- f) La réforme récente visant le développement et la modernisation du Service National de Santé (2519/96), qui prévoit, dans une série d'articles, la création de services de santé au travail du premier, du deuxième et du troisième degré, au niveau des services hospitaliers centraux, régionaux et préfectoraux.
- g) La loi sur les grands accidents (catastrophes) et sur les études de leurs effets sur l'environnement.
- h) Une série de directives de l'UE (plus de 15) concernant plusieurs matières ayant été incorporées dans la loi nationale.

II. Infrastructure de la santé au travail

L'infrastructure existante comprend :

- le centre de diagnostique et le centre de santé au travail de l'institution d'assurance sociale (I.K.A.) ;
- le département de la santé et du milieu de travail de l'hôpital Elefsina, pour lequel l'embauche de personnel est en cours;
- la chaire d'hygiène professionnelle et industrielle de l'école nationale de la santé publique ;
- l'institut de recherche en matière de maladies respiratoires, de l'hygiène et de la sécurité du travail (I.E.N.T.I.A.E.) qui dépend du Ministère de la santé.

III. Professionnels de la santé au travail

- a) En Grèce, le nombre de médecins du travail - détenteurs du titre de la spécialisation en question - est inférieur à 50, tandis que seuls 20 médecins se spécialisent actuellement en médecine du travail. Les secteurs privé et public sont en manque de plus de 2.000 spécialistes en santé au travail. A ce jour, ces fonctions ne sont pour la plupart pas remplies, soit exercées par d'autres médecins de spécialisations connexes (par exemple: médecine interne ou pneumologie). Cette pratique se base des dispositions de la législation en la matière jusqu'à ce que le nombre de spécialistes en médecine du travail soit suffisant. Il n'y a que 2 centres de santé dans les régions industrielles (un à Athènes, un à Thessalonique) et 2 hôpitaux (un à Elefsina et un à AHEPA Thessalonique) qui occupent des médecins du travail.
- b) Quant aux autres professionnels de la santé, il y a :
- les surveillants de la santé publique, issus d'écoles technologiques supérieures (études d'une durée de 3 ans) et ayant reçu une formation appropriée en matière d'hygiène du travail;
 - les infirmières sociales ayant reçu une formation appropriée.
- Il n'y a que peu de hygiénistes industriels instruits à l'étranger et encore moins de fonctionnaires de santé.

IV. ASPECTS FINANCIERS

Selon les estimations officielles de l'institution d'assurance sociale, les frais relatifs aux accidents du travail des personnes assurées par cette institution s'élèvent à plus de 40 milliards de drachmes par an.

Le comité d'hygiène et de sécurité de l'association générale des travailleurs grecs évalue les frais relatifs aux maladies professionnelles à plus de 200 milliards de drachmes par an pour les travailleurs assurés par l'institution d'assurance sociale, étant le plus grand organisme mais non l'unique. Il n'existe pas de sécurité sociale couvrant les maladies professionnelles des travailleurs occupés dans les hôpitaux du service national de la santé et/ou dans les services de santé publics. Toutefois, selon la législation existante, les employeurs payent le coût des services de santé au travail. En d'autres mots, il est prévu que 1% de la contribution des employeurs couvre la prévention des risques professionnels pour les travailleurs assurés par l'institution d'assurance sociale.

REFORMES EN COURS

- a) La première réforme concerne la création et le fonctionnement de services de prévention (95/99) des risques professionnels, conformément au décret présidentiel récemment publié, définissant les termes et les procédures du permis de travail.
- b) La création de services de santé au travail dans le cadre des services de santé publique au niveau organisationnel du deuxième et du troisième degré, conformément aux dispositions visant le développement et la modernisation du service nationale de la santé (2519/96).

PRIORITES FUTURES EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL

- a) La formation d'un nombre suffisant de professionnels de la santé (surtout médecins du travail) en tenant compte des besoins existants.
- b) Le diagnostic et la prévention systématiques de (nouvelles) maladies professionnelles.
- c) La limitation et la prévention des accidents du travail et la réadaptation des victimes de ces accidents.
- d) L'appui de programmes de promotion de la santé sur les lieux de travail.
- e) Le développement et l'embauche de personnel pour infrastructures du deuxième et du troisième degré afin d'aborder les problèmes de santé au travail ne pouvant être affrontés au niveau de l'infrastructure du premier degré.
- f) Le contrôle de la qualité des activités des services de santé au travail et le contrôle efficace de la législation existante.

OBJECTIFS A LONG TERME EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL

L'alignement substantiel de ces évolutions notamment sur les pays les plus développés de l'UE.

Upourgeio Ugeias kai Pronoias
(Ministère de la Santé)
Aristotelous Street 17
GR-10187 Athens
Greece

ITALIE

I

LEGISLATION

La législation italienne relative à la santé et à la sécurité se rapporte directement à la constitution italienne qui considère la santé comme un droit fondamental devant être mis en pratique par des mesures préventives techniquement réalisables, indépendamment des coûts financiers. Le principe général qui revient souvent dans la législation (et qui est renforcé par des sanctions pénales) est justement qu'il incombe aux employeurs de prendre ces mesures techniquement réalisables afin de réduire les risques.

La législation est basée sur des décrets promulgués depuis les années 50 et a été complétée récemment par l'adoption de la loi (decreto legislativo) n° 626/94 modifiée par la loi n° 242/96, suivie de plusieurs décrets ministériels sectoriels (certains sont toujours en cours) exécutant un certain nombre de directives européennes, y compris la directive cadre 89/391/CEE. La réglementation générale est entièrement applicable au secteur hospitalier.

La liste des maladies professionnelles a été modifiée pour la dernière fois en 1994, lorsque leur nombre a été porté à 50 pour l'industrie et à 27 pour l'agriculture. Les maladies figurant sur la liste sont reconnues sans qu'il soit nécessaire de prouver leur origine professionnelle. Le lien avec l'exposition professionnelle doit être démontré pour toutes les maladies ne figurant pas sur la liste.

