

Ces principes fondamentaux de l'éthique (autonomie, bienfaisance et équité), ainsi que les étapes de l'analyse éthique qui y sont associées, sont applicables à la fois au traitement de l'information dans la pratique quotidienne de la santé au travail et au traitement et à la communication des informations scientifiques. Vue sous cet angle, la question de la confidentialité des dossiers médicaux ou des résultats des projets de recherche en matière de santé au travail peut être analysée à partir des principes fondamentaux évoqués ci-dessus.

Ces informations peuvent concerner, par exemple, des risques présumés ou potentiels pour la santé au travail et elles peuvent être d'une qualité ou d'une utilité pratique relatives. De toute évidence, l'utilisation de telles informations soulève des problèmes éthiques.

Il convient de souligner que le modèle ainsi proposé pour l'étude des questions d'éthique est surtout destiné à structurer un ensemble de rapports complexes entre le salarié individuel, l'ensemble du personnel de l'entreprise et les divers intérêts représentés sur le lieu de travail et au sein de la collectivité en général. Dans le présent contexte, il s'agit en fait d'un exercice pédagogique. Il est essentiellement fondé sur l'hypothèse — que d'aucuns considèrent comme discutable sur le plan de la philosophie morale — selon laquelle il n'y aurait tout simplement pas de solution objective, logique, à un conflit d'éthique. C'est ainsi que Bertrand Russell déclarait à ce propos :

[Nous] sommes nous-mêmes les arbitres ultimes et irréfutables des valeurs, et la nature n'est qu'une partie de ce monde des valeurs. C'est ainsi que, dans ce monde, nous sommes plus grands que la nature. Dans le monde des valeurs, la nature elle-même est neutre, ni bonne ni mauvaise, ne méritant ni admiration ni blâme. C'est nous qui créons les valeurs et ce sont nos désirs qui confèrent cette valeur. Dans ce domaine, nous sommes rois et nous nous dépossédons de cette royauté si nous nous inclinons devant la nature. C'est à nous de définir ce qu'est la qualité de la vie, non à la nature, même une nature incarnée par Dieu (Russell, 1979).

En d'autres termes, l'autorité des principes éthiques, selon la définition qui en a été donnée précédemment, est déterminée par chaque individu ou groupe d'individus selon qu'ils sont d'accord ou non sur ce qui est intellectuellement ou émotionnellement acceptable.

C'est dire l'importance que revêt pour la solution des conflits et des problèmes éthiques le dialogue entre les différents intérêts en cause. Il est essentiel que toutes les personnes concernées aient la possibilité d'échanger leurs vues avec les autres personnes intéressées dans un climat de respect mutuel. Si on accepte comme une réalité de l'existence qu'il n'y a pas de solution objectivement correcte aux conflits éthiques, cela ne veut pas dire pour autant que les prises de position en matière d'éthique sont entièrement fondées sur des raisonnements subjectifs sans principe de base. Il est important de rappeler que les questions concernant la confidentialité et l'intégrité peuvent être abordées par divers groupes ou individus partant de normes et de valeurs extrêmement différentes. L'une des étapes importantes de toute analyse éthique consiste donc à élaborer la procédure régissant les contacts entre les personnes et les intérêts collectifs en cause, ainsi que les mesures à prendre pour déclencher le processus qui permettra d'aboutir à un accord ou à un désaccord sur le traitement ou le transfert des informations sensibles.

Enfin, il faut souligner que l'analyse éthique est un instrument d'examen des pratiques et des diverses stratégies d'action. Elle ne donne pas de réponses toutes faites sur ce qui est bien ou mal, ni sur ce que l'on estime acceptable ou inacceptable sur le plan moral. Elle propose un cadre permettant de parvenir à des décisions dans des situations où sont en cause les principes éthiques

fondamentaux de l'autonomie, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de l'équité.

L'éthique et l'information en matière de santé au travail

Toutes les questions et tous les dilemmes d'ordre éthique qui se posent dans la pratique et la science de la santé au travail découlent de la collecte, de l'enregistrement, de l'analyse et de l'utilisation des informations concernant des particuliers. Ces activités peuvent être accomplies régulièrement ou à la demande, en vue d'améliorer la santé et la qualité de la vie des salariés ou le milieu de travail en général. Cet objectif est en soi d'une importance fondamentale dans toute activité concernant la santé au travail. Toutefois, ces informations peuvent aussi être exploitées à des fins de sélection, parfois même de façon discriminatoire, si elles sont utilisées, par exemple, pour le recrutement ou la répartition des tâches. Les renseignements tirés des dossiers médicaux ou personnels sont en théorie potentiellement utilisables au détriment de l'individu, d'une manière qui pourrait être inacceptable ou considérée comme contraire à des principes d'éthique fondamentaux.

Il peut s'agir des données et des observations recueillies lors d'examen médicaux d'embauche, d'examen périodiques ou de programmes de surveillance sanitaire. Ces programmes et ces examens de routine sont souvent entrepris à l'initiative de l'employeur. Ils peuvent également être imposés par la loi. Ces informations peuvent aussi comprendre des renseignements recueillis lors de consultations médicales demandées par l'intéressé lui-même. Une source d'information particulièrement importante en matière de santé au travail est la surveillance biologique de l'exposition sur les lieux de travail.

Dans la pratique de la santé au travail et des recherches qui s'y rapportent, de très nombreux types de données et d'observations sont recueillis, documentés et, le cas échéant, utilisés dans une plus ou moins large mesure. Ces informations peuvent se rapporter à des états de santé antérieurs et à des comportements liés à la santé, comme les absences pour cause de maladie. Elles peuvent aussi comprendre des observations de symptômes ou des constatations faites lors d'examen cliniques ou des résultats d'examen de laboratoire de toutes sortes. Ce dernier type d'informations peut porter sur les capacités fonctionnelles, la force musculaire, la résistance physique, les capacités cognitives et intellectuelles ou comporter des jugements sur la qualité du travail à divers égards. On peut y trouver aussi, à l'autre extrémité du spectre, des données sur les atteintes à la santé, les handicaps, les modes de vie dangereux pour la santé, la consommation d'alcool, de drogue et autres stupéfiants, etc. Même si de nombreuses informations isolées de ce genre sont en elles-mêmes relativement banales ou anodines, le fait de les rapprocher et de les collecter de façon continue et dans la durée peut finir par brosser un tableau précis et complet des caractéristiques d'un individu.

Les informations peuvent être enregistrées et stockées sous différentes formes. La plus courante est l'enregistrement à la main dans les dossiers individuels. On peut aussi utiliser les bases de données informatisées sur bande magnétique et sur disquette. Vu l'énorme capacité de stockage des fichiers informatisés que tiennent les services du personnel, les bases de données constituent en elles-mêmes une menace pour le respect de l'intégrité de la personne. Les informations contenues dans ces banques de données, ces répertoires et ces fichiers pourraient, dans des mains peu scrupuleuses, constituer un instrument de pouvoir utilisable au détriment de la personne concernée.

Il serait hors de propos dans le présent article de définir quel type de renseignements constitue une information sensible ou non. Nous n'entendons pas non plus, dans ce contexte, proposer une définition pratique de la notion d'intégrité de la personne ou une formule toute faite qui permettrait de déterminer quelles sont

les informations qui sont plus ou moins sensibles au regard des principes éthiques fondamentaux. Cela n'est tout simplement pas possible. Le caractère sensible d'une information à cet égard est déterminé par son contexte et dépend d'un grand nombre de facteurs. Ce qui est important en la matière, c'est la façon dont sont appliqués les principes éthiques de base lorsqu'il s'agit de savoir par qui et de quelle manière ces données et ces informations sont traitées.

L'analyse des risques et l'information issue de la recherche

Lorsque nous avons exposé les principes d'une analyse éthique, nous avons mis l'accent sur les informations liées directement ou indirectement à la santé qui figurent dans les dossiers individuels tels que les dossiers médicaux ou les dossiers des services du personnel. Il existe toutefois, tant dans la pratique que dans la science de la santé au travail, d'autres types d'informations qui, de par leur établissement, leur traitement et leur utilisation, posent des questions d'éthique et peuvent même être la source de conflits entre plusieurs principes éthiques. Cependant, on peut généralement analyser ces informations en prenant comme point de départ les principes de l'autonomie, de la bienfaisance et de l'équité. Il en est ainsi, par exemple, des analyses de risque et des évaluations de risque. Lorsque des informations utiles sur un risque pour la santé en milieu de travail sont délibérément soustraites à la connaissance des salariés, il y a fort à parier qu'une analyse éthique montrera clairement qu'il y a violation de ces trois principes de base. Et, cela, indépendamment du fait que l'information est considérée ou non comme confidentielle par l'une des parties en cause. Le problème se pose lorsque les informations sont peu sûres, insuffisantes ou même inexacts. Des jugements très différents peuvent même être portés sur leur validité, mais cela ne modifie en rien la structure fondamentale des questions d'éthique en cause.

Dans la recherche sur la santé au travail, il est très fréquent que des informations relatives à des projets de recherche passés, présents ou futurs doivent être communiquées au personnel. Si des salariés ont été pris comme sujets de recherche sans qu'on leur explique les finalités et l'ensemble des implications de ce projet, et sans avoir recherché le consentement donné en pleine connaissance de cause par toutes les personnes concernées, l'analyse éthique montrera qu'il y a eu violation des trois principes de base de l'autonomie, de la bienfaisance et de l'équité.

Il va sans dire que la technicité et la complexité de la recherche peuvent soulever des difficultés pratiques de communication entre les chercheurs et les autres personnes concernées. Cette difficulté ne modifie pas, en elle-même, la structure de l'analyse ni les questions d'éthique qui se posent.

Les sauvegardes

Il existe plusieurs sauvegardes administratives qui peuvent être appliquées pour protéger les informations dites sensibles. Les plus courantes sont les suivantes:

1. *Secret et confidentialité.* Le contenu des dossiers médicaux et des autres documents classés comme concernant la santé peut être considéré comme secret ou confidentiel au sens juridique de ces termes. Il y a lieu d'indiquer toutefois que toutes les informations de ce type n'ont pas nécessairement un caractère sensible. Ces dossiers contiennent aussi des données qui peuvent être communiquées librement sans porter préjudice à quiconque. Il y a aussi l'obligation faite aux membres de certaines professions de ne pas révéler les informations qui leur ont été communiquées sous le sceau du secret. Il en est ainsi parfois des consultations données dans le cadre de relations dites «de

confiance». Il peut s'agir, par exemple, de renseignements sur la santé ou de toute autre information traitée dans le cadre de la relation médecin-malade. Ce type d'informations pourra être protégé par la loi, par des conventions collectives ou par des codes de déontologie.

Il faut toutefois préciser que le concept d'informations sur la santé n'a pas — de même que la notion de santé — de définition pratique opérationnelle. Il est donc sujet à diverses interprétations.