STRUCTURES DE LA SANTE ET DE LA SECURITE AU TRAVAIL

En 1978, la loi sur les services de santé (loi 833/78) a transféré certaines compétences de l'inspection du travail au secteur de la santé (au niveau local de l'unité sanitaire locale des districts). Depuis 1981, la mission du service de santé au travail ne consiste pas simplement à assurer le respect des lois existantes, mais également à promouvoir des changements positifs sur les lieux de travail. Depuis 1994, il existe un service de santé au travail (SST) au sein du service de prévention de chaque région sanitaire locale.

Le personnel des SST comprend des médecins du travail, des hygiénistes industriels, des pharmaciens, des ingénieurs, des conseillers en prévention sur le plan de l'environnement et du lieu de travail (profession réglementée récemment) et des infirmières.

Les principales activités des SST sont les suivantes: l'évaluation des plans de prévention élaborés sur base de l'évaluation des risques par les employeurs, les inspections, l'évaluation de la conformité aux dispositions légales des mesures prises par les employeurs, l'évaluation de la santé des travailleurs si celle-ci est demandée à la fois par le travailleur et par l'employeur, l'évaluation des plans de construction des usines avant que ne soit octroyé le permis de construire par les administrations municipales.

SERVICES INTERNES DE SANTE AU TRAVAIL

Les services de prévention et de protection des entreprises sont structurés par rapport à la taille de l'entreprise et du type de risque d'exposition professionnelle. Les entreprises ont également organisé officiellement les plans et les moyens d'urgence afin de pouvoir agir en cas d'urgence médicale.

Des examens médicaux sont effectués par un spécialiste en médecine du travail, le *medico competente*, terme italien utilisé pour définir les médecins dont la compétence et l'expérience professionnelle en matière de santé au travail sont reconnues de manière formelle.

ASSURANCE-SANTE AU TRAVAIL

L'assurance-santé au travail en Italie est organisée par une institution publique, l'institut national d'assurance contre les accidents de travail et les maladies professionnelles (INAIL), qui est

responsable devant le ministère du travail. Son directeur général est nommé conjointement par le gouvernement, les syndicats et les employeurs.

L'INAIL pourvoit également aux besoins des travailleurs handicapés. L'assurance est obligatoire pour toutes les entreprises des secteurs industriel, agricole et tertiaire. Elle est financée par les primes patronales qui varient d'un secteur à l'autre, selon le niveau de risque estimé et selon la fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles des entreprises ou lieux de travail en question.

RECHERCHE

La recherche dans le domaine de la santé au travail est surtout effectuée par les universités, par l'institut supérieur de santé (Istituto Superiore di Sanità) et par l'institut supérieur de prévention et de sécurité du travail (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro - ISPESL), qui présente son rapport au ministre de la santé et qui est un organe technico-scientifique du Service National de Santé. L'institut fonctionne également comme centre national d'information, de documentation, de recherche et d'expérimentation. L'institut est le porte-parole, en Italie, de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail établie à Bilbao (Espagne). L'ISPESL joue également un rôle dans la formulation de propositions de réglementations et dans la formation et l'éducation à la santé au travail.

LA SITUATION ACTUELLE EN MATIERE DE SANTE ET DE SECURITE

Les accidents du travail et les maladies professionnelles constituent toujours un sujet d'inquiétude pour les autorités responsables de la santé publique.

En 1999, on a enregistré 959.907 accidents du travail (872.092 dans le secteur industriel et 87.815 dans le secteur agricole).

L'incidence des maladies professionnelles enregistrées entre 1985 et 1999 montre des fluctuations de 20.000 à 30.000 notifications reconnues par an. Presque 50% des cas reconnus avait trait au bruit, les maladies provoquées par les irritants de la peau (presque 20%) étant la deuxième catégorie, suivie des maladies provoquées par la silice (juste au-dessus de 6%) et par d'autres poussières (juste en-dessous de 6%).

Bon nombre de tentatives ont été entreprises ces dernières années pour évaluer plus exactement le coût économique des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de l'absentéisme. Selon une étude approfondie basée sur les données de 1991, le coût total des accidents du travail s'élèverait à environ 3,05 % du PNB.

Selon des estimations, le coût des services publics de prévention en Italie est d'environ 3% du coût total du Service National de Santé. Les syndicats et les associations scientifiques ont proposé de doubler cette somme.

CONCLUSIONS

Il subsiste plusieurs points critiques nécessitant des actions :

- Le chômage, les travailleurs émigrés et l'emploi précaire en Italie peuvent affecter l'amélioration des conditions de travail et même les empirer.

- On reconnaît le besoin de mener des campagnes spécifiques et efficaces pour réduire les accidents de travail et les maladies professionnelles dans les secteurs critiques (tels que l'industrie

du bâtiment et l'agriculture) en utilisant, d'une part les instruments de contrôle et d'inspection, et d'autre part l'information et l'éducation, y compris les media.

- Les universités et les écoles techniques devraient être conscientisées quant à la nécessité d'évaluer de nouvelles situations, technologies et pratiques afin d'assurer la disponibilité de professionnels et d'experts très qualifiés. Le système éducatif devra de toute façon sensibiliser la population en matière de prévention des maladies liées au travail.

- Chaque programme de travail du gouvernement devra prêter une attention permanente à la santé et à la sécurité sur les lieux de travail.

Ministero della Sanità
Piazzale dell' Industria 20
I-00144 Roma
Italy

IRLANDE

IRL

INTRODUCTION

Avant 1989, la loi relative à la sécurité au travail était organisée de manière rudimentaire en Irlande. La Commission Barrington, qui a été mise sur pied pour examiner la sécurité au travail, a constaté que 20% seulement des travailleurs étaient couverts par la législation qui était désuète. La protection légale résultait principalement de jugements prononcés dans des procédures civiles intentées contre des employeurs. Selon le droit commun, l'employeur avait l'obligation générale de prévoir pour les travailleurs un lieu de travail sûr, des équipements sûrs et un système de travail sûr. Néanmoins, les changements dans la loi de l'Union européenne et une plus grande intégration européenne ont servi de catalyseur pour une nouvelle législation.

LA LOI DE 1989 SUR LA SECURITE, LA SANTE ET LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL

La loi sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail a été adoptée en 1989. Elle constitue la pièce maîtresse de la législation relative à la santé publique et à la sécurité sur le lieu de travail jamais décrétée en Irlande. La loi de 1989 attribue la responsabilité du maintien de la sécurité tant à l'employeur et qu'aux travailleurs. En outre, elle impose à l'employeur de préparer un plan de sécurité en rapport avec le lieu de travail et de consulter les employés sur les méthodes à adopter pour la sécurité au travail. Cette loi est entièrement applicable au le secteur hospitalier.

La loi de 1989 anticipe également sur la directive CE de 1989 concernant la sécurité du travail. Celle-ci était appelée la Directive cadre en raison des principes généraux qu'elle contient. Les directives européennes sont introduites dans la loi nationale irlandaise par voie de réglementations, également appelées actes statutaires. Un nombre de directives existaient avant 1989 (entre autres sur l'exposition à l'amiante et au bruit sur le lieu de travail), d'autres se sont ajoutées en même temps que la directive CE (p. ex. sur les équipements de travail, les équipements de protection individuelle ainsi que sur la manutention manuelle) et d'autres encore ont été promulguées après

cette période (p. ex. sur les substances cancérigènes et les risques biologiques). Les réglementations spécifiques ont également été introduites en 1993-1995 pour protéger les femmes enceintes, les personnes travaillant avec des agents chimiques et biologiques ou avec des produits cancérigènes et celles qui travaillent dans l'industrie de la construction.

LA REGLEMENTATION DE 1993

La réglementation de 1993 sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail (application générale) (acte statutaire n° 44 de 1993) prévoit des détails pour les principes généraux établis dans la loi de 1989 et introduit également 7 directives CE sur la sécurité et la santé, y compris la directive cadre, qui devait coïncider avec l'arrivée du marché unique. La législation spécifique contenue dans ces réglementations relatives au maintien du bien-être des travailleurs se résume comme suit:

- le lieu du travail - normes de sécurité pour la ventilation, la température, l'éclairage, la surface des sols, les portes et sorties, les installations sanitaires
- les équipements de travail - appropriation, réduction des risques, information et instruction des travailleurs, dispositifs de contrôle, arrêts d'urgence, dispositifs de sécurité et d'avertissement et maintenance
- les équipements de protection individuelle - l'employeur doit prendre des mesures de protection de la tête, des pieds, des yeux et du visage, du système respiratoire, de l'ouïe, du corps, des bras et des mains.
- les écrans de visualisation - les obligations de l'employeur en relation avec l'écran, le clavier, l'espace, l'éclairage, la réflexion et la lumière éblouissante ; l'organisation de contrôle des yeux et la disponibilité de dispositifs de correction
- l'électricité - e.a. moyens de protection contre les chocs, dispositifs de protection des lignes aériennes.
- premiers secours - ils doivent être adéquats et indiqués de manière appropriée. Les équipements doivent être accessibles aisément et une chambre de premiers secours doit être prévue dans les lieux de travail de grande taille, utilisés pour la première fois après le 31 décembre 1992.
- manipulation manuelle des charges - La partie VI des règlements de 1993 mérite une attention particulière. Les accidents dus à la manipulation manuelle comptent pour 30% des accidents notifiés et les lésions dorsales sont la cause la plus importante des problèmes de santé et de l'absentéisme sur le lieu de travail. La 4ème directive individuelle EC de 1989 contient les principes généraux en rapport avec la manipulation manuelle. Elle recommande d'éliminer les risques, et en cas d'impossibilité, d'évaluer le risque et de le réduire et de former et d'informer les travailleurs.

L'AUTORITE RESPONSABLE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE

L'autorité responsable de la santé et de la sécurité (HSA) a été instituée par la loi de 1989 relative à la sécurité, la santé et le bien-être au travail comme un organe national responsable de tous les aspects de la sécurité et de la santé au travail. La HSA prodigue des conseils et donne des orientations. Elle est également responsable du respect de la loi sur la sécurité et de la santé au travail. Le conseil d'administration de la HSA est constituée de représentants des organisations patronales, des syndicats et du Gouvernement. Ses ressources proviennent uniquement du département de l'entreprise et de l'emploi.

Les fonctions de la HSA sont les suivantes :

- faire respecter la législation sur la sécurité du travail, en particulier par des inspecteurs
- procéder à la révision de la législation existante

- promouvoir, encourager et favoriser la prévention des accidents et des atteintes à la santé sur le lieu de travail
- fournir des informations et de conseils
- délivrer les licences pour certaines activités.

Il combe aux inspecteurs de la santé et de la sécurité de la HSA de faire respecter la loi. Les pouvoirs des inspecteurs comprennent:

- le pouvoir d'entrer, d'inspecter, d'examiner et de perquisitionner les locaux à tout moment
- requérir la production de livres, registres, dossiers (écrits à la main ou autres), certificats, notes, documents, cartes, plans et tout autre document
- examiner ou analyser tout article ou substance.

La loi de 1989 permet aux inspecteurs de procéder à des poursuites en cas de non respect ou de signifier des notifications d'amélioration ou d'interdiction.

FACULTE DE MEDECINE DU TRAVAIL DU COLLEGE ROYAL DES MEDECINS EN IRLANDE

L'objectif de la faculté de médecine du travail est de promouvoir la science, l'art et la pratique de la médecine du travail, de promouvoir l'éducation, les études et la recherche en matière de médecine du travail ainsi que d'agir en tant qu'organe de consultation d'autorité. La faculté représente également la spécialité de la médecine du travail dans les conseils internationaux, nationaux et régionaux et donne des conseils dans toutes les matières concernant la médecine du travail pour l'enregistrement des spécialités en Irlande.