2. *Autorisation d'accéder à l'information.* C'est une exigence qui peut être imposée aux chercheurs qui ont besoin des renseignements personnels contenus dans les dossiers médicaux ou dans les dossiers de sécurité sociale.
3. *Consentement donné en connaissance de cause comme condition de la collecte de données et de l'accès aux dossiers contenant des informations sur les particuliers.* Le principe du consentement en toute connaissance de cause, qui assure un droit de codécision à la personne intéressée, est une pratique reconnue par la loi dans de nombreux pays pour tous les domaines touchant la collecte de données personnelles et l'accès à ces données. Le principe du consentement en connaissance de cause est de plus en plus largement reconnu comme élément à part entière du traitement des données personnelles. Il suppose que la personne concernée a, par principe, le droit de décider quelles sont les informations qui peuvent être recueillies, à quelles fins, par qui et selon quelles méthodes, à quelles conditions et sous réserve de quelles sauvegardes administratives ou techniques conçues pour empêcher tout accès non autorisé et non souhaité.
4. *Sauvegardes techniques destinées à protéger les données informatisées.* Il peut s'agir, par exemple, de diverses méthodes de codage et de chiffrement conçues pour empêcher l'accès non autorisé à des dossiers contenant des renseignements personnels ou — si cet accès est légitime — pour empêcher l'identification de la personne dans la base de données (garantie d'anonymat). Il faut toutefois préciser que l'anonymat par codage ou masquage du nom ou d'autres renseignements concernant la personne, tels que le numéro de sécurité sociale, ne sont pas toujours une protection efficace contre l'identification. Les autres renseignements contenus dans un dossier personnel suffisent parfois à identifier une personne.
5. *Réglementation légale, y compris l'interdiction, l'autorisation ou la limitation de l'établissement et de l'exploitation de sources de données informatisées contenant des fichiers ou des dossiers concernant le personnel.*
6. *Code de déontologie.* Les ordres ou associations professionnelles peuvent établir des principes d'éthique applicables à la profession. Ces codes existent à la fois au niveau national dans de nombreux pays et au niveau international. Parmi les plus importants on peut citer:
 - Le *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail*, adopté par la Commission internationale de la santé au travail en 1992;
 - Les directives sur l'éthique (*Ethical Guidelines*) de l'Association internationale d'épidémiologie;
 - Les Directives internationales pour l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques adoptées par le Conseil des organisations internationales des sciences médicales.

Pour conclure cette section, nous voudrions insister une fois encore sur un principe élémentaire à respecter pour l'établissement des méthodes de collecte des données, à savoir d'éviter de recueillir des données sans avoir établi clairement au préalable leur justification et leur utilité pour la santé au travail. Les risques d'ordre éthique qu'il y a à rassembler des informations qui ne seront pas utilisées dans l'intérêt — y compris de sa santé — du salarié ou de l'intéressé sont évidents. En principe, les options et

les moyens à mettre en œuvre pour organiser la collecte et le traitement de l'information concernant les salariés se prêtent à une analyse éthique en fonction des trois critères d'autonomie, de bienfaisance et d'équité.

Les fichiers informatisés concernant le personnel

Le progrès des techniques informatiques permet désormais aux employeurs de rassembler, d'enregistrer et de traiter des informations sur de nombreux aspects du comportement et de l'efficacité de leurs salariés sur le lieu de travail. L'utilisation de systèmes informatiques perfectionnés gagne rapidement du terrain depuis quelques années, suscitant certaines préoccupations quant au risque d'ingérence dans la sphère privée. Il y a de bonnes raisons de penser que ce risque ira en s'accroissant à l'avenir. D'où la nécessité de renforcer la protection des données et de prendre toutes les précautions possibles pour éviter les atteintes à l'intégrité.

En revanche, ces nouvelles technologies ont de toute évidence des avantages considérables sur le plan de la production dans l'entreprise ou dans le secteur public, en fournissant le moyen d'améliorer l'organisation du travail ou d'éliminer les problèmes que soulèvent, par exemple, la monotonie des tâches ou les tâches courtes et répétitives. Toute la question est de savoir comment trouver un bon équilibre entre les avantages des techniques informatiques et le droit et le besoin légitimes des salariés d'être protégés contre toute violation de leur vie privée.

Le Conseil de l'Europe a adopté en 1981 une recommandation (n° R 81-1) sur les bases de données médicales et une convention sur la protection des individus en ce qui concerne le traitement automatique des données personnelles. Le Conseil de l'Union européenne a également abordé ces questions dans une directive (95/46/CE) sur la protection des individus en ce qui concerne le traitement des données personnelles et la libre circulation de ces données. Il convient d'observer que beaucoup de pays considèrent la mise en œuvre de ces réglementations sur les données personnelles informatisées comme des questions relevant des relations professionnelles.

Conclusion

Les situations pratiques comportant le traitement d'informations en matière de santé au travail impliquent des jugements de la part des professionnels de la santé au travail et de beaucoup d'autres spécialistes. La question de savoir ce qui est bien ou mal, ou plus ou moins acceptable, se pose dans la pratique de la santé au travail dans des conditions générales et culturelles extrêmement différentes. L'analyse éthique est un outil qui permet de porter des jugements et de prendre des décisions en ayant recours à des principes moraux et à des ensembles de valeurs qui peuvent aider à évaluer les différents modes d'action possibles et à choisir les plus appropriés.

● L'ÉTHIQUE DANS LES DOMAINES DE LA PROTECTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

D. Wayne Corneil et Annalee Yassi

Alors que les services de santé au travail tendent à se multiplier partout dans le monde, les ressources nécessaires pour développer et maintenir ces activités restent souvent insuffisantes pour faire face à cette croissance des besoins. Parallèlement, les frontières entre la vie privée et la vie professionnelle changeant, la question se pose de ce que peut et devrait raisonnablement être le champ

d'action de la santé au travail. Les programmes de dépistage de la toxicomanie ou de la séropositivité au VIH sur les lieux de travail ou ceux de consultations sur les problèmes personnels sont des manifestations évidentes de l'imprécision croissante des limites entre la vie privée et la vie professionnelle.

Du point de vue de la santé publique, il y a de bonnes raisons pour ne pas compartimenter les comportements en matière de santé en fonction de divers facteurs tels que le mode de vie, le lieu de travail ou l'environnement dans son ensemble. S'il est tout à fait louable de vouloir éliminer la toxicomanie et d'autres causes de détérioration physique ou mentale, la façon dont ces problèmes sont abordés sur le lieu de travail n'est pas sans danger sur le plan de l'éthique. Il faut aussi veiller à ce que les mesures prises pour lutter contre ces comportements ne se substituent pas à d'autres mesures de protection de la santé. Le présent article a précisément pour objet d'examiner les questions d'ordre éthique que posent la protection et la promotion de la santé sur le lieu de travail.

La protection de la santé

La protection individuelle et collective des travailleurs

Si un comportement respectueux de l'éthique est indispensable dans tous les domaines des soins de santé, il est souvent plus difficile à définir et à promouvoir dans le cadre de la santé au travail. Le clinicien chargé de dispenser les soins de santé primaires se doit d'accorder la priorité aux besoins du malade, alors que le professionnel de la santé collective se doit de tenir compte des besoins du groupe. Pour sa part, le professionnel de la santé au travail doit s'occuper à la fois du malade et de la collectivité — du travailleur, mais aussi de la population active et du public en général. Cette pluralité d'obligations peut être la source de conflits de responsabilités.

Dans la plupart des pays, les travailleurs ont un droit incontestable, et garanti par la loi, à être protégés contre tout danger sur leur lieu de travail, et c'est précisément le but que doivent poursuivre les programmes de santé au travail. Les questions d'ordre éthique liées à la protection des travailleurs contre les risques professionnels découlent généralement du fait que l'employeur a, ou croit avoir, financièrement intérêt à ne pas prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé des travailleurs. La position éthique que doivent prendre les professionnels de la santé au travail, elle, est très claire. Comme l'affirme le *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail*, reproduit dans le présent chapitre: «Les professionnels de la santé au travail doivent toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la sécurité et de la santé des travailleurs».

Le professionnel de la santé, qu'il soit salarié ou consultant, est souvent l'objet de pressions pour qu'il déroge aux principes de l'éthique en matière de protection de la santé. Il peut même arriver qu'un salarié le prie de plaider en sa faveur en cas de problème juridique, ou que le salarié ou le professionnel lui-même estime que l'entreprise n'a pas pris les mesures de protection de la santé requises.

Pour réduire au minimum ces conflits de la vie réelle, il est nécessaire de déterminer les attentes de la société, les incitations du marché et les infrastructures à mettre en place pour contrebalancer les inconvénients financiers que l'employeur subit ou croit subir lorsqu'il prend des mesures de protection de la santé des travailleurs. Il peut s'agir, notamment, de réglementations précises exigeant des pratiques sûres sous peine de fortes amendes en cas d'infraction, ce qui, en retour, exige une infrastructure permettant de les faire appliquer. Cela peut aussi être un régime d'indemnisation des travailleurs qui encourage les pratiques de prévention. Ce n'est qu'au moment où les facteurs sociaux, les

normes, les attentes de la société et la législation traduisent l'importance reconnue à la protection de la santé au travail qu'une pratique conforme à l'éthique pourra s'épanouir.

Le droit à être protégé contre les situations et les actes dangereux d'autrui

Il est une autre question d'ordre éthique qui se pose parfois en matière de protection de la santé: c'est le cas où un travailleur constitue lui-même un risque professionnel. Au nom de la pluralité de leurs responsabilités, les professionnels de la santé au travail doivent toujours considérer que les membres de la collectivité (la main-d'œuvre et le public en général) ont le droit d'être protégés contre les actes d'autrui. Nombreuses sont les législations où «l'aptitude au travail» signifie non seulement l'aptitude du travailleur à effectuer un travail donné, mais également son aptitude à accomplir ce travail sans faire courir de risques indus à des collègues ou au public. Il est contraire à l'éthique de priver quelqu'un d'un emploi (c'est-à-dire de le déclarer inapte au travail) en raison de son état de santé, alors que rien ne prouve que cet état de santé diminue son aptitude à accomplir ses tâches en toute sécurité. Néanmoins, des constatations cliniques peuvent parfois amener à penser qu'un travailleur constitue un risque pour autrui alors que les données scientifiques permettant de fonder cette déclaration d'inaptitude sont faibles ou même inexistantes. Par exemple, l'autorisation donnée à un travailleur de conduire une grue alors qu'il est sujet à des accès de vertige non diagnostiqués peut avoir des conséquences extrêmement graves. Il peut même être contraire à l'éthique de permettre à quelqu'un d'assumer ce genre de responsabilité dans un cas pareil.

Le problème de l'équilibre entre les droits individuels et les droits collectifs n'est pas propre à la santé au travail. Dans la plupart des législations, la loi oblige tout professionnel de la santé à signaler aux autorités de la santé publique les cas de maladies sexuellement transmissibles, de tuberculose ou les mauvais traitements infligés aux enfants, même s'il y a en l'occurrence violation du droit des intéressés à la confidentialité. À défaut de directives précises pour l'orienter dans ses jugements, les principes de l'éthique exigent du professionnel de la santé au travail qu'il utilise dans la mesure du possible la documentation scientifique existante pour étayer ses jugements, tout en faisant intervenir son propre jugement de spécialiste. Il convient donc, lors des examens médicaux et autres examens exigés pour les emplois comportant des responsabilités particulières, d'associer ces considérations relatives à la santé publique et à la sécurité aux préoccupations à prendre en compte en faveur du travailleur concerné. Seuls des motifs de cet ordre peuvent justifier les tests de dépistage de la toxicomanie et de l'alcoolisme — si tant est qu'ils soient légitimes du point de vue de la santé au travail. Le Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail affirme à cet égard:

Là où l'état de la santé d'un travailleur et la nature de son poste sont tels qu'ils mettent en danger la sécurité des autres, le travailleur doit en être clairement informé. Lorsqu'il existe une situation où les risques sont particulièrement élevés, la direction, et, si la réglementation nationale l'exige, l'autorité compétente, doivent être informées des mesures nécessaires à la sécurité des autres personnes.