LA LOI DE 1989 SUR LA SECURITE, LA SANTE ET LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL

Obligations des employeurs

- Assurer autant que possible la sécurité, la santé et le bien-être au travail
- Concevoir, prévoir et maintenir un environnement de travail qui est sûr et sans risque pour la santé
- Prévoir des moyens sûrs d'accès et de sortie
- Usine et appareillage sûrs
- Méthodes de travail sûrs
- Contrôler et éliminer les risques ou prévoir des vêtements ou équipements de protection appropriés
- Préparer des plans d'urgence appropriés
- Assurer la sécurité et la prévention des risques en relation avec l'utilisation de tout article ou de toute substance
- Prévoir des installations appropriées
- Obtenir le service d'un expert conseil là où cela s'avère nécessaire

Obligations des travailleurs

- S'occuper raisonnablement de leur propre sécurité et de celle de toute autre personne pouvant être concernée par leurs actes ou leurs omissions sur le lieu de travail
- Coopérer avec l'employeur
- Utiliser les vêtements, équipements et appareils de protection prévus pour des raisons de sécurité

- Signaler, dans un délai utile, tout défaut qui pourrait mettre en danger la sécurité

Exigences concernant la sécurité

A - Un employeur est obligé de préparer ou de faire préparer un plan de sécurité :

- identifier les dangers et évaluer les risques
 - spécifier les arrangements faits et les ressources prévues
 - spécifier la coopération requise des travailleurs
 - désigner les personnes responsables de l'exécution des tâches
- les mesures de sécurité doivent être écrites et montrées aux travailleurs

B Consultation et représentant de sécurité:

- obligation de l'employeur de consulter les travailleurs
- droit des travailleurs de faire des démarches
- les travailleurs peuvent élire et désigner parmi les leurs un Représentant de la sécurité

Department of Health
Hawkins House,
Hawkins Street
IRL-Dublin 2
Ireland

LUXEMBOURG

LUX

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

La médecine du travail au Luxembourg appelée Santé au Travail est régie par les lois du 17 juin 1994 sur la Sécurité et la Santé des travailleurs au travail et les services de santé au travail. Ces lois cadres contiennent les principes généraux de la sécurité et la santé des travailleurs et l'organisation des services de santé au travail. Elles ont été complétées par les règlements d'application transposant en droit luxembourgeois, les dispositions du droit communautaire en la matière respectivement précisant le mode de fonctionnement des services de santé au travail.

OBJECTIFS

Assurer la protection de la santé des travailleurs sur les lieux de travail par l'organisation de la surveillance médicale et de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

CHAMP D'APPLICATION

Seuls les salariés privés rentrent dans l'application de la loi sur l'organisation des services de santé au travail, les fonctionnaires d'état, les fonctionnaires communaux et des communautés européennes en sont exclus.

ORGANISATION DE LA SECURITE ET DE LA SANTE AU TRAVAIL

L'inspection du travail et des mines, dépendant du ministère du travail est chargée de contrôler l'application des réglementations en matière de prévention, sécurité du travail et des installations dans les entreprises.

La division de la santé au travail, dépendant du ministère de la santé est chargée de contrôler l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail.

Le conseil supérieur, comprenant des représentants du ministère de la santé et du travail, des représentants des médecins du travail, des employeurs et des salariés est chargé d'établir des priorités en matière de prévention, de proposer des programmes de prévention et d'information ou de formation et d'en faire l'évaluation.

ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

Chaque entreprise doit

¥ soit créer son propre service si le nombre de ses salariés est supérieur ou égal à 5000 ou si 100 au moins de ses 3000 salariés occupent des postes à risques.

¥ soit se grouper avec d'autres entreprises pour créer un service interentreprises de santé au travail

¥ soit adhérer au Service National de Santé au travail

¥ Il reste la possibilité pour une entreprise de créer son propre service à condition qu'il emploie son médecin du travail à temps plein. Ce service doit recevoir un agrément régulièrement renouvelé du ministère de la santé.

FINANCEMENT

Le coût du Service National est couvert par les cotisations de tous les employeurs, mais ne doit pas dépasser 0,20% de la masse salariale prise en considération pour la cotisation à l'assurance pension. Les examens complémentaires sont compris dans la cotisation.

Pour les autres services, les cotisations sont fixées chaque année par l'assemblée générale du service, uniquement représentée par le patronat. Les examens complémentaires sont supportés en plus par les entreprises.

Le taux de cotisation n'est pas établi en fonction du risque de l'entreprise ou du salarié.

MISSIONS

L'employeur est tenu d'analyser et d'évaluer les risques professionnels dans son entreprise et d'éliminer ou de diminuer les dangers au travail.

Le médecin du travail est tenu d'identifier les risques, d'aider à les supprimer, de surveiller les facteurs du milieu du travail susceptibles d'affecter la santé, d'adapter les conditions de travail à l'homme et de surveiller la santé des travailleurs par les examens médicaux.

Le nombre minimal des médecins du travail est fixé par la loi, c'est-à-dire un médecin du travail pour 5000 salariés, mais les grosses entreprises à risques doivent créer leur propre service pour 3000 salariés avec un médecin du travail à temps complet.

SURVEILLANCE DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS

Les examens médicaux sont obligatoires avant l'embauche, mais seuls les postes à risques bénéficient d'un examen périodique dans des délais différents selon le type de risques. Le médecin du travail peut également de sa propre initiative ou sur l'initiative du salarié, de l'employeur ou des délégués syndicaux revoir un salarié en raison soit de problèmes de santé, soit des conditions particulières de travail. Un examen médical de reprise est prévu après 6 semaines d'arrêt de maladie.