L'accent mis sur l'individu tend à faire négliger ou à faire oublier complètement l'obligation qu'a le professionnel de protéger les intérêts de la société en général ou même de certains groupes particuliers. Par exemple, lorsque le comportement d'un individu devient un danger pour lui-même ou pour les autres, à quel moment le professionnel doit-il intervenir au nom de la collectivité et passer outre aux droits individuels? Ces décisions peuvent avoir d'importantes répercussions pour les prestataires de programmes d'aide aux salariés (PAS) qui s'adressent à des tra-

vailleurs atteints dans leur santé. Il importe de bien comprendre en quoi consiste l'obligation de prévenir les collègues ou les clients pouvant avoir recours aux services de ces travailleurs, même si cette obligation entre en conflit avec la nécessité de préserver la confidentialité à laquelle ces personnes ont droit. Le professionnel, nous l'avons déjà dit, ne saurait se réfugier derrière la confidentialité ou la protection des droits individuels.

Les programmes de promotion de la santé

Les hypothèses et le débat

Les hypothèses qui sous-tendent généralement les activités visant à promouvoir un changement dans les modes de vie des travailleurs sont les suivantes:

1) les décisions des salariés concernant leur manière de vivre (exercice, nourriture, tabagisme et gestion du stress) ont un impact direct sur leur santé présente et future, sur leur qualité de vie et sur leurs performances au travail; 2) un programme financé par l'entreprise pour modifier positivement les habitudes personnelles des travailleurs, lorsqu'il est conduit par un personnel à plein temps, qu'il est volontaire et ouvert à tous les salariés, peut inciter ceux-ci à modifier suffisamment leurs habitudes pour influencer à la fois sur la santé et la qualité de la vie (Nathan, 1985).

Jusqu'à où un employeur peut-il aller pour modifier un comportement en dehors des heures de travail — toxicomanie ou excès de poids, par exemple — qui ne perturbe pas directement les autres travailleurs ou la performance au travail? Dans les activités de promotion de la santé, les entreprises s'engagent à jouer un rôle de réformateur pour modifier les habitudes personnelles des salariés qui sont, ou qu'elles considèrent, préjudiciables à leur santé. Autrement dit, l'employeur peut souhaiter devenir un agent du progrès social. Il peut même s'efforcer de devenir un inspecteur de la santé pour toutes les situations jugées favorables ou défavorables et appliquer des mesures disciplinaires pour garder son personnel en bonne santé. Certains fixent des limites précises qui imposent aux salariés de ne pas dépasser un certain poids. Des mesures d'incitation sont prévues qui diminuent le coût de l'assurance et d'autres avantages sociaux pour ceux des membres du personnel qui veillent à leur bonne forme physique, notamment en faisant de l'exercice. Certaines politiques sont parfois mises en œuvre pour encourager certains groupes — les fumeurs, par exemple — à renoncer à des habitudes nuisibles pour leur santé.

De nombreuses entreprises considèrent, au contraire, qu'elles n'ont pas à régir la vie privée de leurs salariés, mais plutôt à les inciter à se comporter raisonnablement. La question qui se pose en fait est celle de savoir si l'employeur a vraiment le droit d'intervenir dans un domaine tel que celui du comportement personnel. Ceux qui sont contre estiment qu'il y a là un abus de pouvoir de l'employeur. Ce contre quoi ils s'insurgent, c'est moins la légitimité des propositions en matière de santé que les raisons qui les motivent, qui leur semblent paternalistes et élitistes. Ce genre de programme de promotion de la santé peut aussi être perçu comme une forme d'hypocrisie où l'employeur ne modifie pas les facteurs organisationnels qui contribuent à la mauvaise santé du personnel, mais cherche essentiellement à réduire ses coûts.

La limitation des coûts comme principale motivation

Une caractéristique fondamentale des services de santé fournis par les entreprises est que l'entreprise n'a pas pour mission principale de dispenser des soins de santé, même si ces services peuvent être considérés comme une importante contribution à la réalisation des objectifs de l'entreprise qui sont, notamment, de produire efficacement et à moindre coût. La plupart du temps, les mesures

de promotion de la santé, les programmes d'aide aux salariés (PAS) et les services de réadaptation ne sont fournis par l'employeur que pour atteindre les buts de l'entreprise, qui sont de disposer d'une main-d'œuvre plus productive ou de diminuer le coût de l'assurance ou de l'indemnisation des travailleurs. Bien que dans leur discours les entreprises se plaisent à mettre l'accent sur l'aspect humanitaire de leurs programmes, leurs raisons et motivations profondes concernent généralement les coûts de production, l'absentéisme et les pertes de productivité qui découlent des problèmes de santé mentale liés à l'alcool et à la drogue. Il s'agit donc de finalités qui sont fort éloignées des buts traditionnels des professionnels de la santé puisqu'ils prennent en considération les objectifs de l'entreprise en même temps que les besoins du malade.

Lorsque les employeurs assument directement le coût de ces services et que ceux-ci sont fournis sur le lieu de travail, les professionnels responsables doivent nécessairement tenir compte des objectifs recherchés par l'employeur pour son entreprise et de la culture particulière du lieu de travail considéré. Les programmes peuvent être conçus à partir de la notion d'«impact minimum», ce qui obligera peut-être à des compromis sur les objectifs des services de santé, afin d'en limiter le coût. Le choix des mesures recommandées par les professionnels peut être influencé par ces considérations et les mettre parfois devant un dilemme éthique quant à l'équilibre à trouver entre ce qui est le mieux pour les travailleurs et ce qui serait plus rentable pour l'entreprise. Lorsque la responsabilité première des professionnels est d'assurer une gestion des soins dans le but déclaré de limiter les coûts, les conflits peuvent être particulièrement graves. La plus extrême prudence est donc de mise dans toute politique de soins gérée dans une telle optique, afin que les objectifs de santé ne soient pas sacrifiés aux considérations de coût.

Quels salariés devraient bénéficier des PAS? Quels types de problèmes devraient être pris en considération et quels programmes devraient être étendus aux membres de la famille des salariés et aux retraités? Il semble bien qu'un grand nombre de décisions se fondent non pas sur l'intention déclarée d'améliorer la santé, mais plutôt sur les limites à appliquer au droit aux prestations. Les travailleurs à temps partiel, qui ne sont pas couverts par les systèmes d'assurance, n'ont généralement pas accès aux PAS, afin que l'entreprise n'ait pas à ce titre de dépenses supplémentaires à assumer. Il n'empêche que les travailleurs à temps partiel ont, eux aussi, leurs problèmes qui peuvent diminuer la performance et la productivité.

Dans les arbitrages à faire entre des soins de qualité et la réduction des coûts, qui décide du niveau de qualité requis et du prix à payer? Le malade, qui s'adresse aux services, mais n'en paie pas le prix, ou le responsable des programmes d'aide, qui ne règle pas la facture, mais dont l'emploi peut dépendre du résultat du traitement? Est-ce au prestataire de services ou à l'assureur qui, en dernier ressort, paie la facture, qu'il appartient de prendre cette décision?

De même, qui décide qu'un salarié est à remplacer? Si le coût de l'assurance et du traitement impose de le remplacer, à quel moment est-il plus rentable de le faire — en cas de maladie mentale, par exemple — pour en recruter et en former un autre? Il est certain que le rôle que doivent jouer les professionnels de la santé au travail dans de telles décisions mérite un examen plus approfondi.

La participation volontaire ou la contrainte?

Les problèmes d'ordre éthique créés par une adhésion incertaine des intéressés se posent à l'évidence dans le cas des PAS. La plupart des spécialistes de ces programmes font valoir que, du fait de leur formation clinique, leur objectif qui légitime leur action est l'individu dont ils sont les défenseurs. Cette notion est liée à celle

de participation volontaire, c'est-à-dire que le client recherche librement une aide et consent à la relation qui ne dure que sous réserve de sa participation active. Même lorsque le travailleur est dirigé vers ces services par son supérieur hiérarchique ou par la direction, sa participation reste essentiellement volontaire. Les mêmes arguments sont avancés dans le cas des activités de promotion de la santé.

Cette hypothèse des spécialistes des PAS, selon laquelle leurs clients agissent de leur plein gré, est souvent infirmée dans la pratique. Cette idée d'une participation entièrement volontaire est largement illusoire. La marge de manœuvre des salariés est souvent beaucoup plus réduite qu'on veut bien le dire et la décision de recourir à ces services, lorsqu'elle est prise par un supérieur, a bien des chances d'être le résultat d'une confrontation ou d'une contrainte. Il en est de même des demandes présentées par les travailleurs eux-mêmes, qui sont le fruit d'une suggestion très appuyée d'une personne en position d'autorité. Même si les termes utilisés semblent indiquer un choix, il est évident que les choix sont effectivement limités et que la voie à suivre est déjà tracée.

Lorsque les dépenses de santé sont prises en charge par l'employeur ou par son assurance, la frontière entre vie publique et vie privée s'estompe, accentuant ainsi la possibilité d'une contrainte. Selon l'idéologie actuelle, les programmes sont toujours fondés sur une participation volontaire. Mais une activité, quelle qu'elle soit, peut-elle être entièrement volontaire dans le contexte de la vie professionnelle?

Les bureaucraties ne sont pas des démocraties et le caractère prétendument volontaire d'un comportement au sein d'une entreprise risque d'être contesté. À la différence d'une collectivité, l'employeur a une relation contractuelle relativement durable avec la plupart de ses salariés, et cette relation revêt en outre un caractère dynamique du fait des possibilités d'augmentation de salaire, de promotion ou de rétrogradation ouverte ou déguisée qu'elle implique. Cela peut aboutir, de façon délibérée ou accidentelle, à faire passer l'idée que la participation à tel ou tel programme de prévention est la norme à laquelle on ne saurait déroger (Roman, 1981).

L'éducation à la santé est aussi un domaine où il faut se garder de parler trop rapidement de participation volontaire, car ce serait sous-estimer les forces subtiles qui ont le pouvoir de modeler les comportements sur le lieu de travail. Le fait que les activités de promotion de la santé sont largement encouragées et qu'elles sont en plus gratuites peut donner l'impression que la participation n'est pas seulement soutenue, mais ardemment souhaitée par la direction. La participation est souvent associée à l'espoir d'avantages qui vont bien au-delà de la santé proprement dite. Elle peut être jugée nécessaire pour la promotion au sein de la hiérarchie ou en tout cas pour conserver un certain profil dans l'entreprise.

On peut aussi voir de la part de la direction une manœuvre subtile dans le fait d'encourager les activités en faveur de la santé qui serait décrit comme un effort sincère d'assurer le bien-être du personnel, alors que la véritable préoccupation de la direction serait en réalité de limiter ses coûts. Des incitations explicites telles que la majoration des primes d'assurance des fumeurs ou des personnes qui doivent perdre du poids peuvent sans doute favoriser la participation des salariés mais elles n'en constituent pas moins une mesure coercitive.

Les facteurs de risque individuels et collectifs

L'importance extrême que la promotion de la santé au travail accorde au mode de vie personnel comme domaine d'intervention masque les complexités qui sont à la base des comportements sociaux. Des facteurs sociaux, tels que le racisme, le sexisme ou les

préjugés de classe, sont généralement sous-estimés par les programmes qui cherchent uniquement à modifier des habitudes individuelles. Cette démarche isole le comportement de son contexte et suppose «que les habitudes personnelles sont des choses abstraites et modifiables indépendamment d'autres facteurs, et que les individus peuvent volontairement choisir de les modifier» (Coriel, Levin et Jaco, 1986).