Le médecin du travail ne peut donner des soins qu'en cas d'urgence. Il ne doit pas contrôler les absences au travail, son activité est incompatible avec une activité libérale. Il peut déclarer les maladies professionnelles. Il n'a pas le droit sous peine de sanction de demander une sérologie VIH/SIDA. Il n'a pas de devoir particulier envers les populations à risques (femmes enceintes, personnes handicapées), autre que celui qu'il veut bien se donner lors des examens d'embauche.

FAITS ET CHIFFRES

En date du 1 janvier 1995, sept services de santé au travail ont été créés ou restructurés depuis l'entrée en vigueur de la loi. Il y a 5 services interentreprises (le Service national de Santé au travail qui s'occupe surtout des petites entreprises avec 105.000 affiliés, le Service de santé au travail de l'industrie avec 39.000 salariés, le service du secteur financier avec 21.000 travailleurs, le service du secteur aciérie de l'ARBED et filiales (9.000 affiliés) et le secteur hospitalier avec 5400 travailleurs) et 2 services d'entreprises (le service des Chemins de Fer (3.200 salariés) et Dupont de Nemours Luxembourg (13.000 salariés).

Actuellement, 35 médecins du travail sont formés ou en voie de formation et travaillent à temps plein dans les 7 services. Pour les nouveaux services interentreprises, l'essentiel de l'activité médicale a été consacré aux examens d'embauche alors que les services d'entreprise qui existaient déjà avant la loi, ont procédé surtout aux examens médicaux périodiques.

Le texte de loi de 1994 est actuellement en cours d'amendement pour rectifier les imprécisions et imperfections au niveau de son application pratique.

Entente des Hôpitaux Luxembourgeois
13, rue Jean-Pierre Sauvage
L-2514 Luxembourg-Kirchberg
Grand Duchy of Luxembourg

PAYS-BAS

NL

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

Aux Pays Bas, les dispositions sur les conditions de travail dans les entreprises sont régies par la loi sur la santé au travail (Arbowet) qui est une loi cadre sur laquelle les décisions et les règlements ultérieurs peuvent être basés. Dans le passé, des règlements matériels concrets contrôlés par l'Etat ont joué un rôle important sur le plan des conditions de travail. Ces prescriptions concrètes peuvent être trouvées dans la décision relative au travail (Arbobesluit) et dans les règlements du travail (Arboregeling). Il incombe à l'inspection du travail de surveiller le respect des règlements. La loi sur la santé au travail a été révisée pour la dernière fois en 1994. Un nouveau projet de loi vient d'être présenté au parlement; ce projet devra remplacer la loi sur la santé au travail actuellement en vigueur.

Selon la loi sur la santé au travail, l'adoption d'une politique de santé au travail incombe à l'employeur en collaboration avec les travailleurs. La politique de santé au travail n'est pas considérée comme quelque chose de séparé, mais comme faisant partie intégrante de la politique

globale de gestion. Au cours des dernières années, la responsabilité des employeurs relative aux conditions de travail a augmenté considérablement par l'extension de leur responsabilité financière en cas d'absentéisme et d'invalidité. En effet, une politique saine de santé au travail permet de réduire le coût dû à l'absentéisme et à l'invalidité.

La disposition la plus importante de la loi sur la santé au travail oblige l'employeur d'adopter une politique structurée pour la santé au travail. Pour ce faire, il se base sur l'inventaire et l'évaluation des risques (RIE). L'employeur doit identifier les risques potentiels de l'entreprise et décider des mesures à prendre pour réduire ces risques. Les risques en question se situent à la fois sur le plan de la sécurité et de la santé et sur le plan du bien-être. Pour la mise en pratique de la politique RIE, les employeurs doivent se faire aider par un service de santé au travail. Les services de santé au travail sont des agences indépendantes agréées qui soutiennent les entreprises dans le domaine de la santé au travail et de la politique de l'absentéisme. La loi sur la santé au travail énumère cinq obligations pour lesquelles l'employeur doit se faire aider par un service de santé au travail.

LES RISQUES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ

Le secteur des soins de santé est caractérisé par un travail à hauts risques. Ceci a également des répercussions sur le degré d'absentéisme et sur le nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité, qui dans le secteur des soins de santé est en moyenne de 40% plus élevé que dans le secteur marchand. La fatigue physique, le stress au travail et les services spéciaux et irréguliers sont les facteurs les plus marquants. La fatigue physique s'observe tant parmi le personnel infirmier et soignant (soulever, la position durant le travail) que parmi le personnel technique (pousser, transporter). Le stress au travail est particulièrement lié au travail lourd, parfois combiné d'un stress émotionnel considérable, ainsi que de possibilités de réglementation limitées et de difficultés sur le plan des relations de travail. D'autres risques du travail ont un rapport avec les substances dangereuses, les agents biologiques (risque d'infection) et les conditions physiques (par ex. le climat).

RÉSULTAT DE LA POLITIQUE ADOPTÉE

Au cours des dernières années, les institutions de santé ont fourni les efforts nécessaires à l'amélioration des conditions de travail et à l'enracinement des activités dans une politique structurée. Les institutions ont notamment essayé de développer une politique relative aux efforts physiques (soulever), aux substances dangereuses, aux heures de travail et aux pauses ainsi qu'aux risques d'infections. Un système de soins médicaux au travail a également été développé dans la plupart des institutions. Une enquête récemment menée par l'inspection du travail montre néanmoins que des améliorations sont encore nécessaires. La plupart des institutions font en effet un inventaire et une évaluation des risques, mais les mesures requises ne sont pas souvent prises. Il apparaît également que les problèmes liés au stress au travail se retrouvent dans beaucoup d'institutions. Un taux élevé d'absentéisme et un grand nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité semblent également indiquer que le travail dans le secteur des soins de santé n'est pas toujours sain.

L'amélioration des conditions de travail dans le secteur des soins de santé entraîne cependant un problème structurel. En effet, les institutions sont financées sur base des budgets et il est donc difficile pour les institutions de réserver des moyens suffisants pour investir dans de meilleures conditions de travail n'apportant pas de profit immédiat.