Etant donné l'influence des facteurs sociaux, dans quelle mesure les gens peuvent-ils véritablement agir sur les risques d'atteinte à leur santé? Il est certain qu'il existe des facteurs de risque liés au comportement de l'individu, mais la structure sociale, l'environnement, l'hérédité ou même le simple hasard entrent également en ligne de compte. L'individu n'est pas seul responsable de l'apparition des maladies; or, c'est précisément ce que présuppose un grand nombre de mesures de promotion de la santé au travail.

Tout programme de promotion de la santé qui insiste trop fortement sur la responsabilité individuelle ne peut aboutir qu'à des prises de position moralisatrices.

Même si la responsabilité de l'individu est incontestablement un facteur qui entre en ligne de compte dans l'habitude de fumer, des influences sociales telles que la classe sociale, le stress, le niveau d'instruction ou la publicité jouent aussi un rôle important. En supposant que seuls des facteurs individuels sont à l'origine du phénomène, il est plus facile d'accuser ceux qui en sont victimes. Les salariés qui fument, qui ont un excès de poids ou de l'hypertension, etc., sont vus, même implicitement, comme les véritables responsables de leur état, ce qui absout l'entreprise et la société de toute responsabilité en la matière. Les salariés peuvent être déclarés responsables aussi bien de leur état de santé que du fait qu'ils ne font rien pour y remédier.

La tendance à attribuer la responsabilité au seul individu conduit à ignorer toute une série de données scientifiques. Il est prouvé en effet que les séquelles physiologiques du travail sur la santé se prolongent même après la journée de travail. Il a été amplement démontré que des liens existent entre les facteurs organisationnels (tels que la participation aux décisions, les rapports sociaux et le soutien de l'entourage, le rythme de travail, la surcharge de travail, etc.) et l'état de santé, en particulier dans le cas des maladies cardio-vasculaires. Les implications de cette relation pour l'entreprise, dans la mesure où ces interventions peuvent remplacer ou compléter une modification du comportement personnel, sont évidentes. Or, la plupart des programmes de promotion de la santé visent à modifier le comportement individuel, mais prennent rarement en considération les facteurs organisationnels.

On s'étonnera moins de la priorité ainsi accordée à l'individu lorsqu'on sait que la plupart des professionnels de la promotion de la santé, du bien-être et des PAS sont des cliniciens qui n'ont pas de formation dans le domaine de la santé au travail. Même lorsqu'un clinicien détecte des facteurs de risque sur un lieu de travail, il a rarement les qualifications nécessaires pour proposer des mesures à prendre dans l'entreprise et pour en assurer l'application.

Les attitudes qui détournent l'attention de la protection de la santé

Il est rare que des programmes de mieux-être au travail proposent d'intervenir dans la culture d'entreprise ou de modifier certains aspects du milieu de travail, tels que les styles de gestion stressogènes, la monotonie des tâches ou les niveaux de bruit. En ignorant l'effet que peut avoir le milieu de travail sur la santé, certains programmes très populaires de réduction du stress risquent d'avoir une incidence négative sur la santé. Par exemple, en axant les efforts sur la réduction du stress individuel au lieu d'essayer de modifier les facteurs qui en sont la cause, les programmes de

promotion de la santé au travail aident les travailleurs à s'adapter à des milieux malsains, ce qui, à long terme, risque d'aggraver les choses. De plus, les recherches menées dans ce domaine n'ont guère confirmé l'intérêt des méthodes cliniques. C'est ainsi qu'une étude consacrée à ce problème a montré que les programmes de réduction du stress individuel avaient moins d'effet sur la production de catécholamine que la modification des systèmes de rémunération (Ganster et coll., 1982).

Par ailleurs, Pearlín et Schooler (1978) ont constaté que si les diverses aides à l'adaptation se révèlent efficaces pour les problèmes et les difficultés d'ordre personnel et familial, elles ne le sont pas pour remédier aux facteurs de stress liés au travail. D'autres études donnent à penser également que certains comportements adoptés pour faire face à des problèmes ne font en fait qu'aggraver la situation lorsqu'ils sont appliqués sur le lieu de travail (Parasuramen et Cleek, 1984).

Les partisans des programmes de mieux-être accordent peu d'attention aux problèmes classiques de la santé au travail et, consciemment ou non, se désintéressent des risques présents sur les lieux de travail. Comme ces programmes ont tendance à ne pas tenir compte des risques de maladies professionnelles ou des dangers inhérents à certaines conditions de travail, les partisans des programmes de protection de la santé craignent que le fait d'individualiser les problèmes de santé des salariés ne soit un moyen commode pour certaines entreprises de détourner l'attention des changements — certes coûteux, mais qui réduiraient vraiment les risques professionnels — qu'il conviendrait d'apporter à la structure et à la conception des lieux de travail et des emplois.

La confidentialité

Les employeurs ont parfois le sentiment qu'ils ont le droit d'avoir accès aux informations cliniques concernant les travailleurs qui bénéficient de l'aide de professionnels de la santé. Ceux-ci ont cependant le devoir de respecter la déontologie de leur profession et, sur le plan pratique, de conserver la confiance du travailleur. La question devient particulièrement délicate en cas d'action judiciaire ou lorsque interviennent des facteurs émotionnels, par exemple en cas d'incapacité due au sida.

Les professionnels de la santé peuvent aussi être confrontés à des problèmes de confidentialité liés aux affaires et aux opérations commerciales de l'employeur. Si la branche d'activité en question est fortement concurrentielle, l'employeur souhaitera sans doute garder secrètes des informations concernant, par exemple, les projets d'organisation, de réorganisation ou de compression de personnel. Lorsque la pratique des affaires peut avoir des effets néfastes sur la santé des salariés, comment le professionnel de la santé peut-il les combattre sans risquer de dévoiler des informations relatives au produit ou à la situation concurrentielle de l'entreprise?

Roman et Blum (1987) font valoir que la confidentialité sert à protéger les professionnels de la santé contre des contrôles trop stricts. Au nom du principe de la confidentialité vis-à-vis du client, beaucoup d'entre eux refusent les contrôles de la qualité ou l'évaluation de leurs performances par des collègues, qui pourraient révéler qu'ils ont outrepassé les limites de leur formation ou de leur compétence. C'est un facteur éthique important à prendre en considération, étant donné le pouvoir qu'a le conseiller d'influer sur la santé et sur le bien-être de ses clients. D'où la nécessité pour le professionnel de la santé de préciser exactement au client la nature de l'intervention qu'il propose, c'est-à-dire ce que le client peut ou ne peut pas en attendre.

La confidentialité des informations collectées par des programmes qui sont axés davantage sur les individus que sur les systèmes peut être préjudiciable à la sécurité de l'emploi du travailleur. Les données relatives à la promotion de la santé risquent d'être utili-

sées abusivement pour influencer sur la situation d'un salarié vis-à-vis de l'assurance santé ou de questions de gestion du personnel. Lorsque les données sont présentées de façon globale, il est parfois difficile d'être sûr qu'elles ne serviront pas à identifier des salariés, notamment lorsque la main-d'œuvre considérée est restreinte.

Lorsque les systèmes d'exploitation des données cliniques des PAS attirent l'attention sur une unité ou un lieu de travail particuliers, les professionnels de la santé hésitent beaucoup à les communiquer à la direction. Parfois, ils se réfugient derrière le devoir de confidentialité pour cacher en fait leur incapacité de formuler des propositions raisonnables en vue d'une intervention que la direction risque de fort mal accueillir lorsqu'elle implique une critique du comportement de la hiérarchie ou des pratiques de l'entreprise. Malheureusement, les cliniciens n'ont pas toujours les compétences nécessaires sur le plan de la recherche et de l'épidémiologie pour étayer leurs observations par des données suffisamment sûres.

Les autres questions qui se posent concernent l'utilisation abusive des informations par divers groupes d'intérêts. Les compagnies d'assurance, les employeurs, les syndicats, les associations de consommateurs et les professionnels de la santé risquent de faire un mauvais usage de données collectives et individuelles recueillies dans le cadre d'une activité de promotion de la santé.

Certains peuvent se servir de ces données pour refuser le bénéfice de services ou la couverture d'une garantie à des salariés ou à leurs survivants lors de procédures judiciaires ou administratives portant sur une indemnisation ou une déclaration de dommage. Les participants aux programmes de santé peuvent être tentés de croire que la «garantie de confidentialité» qui leur est donnée par ces programmes est inviolable. Les responsables de ces programmes ont le devoir d'indiquer clairement aux salariés que, dans certains cas (enquêtes judiciaires ou administratives, notamment), les données personnelles collectées par les programmes peuvent être communiquées à d'autres parties.

Des données globales peuvent aussi être utilisées abusivement pour transférer une responsabilité sur quelqu'un d'autre. L'accès à ces informations n'est pas toujours équitable, dans la mesure où les données collectives peuvent n'être accessibles qu'aux représentants des entreprises et non pas aux individus qui souhaitent bénéficier de certaines prestations. En communiquant des données qui montrent l'influence que les habitudes personnelles de certains travailleurs ont pu avoir sur leur état de santé, les entreprises peuvent limiter les informations concernant leurs propres pratiques qui ont, elles aussi, contribué à créer le problème.

Les données épidémiologiques concernant les tendances des états de santé ou des facteurs liés au travail ne doivent pas être collectées de manière à en faciliter l'exploitation par l'employeur, l'assureur, le régime d'indemnisation ou les clients.

Les conflits d'intérêts avec les valeurs d'autres professions ou services

Les normes et les valeurs de certaines professions peuvent être en conflit avec des pratiques déjà en place au sein d'une entreprise. La méthode de la confrontation utilisée par les programmes contre l'alcoolisme au travail risque, lorsqu'elle est appliquée à d'autres troubles ou à d'autres incapacités, d'être inefficace ou contraire aux valeurs d'autres professions; pourtant le professionnel de la santé qui travaille dans ce contexte peut être l'objet de pressions pour l'amener à utiliser ce type de méthodes.

Les relations d'ordre éthique avec des prestataires de services extérieurs doivent aussi être prises en considération. S'il est clairement précisé dans les programmes d'aide aux salariés que les professionnels de la santé se doivent d'éviter de diriger un salarié sur un service de traitement auquel ils sont eux-mêmes étroitement liés, les services de promotion de la santé n'ont pas été aussi fermes dans la définition de leurs relations avec des prestataires

extérieurs auxquels les salariés aimeraient avoir à faire pour un problème lié à leurs habitudes personnelles. Les arrangements entre les PAS et les prestataires particuliers qui aboutissent à ce que des traitements soient confiés à certains services pour le plus grand profit de ces prestataires plutôt que pour les besoins cliniques du patient sont un exemple évident de ce type de conflits d'intérêts.

Il y a aussi la tentation de recruter des individus qui ne sont pas qualifiés dans le domaine de la promotion de la santé. D'une façon générale, les experts en PAS ne possèdent pas la formation requise dans les techniques d'éducation à la santé, de physiologie ou des techniques de remise en forme pour assurer convenablement de telles activités. Pour la direction d'une entreprise qui instaure et gère ces programmes, la question de leur coût est primordiale, et elle est donc moins portée à examiner les compétences des professionnels pour choisir les plus qualifiés, sachant que cela ne peut qu'augmenter le coût du programme par rapport à ses avantages.

Le recours à des collègues de travail pour des services de ce genre pose d'autres problèmes. Il a été démontré que le soutien d'un groupe de collègues pouvait atténuer les effets sur la santé de certains facteurs de stress au travail. De nombreux programmes ont su exploiter l'influence positive de ce type d'appui en faisant appel à des collègues ou à des groupes de solidarité pour jouer un rôle de conseil et d'assistance. Toutefois, si ces collègues peuvent apporter une certaine aide complémentaire, ils ne sauraient remplacer des professionnels de la santé qualifiés. Les collègues en question ont besoin d'un programme d'orientation solide qui aborde notamment les pratiques d'éthique et qui n'aille pas au-delà de leurs limites ou de leurs qualifications personnelles, que ce soit délibérément ou par manque d'information.

Les tests de dépistage de la drogue

Ces tests de dépistage sont devenus la véritable bouteille à l'encre de la réglementation et de l'interprétation juridique et ils ne sont révélés efficaces ni pour le traitement ni pour la prévention. Un rapport de l'Institut national de recherche (National Research Institute) (O'Brien, 1993) a conclu que ces tests ne contribuent guère à décourager la consommation d'alcool ou de drogue, et d'autres données indiquent qu'ils n'influent guère non plus sur la performance au travail.

Un test positif peut être très révélateur des habitudes personnelles d'un salarié, mais ne rien indiquer quant à son niveau de handicap ou à sa capacité de travail.

Les tests de dépistage de la drogue sont considérés comme un moyen commode pour les employeurs de se débarrasser de leurs salariés, sauf les moins vulnérables, parce qu'ils résistent plus. Le problème est de savoir jusqu'où peut aller l'entreprise. Peut-on faire des tests de dépistage pour des comportements compulsifs tels que le jeu ou pour des troubles mentaux tels que la dépression?

Il y a aussi le problème des entreprises qui pourraient avoir recours au dépistage pour détecter certaines déficiences indésirables (par exemple, une prédisposition aux maladies cardiaques ou aux lésions dorsales) et prendre des décisions concernant le personnel à partir d'informations de ce genre. À l'heure actuelle, ces pratiques semblent se limiter aux questions de la couverture par l'assurance maladie, mais combien de temps encore cette limite résistera-t-elle à des directions d'entreprise principalement soucieuses de réduire leurs coûts?

La pratique du dépistage de la drogue encouragée par les pouvoirs publics, ainsi que la possibilité qui se profile déjà à l'horizon de dépister des gènes défectueux et d'exclure des groupes entiers de salariés qui coûtent trop cher au régime d'assurance maladie se fondent sur la vieille hypothèse selon laquelle ce seraient les caractéristiques des travailleurs, et non le travail, qui

expliquent les incapacités et les dysfonctionnements, justifiant ainsi que l'on en impute aux travailleurs les coûts sociaux et économiques. On en arrive ainsi une fois de plus à placer les facteurs individuels, et non le travail, au centre des activités de promotion de la santé.

L'exploitation par le client

Il est parfois évident pour le professionnel de la santé que les travailleurs essaient de profiter abusivement des services de santé fournis par un employeur ou par son assureur, ou par le régime d'indemnisation des travailleurs. Ce sont notamment les demandes de rééducation manifestement peu réalistes ou les simulations pures et simples pour obtenir des compensations financières. Des méthodes doivent être mises au point pour faire face à ces comportements et des mesures appropriées doivent être prises en tenant compte néanmoins de certaines réalités cliniques telles que les réactions psychologiques à une incapacité.

Les activités sans réelle efficacité

En dépit du vaste plaidoyer dont a pu faire l'objet la promotion de la santé sur le lieu de travail, les données scientifiques permettant d'en évaluer l'efficacité sont rares. D'une façon générale, la profession ne semble pas s'être attaquée aux questions d'éthique que soulève notamment le fait de promouvoir des activités sans base scientifique suffisante ou de donner la préférence à certains services plutôt qu'à d'autres moins rémunérateurs, mais dont l'effet bénéfique a été prouvé.

Aussi curieux que cela puisse paraître, rares sont les services proposés dont on peut prouver qu'ils contribuent à réduire les coûts, l'absentéisme, les dépenses de santé, la rotation du personnel ou à augmenter la productivité. Les études sont mal conçues et rares sont celles qui font appel à des groupes de comparaison ou qui prévoient un suivi à long terme. Les quelques études répondant aux normes de la rigueur scientifique n'ont pas réellement apporté la preuve de l'efficacité de l'investissement effectué.

Certains indices donnent à penser également que les participants aux activités de promotion de la santé sur le lieu de travail sont généralement des personnes relativement bien portantes :

Dans l'ensemble, il semble que, par rapport à ceux qui n'y participent pas, les participants à ce genre d'activités sont des non-fumeurs, qui s'intéressent davantage aux questions de santé, se considèrent comme étant en meilleure santé et apprécient les activités physiques, notamment l'aérobic. On constate aussi que les participants ont moins souvent recours aux services de santé et sont plus jeunes (Conrad, 1987).

Il est possible que les individus à risque ne fassent pas appel aux services de santé.

Même lorsqu'on a la preuve de l'utilité de certaines activités et que tous les professionnels sont d'accord sur la nécessité de faire un suivi de ces programmes, ce suivi n'est pas toujours assuré. En général, les programmes d'aide aux salariés se concentrent sur le dépistage de cas nouveaux et ne consacrent que peu de temps à la prévention sur les lieux de travail. Soit les services de suivi sont inexistantes, soit ils se limitent à une ou deux visites après le retour au travail. Vu la forte probabilité de rechute chez les alcooliques ou les toxicomanes, il semble bien que les PAS ne donnent pas assez d'importance à la continuité des soins — ce qui est très coûteux — pour donner la préférence aux activités qui rapportent davantage.

Les examens médicaux pour l'assurance et la détermination des prestations

De même qu'il est difficile aujourd'hui de distinguer ceux des facteurs de la vie privée ou de la vie au travail qui affectent la santé, il est difficile également de distinguer les personnes en

forme ou bien portantes de celles qui ne le sont pas. En conséquence, au lieu de limiter les examens pour l'assurance ou l'octroi de prestations à la question de savoir si un travailleur est malade ou handicapé ou s'il ne l'est pas, et s'il « mérite » par conséquent une prestation, on se rend compte de plus en plus souvent aujourd'hui qu'en apportant certaines modifications au poste de travail et grâce à des activités de promotion de la santé, le travailleur peut reprendre son poste alors même qu'il souffre d'une maladie ou d'une incapacité. « L'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale » est même un principe inscrit dans l'une des conventions internationales du travail, la convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985.

La nécessité de lier les mesures de protection de la santé aux activités de promotion de la santé est d'autant plus importante que l'on a affaire à des travailleurs présentant des pathologies particulières. De même qu'un malade peut refléter la pathologie de tout un groupe, de même un travailleur ayant des besoins spécifiques peut refléter les besoins de la totalité d'un personnel. Les changements apportés au lieu de travail pour faciliter la vie professionnelle de ces travailleurs conduisent souvent à des améliorations qui profitent à tous les autres. Les traitements et les activités de promotion de la santé fournis aux travailleurs ayant des problèmes de santé particuliers peuvent réduire les coûts d'exploitation de l'entreprise en diminuant les prestations d'assurance et de réparation des lésions professionnelles. Mais, ce qui est plus important encore, c'est que cette manière de procéder est conforme à l'éthique.

Sachant qu'une rééducation et une réadaptation rapides des travailleurs victimes d'un accident sont rentables pour l'entreprise, de nombreux employeurs ont adopté des programmes qui prévoient des mesures rapides d'intervention, de rééducation et de retour au travail sous réserve de quelques modifications du poste de travail. Parfois, ces programmes sont financés par les commissions de réparation des accidents du travail, qui ont pris conscience du fait qu'aussi bien l'employeur que le travailleur sont pénalisés si le régime de prestations pousse l'intéressé à rester malade au lieu de chercher à se réadapter physiquement, mentalement et professionnellement.

Conclusion

Le *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé* (reproduit dans le présent chapitre) pose les principes de base destinés à faire en sorte que les activités de promotion de la santé ne détournent pas l'attention des mesures de protection de la santé, et à encourager des pratiques conformes à l'éthique dans le cadre de telles activités. Le Code dispose que :

Les professionnels de la santé au travail peuvent contribuer à la santé publique de différentes façons, en particulier par leurs activités d'éducation sanitaire, de promotion de la santé et de dépistages précoces d'atteinte à la santé. Lorsqu'ils prennent part à des programmes ayant de tels objectifs, les professionnels de la santé au travail doivent rechercher la participation des employeurs et des travailleurs en vue de la conception et de la mise en œuvre de ces programmes. Ils doivent aussi prendre des mesures pour protéger la confidentialité des données personnelles et des données de santé des travailleurs.

Enfin, il n'est pas inutile de répéter que la meilleure manière de respecter des pratiques éthiques en matière de santé au travail est d'étudier le lieu de travail et l'infrastructure sociale nécessaire pour promouvoir les intérêts de l'individu aussi bien que ceux de la collectivité. C'est ainsi que la réduction du stress, la promotion de la santé et les PAS, qui ont jusqu'à présent visé presque exclusivement les individus, devraient prendre en compte les fac-

teurs institutionnels propres au lieu de travail. Il importe aussi de veiller à ce que ces activités ne se substituent pas aux mesures de protection de la santé.

● ÉTUDE DE CAS: LES DROGUES ET L'ALCOOL SUR LES LIEUX DE TRAVAIL — CONSIDÉRATIONS D'ÉTHIQUE

*Behrouz Shahandeh
et Robert Husbands*

Introduction

La gestion des problèmes d'alcool et de drogue sur les lieux de travail peut placer l'employeur devant des dilemmes d'ordre éthique. Quelle que soit la solution qu'il choisira en pareil cas, il lui faudra trouver un juste équilibre entre le respect des individus qui ont un problème de ce genre, l'obligation d'une bonne gestion des ressources financières des actionnaires et celle de garantir la sécurité des autres travailleurs.

Même si le plus souvent les mesures préventives et curatives sont conformes à l'intérêt des travailleurs autant que de l'employeur, il peut se faire que, dans d'autres cas, ce que l'employeur conçoit comme étant bon pour la santé et le bien-être des travailleurs soit considéré par ceux-ci comme une grave entrave à leur liberté individuelle. Il se peut aussi que les mesures prises par l'employeur pour des raisons de sécurité et de productivité apparaissent comme inutiles, inefficaces et constituant une ingérence injustifiée dans la vie privée.

Le droit au respect de la vie privée au travail

Les travailleurs considèrent le respect de leur vie privée comme un droit fondamental. Dans certains pays, il s'agit d'un droit garanti par la loi, mais d'un droit qui sera diversement interprété selon le besoin de l'employeur de faire en sorte, entre autres choses, que sa main-d'œuvre soit fiable, bien portante et productive et que les produits et les services qu'offre l'entreprise ne présentent aucun danger pour les consommateurs et le public en général.

Normalement, le travailleur, quand il consomme de l'alcool ou des drogues, le fait en dehors des heures et des lieux de travail. Dans le cas de l'alcool, il peut aussi en consommer au travail si les règlements locaux le permettent. Toute intervention de l'employeur liée à la consommation de drogue ou d'alcool par les travailleurs doit être justifiée par des raisons impératives et s'effectuer, à coût plus ou moins égal, selon les méthodes les moins indiscrettes possibles.