En 1996, le nombre d'emplois dans le secteur des soins de santé était de 527.000. Au cours de la même année, le nombre d'emplois dans le secteur marchand était de 4.244.000. Aux Pays-Bas,

quelque 10% de la population active travaille dans le secteur des soins de santé. En 1997, les dépenses totales des soins de santé s'élevaient à 63,4 milliards. Les dépenses des soins de santé exprimées en pourcentage du produit national brut s'élevaient à 9,1% (Source : CBS, JOZ).

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
(Postbus 9696, 3506 GR Utrecht)
Oudlaan 4
NL-3515 GA Utrecht
The Netherlands

PORTUGAL

P

INFORMATIONS GENERALES ET DEFINITION

La santé au travail au Portugal est régie par la loi cadre sur la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de travail - décret-loi 441/91 du 14 novembre - qui a transposé en droit portugais la directive cadre 89/391/CEE du 12 juin. Ce décret-loi, qui a été révisé et légèrement modifié en 1999, fut conçu pour garantir l'introduction et la création des conditions nécessaires à une mise en œuvre effective des mesures relatives à la sécurité et à la santé au travail dans les secteurs privé, coopératif, public et social, dans chaque entreprise, établissement, lieu de travail ainsi que pour les travailleurs indépendants.

Le texte de ce décret-loi a été proposé dans le cadre de la concertation sociale, un conseil national comprenant des représentants du gouvernement, des syndicats et des associations d'employeurs, sous forme d'accord économique et social de 1990 et d'accord spécifique de 1991 sur la sécurité et la santé au travail. Cette proposition a été signée par tous les organes siégeant au conseil, après avoir été approuvée à l'unanimité dès la première fois. Le texte peut donc être considéré comme un véritable paradigme pour la concertation sociale. Il a été ratifié sans aucune modification par le décret-loi 441/91 susmentionné, qui est entré en vigueur en juillet 1992.

Depuis cette date, des efforts considérables ont été fournis pour régler l'organisation et le fonctionnement des activités de sécurité et de santé au travail comme prévu par le décret-loi 26/94 du 1er février. En raison des difficultés liées à l'application de cette réglementation, celle-ci a été révisée suite au débat qui a eu lieu entre les principaux partis politiques représentés au parlement portugais. Elle a été modifiée par la loi 7/95 du 29 mars. En 1999, une nouvelle proposition de révision a été soumise au parlement. Elle sera vraisemblablement approuvée en 2000.

La dite réglementation (décret-loi 26/94 modifié par la loi 7/95) et la transposition en droit portugais des directives complémentaires CEE concernant la santé des travailleurs ont remplacé l'ancienne législation sur la médecine du travail (1962 et 1967), les anciennes réglementations générales sur la sécurité (pour l'industrie, le commerce et les bureaux) ainsi que toutes les autres réglementations spécifiques sur la sécurité, l'hygiène et la santé au travail et sur les conditions de travail.

Entre 1960 et 1990, les seuls cours de troisième cycle et de maîtrise officiellement reconnus en matière de santé au travail étaient ceux organisés par l'Institut supérieur d'hygiène Dr. Ricardo

Jorge et l'Ecole Nationale de Santé Publique de Lisbonne et par les facultés de médecine de Coimbra et d'Oporto. La plupart des diplômés étaient des médecins du travail. Il se présente dès lors une situation complexe, partiellement due au manque de tradition d'une pratique multidisciplinaire généralisée en matière de sécurité et de santé au travail. Ce manque notoire de formation et d'exercice pratique de professionnels non-médicaux et de techniciens qualifiés et agréés était aggravé par le fait que bon nombre d'entreprises, de départements et d'instituts de l'administration publique n'avaient guère créé des services de santé au travail. Ce n'est que récemment que de nouveaux cours en sécurité et en santé au travail, destinés à d'autres secteurs, ont été introduits dans les universités, les établissements d'enseignement secondaire et les écoles commerciales. En outre, il existe des difficultés d'agrégation des professionnels ayant acquis leur aptitude professionnelle grâce à la pratique et l'application du système d'accréditation des services de santé au travail n'a pas encore été institutionnalisée. C'est la raison pour laquelle la réglementation est sujette à de nombreuses critiques.

OBJECTIFS

Les principaux objectifs sont la réalisation de bonnes conditions ergonomiques pour chaque travailleur, la mise en application de programmes et de services de sécurité, d'hygiène et de santé au travail, et la promotion de la santé sur le lieu de travail. En plus de ces résultats explicites, les objectifs devront favoriser une amélioration de la productivité et de la qualité des services et des biens produits.

HOPITAUX PUBLICS

Au Portugal, la majorité des hôpitaux sont organisés par les pouvoirs publics comme faisant partie du Service National de Santé. Tout comme les hôpitaux privés, certains hôpitaux publics disposent de services de santé au travail. Il existe très peu d'hôpitaux publics ayant un programme de sécurité; la plupart d'entre eux ont un programme de surveillance des conditions d'hygiène et de toxicité dans les salles d'opération et de lutte contre les infections hospitalières.

Sur base de l'accord de 1996 et des négociations à moyen et à long terme, l'administration publique et les syndicats avaient décidé de réviser la réglementation concernant la sécurité et la santé au travail dans le secteur public. En utilisant le décret-loi 441/91 comme référence, le groupe d'experts et de représentants, constituant le comité de concertation chargé de cette tâche, a préparé des projets de loi visant l'harmonisation, par voie de législation, des conditions relatives à la sécurité et à la santé au travail dans l'administration publique. Trois vecteurs fondamentaux ont été pris en considération : la prévention des risques professionnels, le rétablissement et la réadaptation. Comme résultat, le groupe d'experts, représentant le gouvernement et les syndicats, a élaboré les projets de législation suivants :

le décret-loi n° 83/98 du 3 avril, concernant la création du conseil de sécurité et de santé au travail pour les administrations publiques (la réglementation étant annexée)

le décret-loi n° 448/99 du 17 novembre, concernant les modes d'application du système légal régissant la sécurité, l'hygiène et la santé au travail dans les administrations publiques. Ce décret-loi, entré en vigueur le 1er janvier 2000, comporte toutes les obligations spécifiques résultant de la loi cadre relative à la création des services publics de santé au travail et abroge le décret-loi n° 191/95 du 28 juin

le décret-loi n° 503/99 du 20 novembre, qui approuve le nouveau système légal applicable aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dans les services de l'administration publique.