Deux pratiques suivies par les employeurs pour repérer les consommateurs d'alcool ou de drogue parmi les candidats à un emploi ou les travailleurs en emploi ont déclenché une vive polémique: 1) l'analyse de substances organiques (haleine, sang, urine) pour dépister l'alcool ou une drogue; 2) les enquêtes orales ou écrites sur la consommation présente ou passée d'alcool ou de drogue. D'autres méthodes d'identification telles que l'observation et la surveillance et les tests informatisés de la performance au travail sont aussi un sujet de préoccupation.

L'analyse des substances présentes dans l'organisme

L'analyse des substances présentes dans l'organisme est sans doute la méthode de dépistage la plus discutable. Pour l'alcool, les

analyses se font généralement avec un alcoomètre ou par une prise de sang. Pour les drogues, la méthode la plus courante est l'analyse d'urine.

Les employeurs font valoir que ces analyses contribuent à la sécurité et qu'elles permettent: de prévenir la prédisposition aux accidents; de déterminer médicalement l'aptitude au travail; d'accroître la productivité; de réduire l'absentéisme et les arrivées tardives; de limiter les dépenses de santé; de conserver la confiance du public quant à la sécurité et à la qualité des produits et des services de l'entreprise; de préserver la réputation de l'entreprise; d'identifier et de réadapter les travailleurs concernés; de prévenir le vol et de décourager les comportements illégaux ou asociaux au sein du personnel.

Les travailleurs, de leur côté, soutiennent que ces analyses ne sont pas acceptables parce que le prélèvement d'échantillons biologiques constitue une ingérence dans la vie privée; que les méthodes de prélèvement sont parfois humiliantes et dégradantes, surtout s'il faut donner un échantillon d'urine sous l'œil vigilant d'un contrôleur pour empêcher toute fraude; que ces analyses ne sont pas un bon moyen de promouvoir la sécurité et la santé; et qu'un meilleur travail de prévention, une surveillance plus stricte et l'adoption de programmes d'assistance aux salariés (PAS) sont des moyens plus efficaces d'atteindre cet objectif.

D'autres détracteurs de ces pratiques avancent que le dépistage de la toxicomanie (par opposition à l'alcoolisme) ne donne pas d'indications sur une déficience au moment du test, mais seulement sur une consommation antérieure et qu'il ne renseigne donc pas sur l'aptitude présente d'un individu à faire un certain travail; que les analyses, notamment pour les drogues, exigent l'application de protocoles compliqués; que si ces protocoles ne sont pas respectés, des erreurs peuvent se produire avec d'éventuelles conséquences aussi dramatiques qu'injustes pour l'emploi de la personne concernée; et que ces analyses peuvent soulever des problèmes d'éthique entre la direction et le personnel et créer un climat de méfiance.

D'autres font valoir que les analyses sont conçues pour repérer les comportements moralement inacceptables pour l'employeur et qu'il n'y a pas de données empiriques convaincantes prouvant qu'il existe sur de nombreux lieux de travail des problèmes d'alcool ou de drogue qui exigeraient un dépistage à l'embauchage, ponctuel ou périodique, autant de méthodes qui constituent une grave ingérence dans la vie privée des travailleurs parce qu'appliquées en l'absence de présomption raisonnable. Il a aussi été affirmé que le dépistage de drogues illicites revient à faire jouer à l'employeur un rôle de gardien de la loi, ce qui n'est ni sa vocation ni dans ses attributions.

Certains pays européens, dont la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, permettent les analyses pour la détection d'alcool et de drogue, mais dans des circonstances bien précises. Il existe, par exemple, dans de nombreux pays européens, des lois autorisant la police à effectuer des tests sur les travailleurs des transports routiers, aériens, ferroviaires et maritimes quand il y a des raisons suffisantes de présumer une intoxication durant le travail. Dans le secteur privé, on procède aussi à des analyses de ce type, mais là encore, sur la base d'une présomption raisonnable d'intoxication pendant le travail et en cas d'accident ou d'incident. Certains tests à l'embauchage et, dans de très rares cas, des tests périodiques ou ponctuels ont été signalés au sujet de postes posant un problème de sécurité. Les tests ponctuels sont toutefois relativement rares dans les pays européens.

Aux États-Unis, les normes diffèrent selon que le dépistage de l'alcool ou des drogues est effectué par des établissements du secteur public ou du secteur privé. Les tests effectués par des administrations publiques ou par des entreprises agréées doivent satisfaire aux dispositions constitutionnelles interdisant une intervention abusive de la part des autorités. Cela a amené les tribu-

naux à n'autoriser le dépistage que pour les emplois où se posent des questions de sécurité et de confidentialité, mais sans restriction quant au genre de tests effectués: tests avant l'embauchage, sur présomption raisonnable, périodiques, après un incident ou un accident, ou ponctuels. Rien n'oblige l'employeur, avant d'effectuer un test, de démontrer qu'il y a une présomption raisonnable de consommation de drogue dans une entreprise ou une unité administrative donnée, ou chez un individu en particulier. Certains observateurs en ont conclu qu'une telle approche est contraire à l'éthique parce que les employeurs ne sont même pas obligés d'invoquer une présomption raisonnable de problème au niveau de l'entreprise ou de l'individu avant de procéder à un test quel qu'il soit, y compris un dépistage ponctuel.

Dans le secteur privé, il n'existe pas de restrictions fédérales constitutionnelles concernant les tests, bien qu'un petit nombre d'États américains imposent certaines limites de procédure ou de fond à la détection de la consommation de drogue. Dans la plupart des États, toutefois, les employeurs privés ne sont pratiquement limités par aucune restriction pour les analyses visant l'alcool ou la drogue; celles-ci sont pratiquées sur une échelle sans précédent par rapport aux employeurs privés en Europe qui, en général, ne recourent à ces tests que pour des raisons de sécurité.

Les enquêtes ou les questionnaires

Bien que moins perturbants que l'analyse des substances présentes dans l'organisme, les enquêtes ou les questionnaires utilisés par les employeurs pour détecter la consommation antérieure ou présente d'alcool ou de drogue constituent une intrusion dans la vie privée des travailleurs et sont sans rapport avec les exigences de la plupart des postes de travail. En Australie, au Canada, dans certains pays européens et aux États-Unis, des lois sur le respect de la vie privée applicables au secteur privé ou au secteur public exigent que ces enquêtes ou questionnaires aient un rapport direct avec le poste considéré. Dans la plupart des cas, ces lois ne restreignent pas expressément les enquêtes portant sur la consommation de certaines substances, mais, au Danemark, par exemple, il est interdit de recueillir et d'enregistrer des informations sur la consommation abusive de substances intoxicantes. De même, en Norvège et en Suède, les informations sur la consommation d'alcool et de drogue sont considérées comme des données sensibles et, en principe, elles ne peuvent être collectées que si elles sont jugées nécessaires pour des raisons précises et que leur utilisation est approuvée par l'autorité responsable du contrôle des données.

En Allemagne, l'employeur ne peut poser de questions que pour juger des capacités et de la compétence du candidat pour un certain poste. Un demandeur d'emploi a le droit de donner des réponses fausses à des questions de caractère personnel qui sont sans rapport avec le travail. Par exemple, les tribunaux ont jugé qu'une femme peut légalement répondre qu'elle n'est pas enceinte alors qu'elle l'est. Ces questions concernant la vie privée sont tranchées judiciairement au cas par cas et le point de savoir si un travailleur pouvait donner une réponse fausse à des questions sur sa consommation antérieure ou actuelle d'alcool ou de drogue dépendra probablement de l'existence d'un lien raisonnable entre l'enquête et les nécessités du poste considéré.

L'observation et la surveillance

L'observation et la surveillance sont les moyens traditionnels mis en œuvre pour détecter les problèmes d'alcool ou de drogue sur les lieux de travail. En termes simples, si un travailleur donne manifestement des signes d'intoxication ou qu'il en subit les effets secondaires, son supérieur peut s'en apercevoir par son comportement. Cette fonction de surveillance confiée au personnel d'encadrement pour déceler un problème d'alcool ou de drogue est la méthode la plus répandue, la moins controversée et celle que

préfèrent les représentants des travailleurs. Toutefois, la thèse selon laquelle la prise en charge des problèmes d'alcool et de drogue a plus de chances de réussir si l'intervention est proche pose un problème d'ordre éthique. En appliquant cette approche à l'observation et à la surveillance, les supérieurs hiérarchiques pourraient être tentés de noter tout signe de comportement ambigu ou de baisse d'efficacité au travail et d'en tirer des conclusions sur la quantité d'alcool ou de drogue que le travailleur consommait en privé. Ces observations minutieuses, conjuguées à un certain degré de spéculation, pourraient être considérées comme contraires à l'éthique, et les cadres devraient se limiter aux cas où le travailleur a nettement dépassé les limites et ne peut donc fonctionner à son poste avec un degré d'efficacité acceptable.

L'autre question qui se pose est celle de savoir ce que doit faire un supérieur hiérarchique lorsqu'un travailleur donne des signes manifestes d'intoxication. Certains observateurs estimaient auparavant que le travailleur et son supérieur devaient en parler et que ce dernier avait un rôle direct d'assistance. Toutefois, la plupart des observateurs sont maintenant d'avis que cette confrontation peut être contraire au but recherché et risque d'aggraver le problème et qu'il est préférable de diriger le travailleur sur un service médical approprié pour évaluation et, si nécessaire, consultation, traitement et réadaptation.

Les tests informatisés d'évaluation de la performance

Certains observateurs ont proposé de recourir aux tests informatisés d'évaluation de la performance pour rechercher les travailleurs qui consomment de l'alcool ou des drogues au travail. À leur avis, ces tests sont préférables à d'autres méthodes de dépistage parce qu'ils mesurent une altération actuelle et non pas une consommation antérieure, qu'ils respectent davantage la dignité du travailleur, qu'ils constituent une moindre ingérence dans la vie privée et qu'ils permettent également de déceler les baisses de performance pour des raisons autres que l'alcoolisme ou la toxicomanie, comme le manque de sommeil ou une maladie. La principale objection à ces tests est que, techniquement, ils ne permettent pas toujours de mesurer avec exactitude les qualifications professionnelles qu'ils sont censés évaluer ni de déceler de faibles niveaux d'alcool ou de drogue qui risquent de faire diminuer la performance au travail, et que les tests les plus sensibles et les plus précis sont les plus coûteux et les plus difficiles à administrer.

Les questions d'éthique dans le choix entre sanctions et traitement

L'une des questions les plus difficiles à résoudre pour un employeur est de savoir dans quel cas il y a lieu de prendre des sanctions lorsque la consommation d'alcool ou de drogue a été à l'origine d'un incident sur le lieu de travail ou s'il convient plutôt d'y remédier par des conseils, un traitement et une réadaptation; et dans quel cas l'une et l'autre démarches — sanctions et traitement — doivent être utilisées simultanément. Une autre question liée à la première est de savoir si la toxicomanie et l'alcoolisme sont par nature essentiellement un phénomène de comportement ou une maladie. Le point de vue soutenu ici est que la consommation d'alcool et de drogue est essentiellement un phénomène de comportement mais que, si elle est excessive et durable, elle peut créer une situation de dépendance qui peut être considérée comme une maladie.

Pour l'employeur, c'est le comportement — en particulier la performance au travail — qui importe le plus. Un employeur a le droit et, dans certains cas où la faute du travailleur a des conséquences pour la sécurité, la santé ou la situation économique des collègues de travail, le devoir de prendre des sanctions. Le fait d'être sous l'influence de l'alcool ou de la drogue au travail peut avec raison être défini comme une faute, et même une faute

grave, si la personne en cause occupe un poste critique pour la sécurité. Il peut se faire cependant qu'une personne qui a des problèmes au travail liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie ait également un problème de santé.

En cas de faute banale liée à l'alcool ou à la drogue, l'employeur doit d'abord offrir son aide au travailleur afin de déterminer s'il s'agit d'un problème de santé. La décision du travailleur de refuser cette offre d'assistance peut être motivée par le désir légitime de ne pas dévoiler ses problèmes de santé à l'employeur ou parce qu'il n'a pas de problème de cet ordre. Selon le cas, l'employeur pourra aussi souhaiter imposer également une sanction disciplinaire.

La réaction d'un employeur à une situation comportant une faute grave liée à la consommation d'alcool ou de drogue, telle que le fait d'être sous l'influence de l'alcool ou de drogue à un poste critique pour la sécurité, sera probablement différente. En pareil cas, il a à la fois le devoir moral d'assurer la sécurité des autres travailleurs et du public et celui d'être juste envers le travailleur concerné. Sa préoccupation principale sur le plan éthique devrait être de garantir la sécurité publique et d'écarter immédiatement le travailleur de son poste de travail. Même dans un tel cas de faute grave, l'employeur doit aider le travailleur à avoir accès aux soins de santé qui conviennent.

Les questions d'éthique lors de consultations, d'un traitement ou d'une réadaptation

Plusieurs questions d'éthique peuvent aussi se poser à propos de l'aide apportée aux travailleurs. La première à laquelle il faut répondre d'emblée est celle de l'évaluation et de l'orientation. Ces dernières peuvent être assurées soit par le service de santé au travail de l'entreprise, soit par un prestataire de soins de santé dans le cadre d'un programme d'aide aux salariés (PAS), soit par le médecin personnel du travailleur. Si aucune de ces solutions n'est possible, l'employeur sera peut-être amené à faire appel à des spécialistes en conseil, traitement et réadaptation pour l'alcoolisme ou la toxicomanie et à proposer au travailleur de prendre contact avec l'un d'eux pour évaluation ou orientation selon le cas.

L'employeur devrait aussi s'efforcer de faciliter la situation du travailleur pendant son absence pour traitement. Dans la mesure du possible, l'intéressé devrait bénéficier d'un congé de maladie payé ou de toute autre forme de congé nécessaire en cas d'hospitalisation. Si des soins ambulatoires exigent une modification de l'horaire du travailleur ou son passage à un travail à temps partiel, l'employeur devrait lui accorder, dans la mesure du possible, le bénéfice de telles mesures, d'autant que le maintien du travailleur parmi ses collègues peut constituer un facteur de stabilisation propice à son rétablissement. L'employeur devrait aussi apporter son appui au travailleur et surveiller de façon suivie sa performance. Si, au départ, le milieu de travail a contribué à l'apparition du problème d'alcool ou de drogue, l'employeur devrait prendre les mesures nécessaires pour y remédier. Si cette solution n'est ni possible ni aisée, il lui faudra envisager de muter le travailleur à un autre poste avec un recyclage approprié.

Une question d'éthique difficile est celle de savoir dans quelle mesure un employeur est tenu de continuer à aider un travailleur absent pour des raisons de santé liées à l'alcool ou à la drogue et à quel stade il est en droit de licencier ce travailleur pour cause de maladie. En principe, l'employeur devrait considérer toute absence liée à un problème d'alcool ou de drogue comme n'importe quelle absence pour raison de santé et, pour le licenciement, appliquer à ce cas les mêmes critères que pour tout autre licenciement pour raison de santé. Par ailleurs, les employeurs devraient aussi garder à l'esprit que les rechutes sont toujours possibles et qu'elles font même partie du processus menant à un rétablissement définitif.

Les questions d'éthique liées aux mesures visant les toxicomanes

L'employeur est confronté à des choix moraux difficiles lorsqu'il a affaire à un travailleur qui consomme, ou qui a consommé dans le passé, des substances illicites. La question a été posée, par exemple, de savoir s'il devrait licencier un travailleur qui a été arrêté ou condamné pour des délits en rapport avec la drogue. Si le délit est suffisamment grave pour que la personne soit incarcérée, elle ne pourra évidemment être présente au travail. Toutefois, dans un grand nombre de cas, les consommateurs ou les petits revendeurs qui ne fournissent que la quantité nécessaire pour financer leurs besoins peuvent ne se voir imposer que des peines avec sursis ou des amendes. En pareil cas, l'employeur ne devrait pas normalement envisager des sanctions ou un licenciement pour des comportements qui ont eu lieu en dehors des heures et du lieu de travail. Dans certains pays, si quelqu'un a dû payer une amende, a été condamné à une peine avec sursis ou a purgé une peine de prison ferme, la loi peut interdire toute discrimination dans l'emploi à son encontre.

Une autre question qui se pose parfois est celle de savoir si une personne qui consomme ou qui a consommé autrefois des substances illicites peut faire l'objet d'une discrimination dans l'emploi. Nous estimons, quant à nous, que du point de vue de l'éthique, aucune discrimination ne doit être exercée à l'encontre de ces personnes si l'acte a été commis en dehors des heures de travail et hors des locaux de l'entreprise, tant que les intéressés restent aptes à faire le travail qu'on leur demande. À cet égard, l'employeur devrait être prêt à organiser raisonnablement le travail de quelqu'un qui a consommé des substances illicites lorsqu'il doit s'absenter pour des consultations, un traitement ou une réadaptation. Ce point de vue est admis par la loi fédérale canadienne sur les droits individuels, qui interdit la discrimination dans l'emploi en raison d'une incapacité, terme d'ailleurs employé pour désigner une dépendance vis-à-vis de l'alcool ou des drogues. De même, la législation du travail en France interdit toute discrimination dans l'emploi en raison d'un handicap ou pour des motifs de santé, à moins que le médecin du travail ne déclare la personne inapte à son poste. La loi fédérale américaine, en revanche, protège contre la discrimination ceux qui ont consommé autrefois des drogues, mais non pas ceux qui en consomment actuellement.

Le principe général est que, s'il est porté à l'attention d'un employeur qu'un candidat à un poste ou un travailleur consomme, ou est soupçonné de consommer, des substances illicites en dehors des heures ou du lieu de travail et que cette habitude n'affecte pas sensiblement le fonctionnement de l'établissement, il n'y a pas d'obligation de signaler ce fait aux autorités policières ou judiciaires. Les dispositions de la loi américaine qui exigent que des tests soient pratiqués par des organismes gouvernementaux prévoient que les candidats à un emploi, ou que les travailleurs pour lesquels un test pour consommation de substances illicites se révèle positif ne doivent pas être signalés aux autorités policières ou judiciaires aux fins de poursuites.

Si, en revanche, un travailleur s'adonne à une activité liée à des substances illicites pendant les heures de travail ou sur le lieu de travail, un employeur peut avoir une obligation morale d'intervenir soit en sanctionnant l'intéressé, soit en signalant l'affaire aux autorités policières ou judiciaires, soit les deux à la fois.

Un facteur important que les employeurs ne doivent pas négliger est celui de la confidentialité. Il peut être porté à l'attention d'un employeur qu'un candidat à un emploi ou qu'un de ses salariés consomme des substances illicites parce que la personne a divulgué cette information pour des raisons de santé, notamment en vue d'obtenir un aménagement de ses horaires de travail pour des consultations, un traitement ou une réadaptation. L'employeur a la stricte obligation, du point de vue éthique, et souvent

aussi, du point de vue légal, de tenir secrète toute information relative à la santé. Ce type d'information ne doit être communiqué ni aux autorités policières ou judiciaires ni à qui que ce soit sans le consentement exprès de l'intéressé.

Dans de nombreux cas, il arrive que l'employeur ne sache pas si un travailleur consomme des substances illicites, mais que les services de la santé au travail le découvrent à la suite d'examen destinés à établir son aptitude au travail. Le professionnel de la santé a l'obligation morale de respecter la confidentialité des données sur la santé, mais il peut aussi être lié par le secret médical. En pareil cas, le service de la santé au travail ne peut signaler à l'employeur que le fait que la personne est déclarée médicalement apte ou inapte au travail (ou apte avec certaines réserves) et il ne doit divulguer la nature d'un problème de santé quelconque ou le pronostic du médecin ni à l'employeur, ni à des tiers tels que les autorités policières ou judiciaires.

Autres questions d'ordre éthique

La prise en compte du milieu de travail

Normalement, les employeurs sont tenus par la loi de fournir un milieu de travail sûr et sain. Toutefois, les mesures à prendre à cet effet en ce qui concerne l'alcool ou les drogues sont souvent laissées à leur discrétion. Les représentants des travailleurs font valoir qu'un grand nombre de problèmes d'alcool ou de drogue sont dus principalement à des facteurs liés au travail lui-même, tels que les longues heures de présence, le travail isolé, le travail de nuit, les emplois monotones ou sans avenir, les situations impliquant des relations interpersonnelles difficiles, l'insécurité de l'emploi, l'insuffisance de la rémunération, le stress de certaines fonctions pourtant sans prestige, ou d'autres sources de stress. Certains facteurs tels qu'un accès facile à l'alcool ou à des drogues ou des pratiques dans l'entreprise favorables à la consommation d'alcool au travail ou en dehors peuvent aussi pousser au recours abusif à certaines substances. Les employeurs doivent être sensibles à ces facteurs et s'efforcer d'y remédier.

Les restrictions à la consommation d'alcool et de drogue sur les lieux de travail

Il n'y a guère de doute que, quelle que soit la profession, la consommation d'alcool ou de drogue ne devrait pas être tolérée pendant les heures de travail effectif. Ce qui est plus délicat toutefois, c'est de savoir si l'établissement est en droit de limiter ou d'interdire la consommation d'alcool, par exemple dans une cantine, une cafétéria ou une salle à manger. Les puristes font valoir que la seule solution est l'interdiction pure et simple, que le fait de proposer de l'alcool dans les locaux d'une entreprise pourrait inciter à boire ceux qui ne le feraient pas autrement et que toute quantité d'alcool consommée peut avoir des effets nocifs sur la santé. Les partisans d'un certain libéralisme soutiennent au contraire que ces restrictions à une activité licite sont injustifiées et que, pendant les pauses et les heures de repas, on devrait être libre de se détendre et de consommer de l'alcool modérément si on le désire.

Du point de vue de l'éthique, la réponse se situe quelque part entre ces deux extrêmes en fonction de facteurs sociaux et culturels et du milieu professionnel. Dans certains milieux, la consommation d'alcool fait tellement partie de la vie sociale et des affaires que les employeurs estiment qu'il vaut mieux offrir certains types d'alcool aux heures des repas, plutôt que de les interdire complètement. Une interdiction pourrait inciter les travailleurs à quitter l'établissement pour fréquenter des cafés ou des bars, où les habitudes en matière de boisson peuvent être plus pernicieuses et où les travailleurs risquent de consommer davantage d'alcool ou des alcools forts, plutôt que de la bière ou du vin. Dans d'autres sociétés, où les boissons alcoolisées ne font pas autant partie des

mœurs ou des habitudes commerciales, l'interdiction de consommer tout type d'alcool dans l'entreprise sera plus facilement acceptée et n'aura pas nécessairement l'effet néfaste d'inciter à aller en consommer ailleurs.