ORGANISATION

Il incombe principalement au gouvernement, par le biais du Ministre de l'Emploi et du Ministère de la Santé, de définir les politiques, la législation et la réglementation et d'en garantir l'applicabilité sur base des accords et des lois élaborés en collaboration avec les syndicats et les associations d'employeurs.

Les employeurs sont responsables de l'élaboration des programmes de prévention et des projets concernant les services de sécurité et de santé au travail, ainsi que de leur exécution de leur préservation. Le coût de cette obligation légale relative à ces services est entièrement supporté par les employeurs (et par le gouvernement en tant qu'employeur, pour ce qui concerne les administrations publiques).

Les entreprises de plus de 800 travailleurs (400 selon le projet actuel de révision du décret-loi n° 26/94) et les entreprises (ou établissements) engagées dans des domaines présentant des risques de maladies professionnelles, sont légalement tenues d'avoir un service interne de santé au travail (leur propre service privé). Tous les autres employeurs peuvent soit créer leur propre service interne, soit s'affilier à un service de sécurité et de santé au travail interentreprises, soit conclure un contrat avec un service externe de santé au travail. Chacune de ces options de service de prévention doit disposer des appareils, des équipements et des installations nécessaires et impliquer suffisamment de professionnels médicaux et techniques ayant une formation spécifique en sécurité et santé au travail. La législation permet soit un service de santé au travail multidisciplinaire, soit la coexistence de deux services de prévention spécialisés, l'un pour la santé au travail, l'autre pour la sécurité du travail. Ceci permet à l'employeur d'opter pour des solutions différentes en matière de sécurité et de santé. Dans ce cas, les deux services spécialisés doivent couvrir conjointement et complémentirement la totalité des obligations légales de l'employeur concernant la sécurité et la santé au travail. Le système légal fixe un plafond de maximum 1.000 travailleurs par médecin du travail, mais ne détermine pas le nombre de travailleurs pouvant recevoir des soins d'autres professionnels du service de santé au travail.

Au niveau national, la surveillance est assurée par l'inspection du travail (dépendant du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale et intégrée dans l'institut national de développement et d'inspection des conditions de travail). La Direction générale de la Santé (du Ministère de la Santé) est chargée de la surveillance des services de santé au travail et du personnel de santé de ces services.

La Direction générale de la Santé est responsable de la certification et de l'enregistrement des médecins pour la pratique de la santé au travail. Elle peut autoriser la pratique temporaire des médecins sans formation spécifique en médecine du travail, sous certaines conditions et pourvu qu'ils acceptent de suivre un cours de troisième cycle ou du niveau maîtrise en médecine du travail au cours des trois premières années d'exercice de leurs activités. Il existe un registre actualisé des médecins ayant le titre de spécialiste en médecine du travail décerné par l'ordre des médecins, un registre des médecins ayant suivi un cours de troisième cycle ou de maîtrise ainsi qu'un registre des médecins auxquels l'aptitude pour pratiquer la médecine du travail a été conférée par l'ordre des médecins dans les années 60 et 70.

Le mécanisme d'accréditation des services internes, interentreprises et externes de santé au travail ne fonctionne pas encore. Néanmoins, les normes proposées pour le système d'accréditation ont été élaborées et bon nombre de services ont déjà communiqué, aux autorités nationales, les informations jugées nécessaires à l'obtention de cette accréditation.

SITUATION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

Le système national de santé comprend le Service National de Santé (service public dépendant du Ministère de la Santé) et le secteur privé de santé. Plus de la moitié des 120.000 professionnels de la santé du Service National de Santé travaillent dans les hôpitaux. Les deux secteurs de santé (public et privé) sont légalement obligés de mettre en pratique la loi cadre, la réglementation et les autres règlements législatifs résultant de la transposition en droit national de différentes directives de l'Union européenne (e.a. sur les rayonnements, les agents biologiques, les substances cancérigènes et mutagènes, les produits toxiques, les femmes enceintes et allaitantes). En plus, le secteur public doit également tenir compte de la législation approuvée récemment pour l'administration publique ainsi que de la responsabilité accrue résultant de l'obligation de respecter et de faire respecter les prescriptions légales et de développer des modèles de bonnes pratiques et de promotion de la santé.

L'information, la formation, la participation générale ainsi que l'identification, l'évaluation et le contrôle des facteurs de risques sur le lieu de travail sont les conditions préalables essentielles à la promotion, au maintien et à la surveillance de la santé et de la sécurité de tous les travailleurs des services de santé. Ces conditions sont également indispensables pour assurer l'enregistrement continu et l'amélioration des conditions de travail et pour mettre en œuvre des activités de promotion d'un style de vie sain ainsi que des actions médicales et techniques préventives.

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Alfonso Henriques 45
P-1056 Lisboa Codex
Portugal

SUÉDE

S

RESPONSABILITÉS DE L'EMPLOYEUR

En Suède, la santé au travail est réglée dans le cadre de la législation générale sur les conditions de travail. Le principe de base de la loi sur les conditions de travail est la prévention des maladies et des accidents au travail et la création de bonnes conditions de travail en général. La loi met l'accent sur le caractère préventif des conditions de travail et sur le développement de la satisfaction de travail. Selon la loi, l'employeur a la première responsabilité des conditions de travail et prendra toutes les mesures requises pour protéger les employés contre les maladies ou les accidents au travail. Les employeurs et les employés coopéreront pour créer de bonnes conditions de travail. Si les conditions de travail le nécessitent, l'employeur fournira les services de santé au travail, dans la mesure où les activités en question l'exigent.

CONTROLE INTERNE

L'employeur examinera continuellement si les conditions de travail sont satisfaisantes. Ceci exige une planification systématique, une gestion et une inspection des activités concernées de façon à

ce que les exigences relatives aux conditions de travail soient satisfaites. Le contrôle interne comprend l'examen des accidents du travail et des risques inhérents aux activités de l'entreprise. Il implique également que les mesures requises soient prises, que les conditions de travail soient documentées et que des programmes d'action soient élaborés.

RfADAPTATION

Les employeurs sont également obligés de veiller à ce que leurs activités comprennent des services d'adaptation et de réadaptation au travail bien organisés. La loi nationale sur les assurances stipule les obligations des employeurs en vue de la réadaptation des travailleurs dont la capacité de travail a été réduite suite à une maladie. Les employeurs sont tenus d'examiner les besoins de réadaptation de ces travailleurs et devront veiller à ce que les mesures requises pour une réadaptation efficace soient exécutées. Dans ce contexte, les services de santé au travail constituent un moyen valable et fréquemment utilisé tant par les employeurs que par les travailleurs.

RESPONSABILITE DES AUTORITES

Un organe spécial de l'Etat, l'administration de la sécurité et de la santé au travail, doit veiller au respect de la loi sur les conditions de travail, sous la responsabilité du Ministère du Travail. L'administration de la sécurité et de la santé au travail dispose d'un organe central, le conseil national de la sécurité et de la santé au travail, qui élabore des règlements et des conseils spécifiant les exigences et les obligations en matière de conditions de travail de façon plus détaillée. Ce conseil national est également responsable de l'information et de la formation. Il existe un grand nombre de règlements concernant divers aspects des conditions de travail. Les autorités disposent également d'une organisation régionale, l'inspection du travail, qui visite les lieux de travail et qui peut exiger que les employeurs améliorent les conditions de travail. Ces exigences peuvent être combinées avec des injonctions ou des interdictions. Il incombe également à l'administration de la sécurité et de la santé de suivre et de promouvoir le développement des soins de santé au travail, notamment en collaboration avec les autres organisations et organes compétents.

COOPfRATION ENTRE LES PARTENAIRES SOCIAUX

Les employeurs et les collaborent ensemble au travail relatif aux conditions de travail. Des représentants des syndicats et des comités bipartites participent à la planification et au suivi des activités dans le domaine des conditions de travail. La forme et la structure des soins de santé au travail sont réglementées dans des conventions collectives conclues entre les employeurs et les organisations des travailleurs dans plusieurs secteurs. Dans le secteur du conseil de comté (en matière de santé publique et de soins médicaux) il existe une convention cadre appelée «Convention relative à la compétence sur le plan des conditions de travail et de la réadaptation - compétence 93è». Celle-ci stipule que les soins de santé au travail ou leur équivalent constituent un atout tant dans les efforts de prévention et d'environnement du travail à long terme qu'en termes d'action directe en cas de problèmes aigus relatifs aux conditions de travail ou au travail de réadaptation. Dans la convention, les partenaires sociaux affirment également qu'ils ont intérêt à veiller à ce que les soins de santé sur le lieu de travail répondent aux conditions préalables requises à la continuation de leurs activités et de leur développement.

ORIENTATION ET STRUCTURE

Les efforts fournis en vue de la protection des conditions de travail et de la réadaptation orientée vers la vie professionnelle constituent les activités centrales relatives à la santé au travail. Ces

activités sont basées sur une large gamme d'expertises en matière de médecine, de technologie, de sciences du comportement et d'organisation du travail.

La santé au travail est financée entièrement par les employeurs.

Dans toute la Suède, à peu près 73% de la population active a accès aux soins de santé au travail. Dans le secteur public (les salariés dans les secteurs médical et des soins de santé), ce chiffre est de 100%.

Il y a quelque 700 services de santé au travail à travers le pays comptant un total d'à peu près 7.000 travailleurs. Le personnel de ces services comprend des médecins, des infirmières, des ingénieurs spécialisés en sécurité industrielle, des kinésithérapeutes et des psychologues. Le personnel médical peut bénéficier d'une formation spécialisée centrée sur les soins de santé sur le lieu de travail. En général, les personnes qui travaillent dans le domaine des soins de santé au travail ont un niveau très élevé de compétence, de formation et d'expertise.

Il existe différents types de centres de soins de santé au travail. Certains centres sont propres à une industrie particulière tandis que d'autres ont conclu des conventions avec des travailleurs de différentes industries, tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Il s'agit aussi bien de centres établis localement que d'unités couvrant le pays entier. La restructuration qui est en cours vise la création de centres de santé au travail plus importants qui disposeront souvent des sections locales.

Un système spécial d'assurance-qualité a été développé pour les soins de santé au travail. L'association suédoise de sécurité et de santé au travail, les partenaires sociaux et le conseil national de la sécurité et de la santé au travail sont impliqués dans ce modèle, grâce auquel le processus d'assurance-qualité devrait conduire à la certification des activités relatives aux soins de santé au travail.

CHANGEMENTS PROJETES

Le Ministère du Travail a produit récemment un rapport sur les soins de santé sur le lieu de travail qui contient des propositions de changements de la loi sur les conditions de travail. Ces changements devraient apporter une clarification de l'obligation des employeurs d'organiser des services de santé au travail ainsi que la coordination de cette obligation avec les règlements relatifs à l'inspection interne des conditions de travail et du travail de réadaptation. Le rapport propose également qu'une définition des soins de santé sur le lieu de travail soit incorporée dans la loi sur les conditions de travail.

Landstingsförbundet (Fédération des Conseils Généraux)
(PB 70491, 107.26 Stockholm)
Hornsgatan 20
S-10727 Stockholm
Sweden