La prévention par l'information, l'éducation et la formation

La prévention est sans doute l'élément le plus important de toute politique de lutte contre l'alcool et les drogues sur les lieux de travail. Même s'il est vrai que les personnes qui souffrent d'un problème d'alcool ou de drogue méritent incontestablement une attention et un traitement particuliers, la majorité des travailleurs sont des consommateurs modérés ou, en matière de drogue, ne consomment que des substances licites telles que des tranquillisants pour faire face aux difficultés de l'existence. Comme ils sont majoritaires, tout impact, même faible, sur leur comportement peut avoir des répercussions considérables sur le nombre d'accidents du travail éventuels, ainsi que sur la productivité, l'absentéisme ou les retards au travail.

On peut se demander si le lieu de travail est l'endroit le mieux adapté pour des activités de prévention par l'information, l'éducation et la formation. Ces mesures de prévention visent essentiellement la santé publique, c'est-à-dire des risques qui découlent de la consommation d'alcool et de drogue en général, et qui s'adressent à un public de travailleurs qui, par la force des choses, dépendent économiquement de leur employeur. A ces questions, on peut répondre que les programmes de ce genre ont aussi l'avantage de diffuser des informations précieuses sur les risques et sur les conséquences de la consommation d'alcool et de drogues spécifiques à un lieu de travail donné; que le lieu de travail est peut-être l'élément le mieux structuré du cadre de vie quotidien d'une personne et qu'il est le lieu tout désigné pour recevoir des informations en matière de santé publique; enfin, que les travailleurs n'ont rien contre des campagnes de santé publique au sens général du terme si ces campagnes sont fondées sur la persuasion et non sur la contrainte, en ce sens qu'elles conseillent sans imposer un changement de comportement ou de style de vie.

Même si les employeurs sont sensibles au fait que les programmes de santé publique sont fondés sur la persuasion plutôt que sur la contrainte, le bon choix, du point de vue de l'éthique, penche en faveur de la mise en place et du soutien de ces programmes, non seulement pour le bien de l'entreprise, sous l'angle des avantages économiques résultant de la diminution des problèmes d'alcool et de drogue, mais aussi pour le bien-être général des travailleurs.

Il convient de noter également que les travailleurs ont eux aussi une responsabilité morale en ce qui concerne l'alcool et la drogue sur le lieu de travail, dont celle d'être aptes à leur poste et de ne pas absorber des substances intoxicantes immédiatement avant ou durant le travail, ainsi que celle d'être vigilants quant à la consommation de ces substances lorsque leurs fonctions impliquent des questions de sécurité. L'éthique commande également qu'ils aident les collègues qui semblent avoir un problème d'alcool ou de drogue et qu'ils s'efforcent de créer un climat de travail encourageant et amical pour ceux qui tentent d'y renoncer. En outre, les travailleurs devraient collaborer avec l'employeur pour l'application des mesures raisonnables de promotion de la sécurité et de la santé au travail qu'il pourrait être amené à prendre en ce qui concerne l'alcool et la drogue. Toutefois, les travailleurs ne devraient pas être tenus d'accepter une ingérence dans leur vie privée lorsque celle-ci n'est pas justifiée par des raisons impérieuses liées au travail ou que les moyens préconisés par l'employeur sont sans commune mesure avec l'objectif visé.

En 1995, une réunion internationale d'experts, qui a rassemblé au BIT vingt-et-une personnes représentant à égalité les gouvernements, les employeurs et les travailleurs, a adopté un Recueil de

directives pratiques sur la prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail (BIT, 1996). Ce document aborde de nombreuses considérations d'éthique à prendre en compte pour traiter les questions liées à l'alcoolisme et à la toxicomanie sur le lieu de travail. Il est particulièrement utile comme texte de référence, car il contient des recommandations pratiques sur la façon de prendre en charge les problèmes d'alcool et de drogue dans un contexte de relation d'emploi.

● CODE INTERNATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

*Commission internationale
de la santé au travail*

Introduction

Au cours de ces dix dernières années, des codes d'éthique destinés aux professionnels de la santé au travail ont été adoptés dans un certain nombre de pays. Ce sont des documents distincts des codes d'éthique destinés aux médecins généralistes. Plusieurs raisons expliquent un intérêt croissant pour les problèmes d'éthique en santé au travail aux niveaux national et international.

Parmi elles figure une meilleure appréciation des responsabilités complexes et parfois contradictoires qui sont celles des professionnels de la santé et de la sécurité au travail vis-à-vis des travailleurs, des employeurs, du public, des autorités compétentes et des autres institutions (santé publique, administration du travail, sécurité sociale et autorités judiciaires). D'autres raisons peuvent aussi expliquer le développement récent de l'intérêt pour l'éthique en santé au travail. Il s'agit de l'accroissement du nombre des professionnels de la santé et de la sécurité au travail résultant de la mise en place volontaire ou obligatoire de services de santé au travail. Il s'agit aussi du développement d'une approche multidisciplinaire et intersectorielle impliquant une participation accrue au fonctionnement des services de santé au travail de spécialistes appartenant à des professions différentes.

Dans ce document, l'expression «professionnels de la santé au travail» est utilisée pour désigner les personnes qui par leur profession ont des activités dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, fournissent des prestations dans ce domaine ou sont engagées dans la pratique de la santé au travail, même occasionnellement. De nombreuses disciplines sont concernées par la santé au travail puisque l'interface entre la technologie et la santé comporte des aspects techniques, médicaux, sociaux et réglementaires. Les professionnels de la santé au travail comprennent les médecins et le personnel infirmier d'entreprise, les inspecteurs du travail dans le domaine de la santé et de la sécurité, les hygiénistes et les psychologues du travail, les spécialistes dans les domaines de l'ergonomie, de la prévention des accidents et de l'amélioration du milieu de travail, ainsi que les spécialistes s'occupant de recherche en sécurité et en santé au travail. La tendance est de mobiliser les compétences de ces professionnels de la santé au travail dans le cadre d'une approche multidisciplinaire qui peut aller jusqu'à la constitution d'une équipe multidisciplinaire elle aussi.

De nombreuses personnes d'autres professions et disciplines peuvent aussi, dans une certaine mesure, être impliquées dans la pratique de la santé au travail. Ces professions et disciplines comprennent les domaines techniques de l'ingénierie, de la chimie, de la toxicologie, de la radioprotection, de l'épidémiologie,

de la salubrité de l'environnement, de la sociologie appliquée et de l'éducation sanitaire. De plus, les autorités compétentes, les employeurs, les travailleurs et leurs représentants, ainsi que les secouristes, ont un rôle essentiel à jouer et parfois même une responsabilité directe dans la mise en œuvre des politiques et des programmes de la santé au travail, bien qu'ils ne soient pas, de par leur profession, des spécialistes en santé au travail. Enfin, de nombreuses autres professions, telles que les juristes, les architectes, les fabricants, les concepteurs, les agents des méthodes, les enseignants dans les écoles techniques, les enseignants des universités et des autres institutions, ainsi que la presse et les médias, ont un rôle important à jouer dans l'amélioration des conditions et du milieu de travail.

Le but de tous les professionnels de la santé au travail est de protéger la santé des travailleurs et de promouvoir l'établissement et le maintien d'un milieu de travail sûr et salubre, ainsi que de promouvoir l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs en tenant compte de leur état de santé. Une priorité devrait être clairement donnée aux populations vulnérables et aux populations actives les plus défavorisées. La pratique de la santé au travail est essentiellement préventive et devrait aider les travailleurs, individuellement et collectivement, à protéger leur santé au travail. La pratique de la santé au travail devrait ainsi aider les entreprises à assurer des conditions et un milieu de travail sûrs et sains, qui sont des critères d'une gestion efficace et caractérisent souvent les entreprises performantes.

Le domaine de la santé au travail est large et couvre la prévention de l'ensemble des atteintes d'origine professionnelle, des accidents du travail et des maladies liées au travail, y compris les maladies professionnelles, ainsi que tous les effets possibles de l'interaction entre le travail et la santé. Il serait souhaitable que, dans toute la mesure possible, les professionnels de la santé au travail soient impliqués dans la conception des équipements, des méthodes et des procédures de sécurité et de santé au travail et qu'ils encouragent à leur tour la participation des travailleurs dans ce domaine. Les professionnels de la santé au travail ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé des travailleurs et devraient aider les travailleurs à obtenir et à garder un emploi en dépit des déficiences éventuelles de leur santé ou de leur handicap. Le terme «travailleur» est utilisé ici dans un sens large et couvre l'ensemble des personnes qui exercent un emploi, y compris les cadres dirigeants et les travailleurs indépendants.

La santé au travail est caractérisée par une approche multidisciplinaire et multisectorielle. Il existe de nombreuses obligations et relations entre les différents intéressés. Il est dès lors important de définir le rôle de ces professionnels de la santé au travail et leurs relations avec les autres professions, avec les autres professionnels de la santé et avec les partenaires sociaux dans le cadre général de la mise en place et du développement des politiques économiques, sociales et de la santé. Il faut pour cela disposer de définitions précises de l'éthique des professionnels de la santé au travail et des principes qui guident leur attitude professionnelle.

Les missions et les obligations des différents intervenants sont généralement définies par la législation et la réglementation. Chaque employeur est responsable de la santé et de la sécurité des travailleurs qu'il emploie. Chaque profession a des responsabilités spécifiques en raison de la nature de ses missions. Lorsque des spécialistes de différentes professions ont à travailler ensemble dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, il est important qu'ils fondent leur action sur des principes communs d'éthique et qu'ils aient une connaissance de leurs obligations, de leurs responsabilités et des normes respectives de leur exercice professionnel. Les aspects d'éthique devraient être pris tout particulièrement en compte lorsqu'il existe des conflits possibles entre différentes obligations en certaines circonstances; il faut citer ici le droit au travail et le droit à la santé, le droit à l'information et le droit à la

confidentialité, ainsi que les droits individuels et les droits collectifs.

Un certain nombre des conditions d'exécution des missions des professionnels de la santé au travail et les conditions d'exercice des services de santé au travail sont fixés par la législation et la réglementation. Un des principes fondamentaux de l'exercice correct de la santé au travail est une indépendance professionnelle complète, c'est-à-dire que les professionnels de la santé au travail doivent jouir d'une indépendance dans l'exercice de leurs missions qui leur permette de formuler leurs jugements et de donner leurs conseils pour la protection de la santé des travailleurs et pour leur sécurité au sein de l'entreprise selon leurs connaissances et leur conscience professionnelles.

Il existe des principes de base pour une pratique acceptable de la santé au travail; ces conditions sont parfois fixées par la réglementation nationale et comprennent notamment le libre accès aux lieux de travail, la possibilité de faire des prélèvements en vue de l'évaluation du milieu de travail, de procéder à des analyses des postes, de participer aux enquêtes après accident, ainsi que la possibilité de consulter l'autorité compétente sur la mise en œuvre des normes de la sécurité et de la santé au travail dans l'entreprise. Les professionnels de la santé au travail devraient bénéficier d'un budget leur permettant de s'acquitter de leurs fonctions selon la bonne pratique et les normes professionnelles les plus élevées. Cela devrait inclure un personnel suffisant, la formation et le recyclage, des mesures d'appui et un accès aux informations nécessaires ainsi qu'à un niveau adéquat de la direction des entreprises.

Ce code établit les principes généraux d'éthique pour l'exercice de la santé au travail. Des dispositions plus détaillées sur des aspects particuliers peuvent être trouvées dans les codes nationaux d'éthique ou dans les directives élaborées pour certaines professions. Les références d'un certain nombre de documents relatifs à l'éthique en santé au travail sont mentionnées à la fin de ce document¹. Les dispositions de ce code ont pour but de servir de guide à ceux qui exercent des activités dans le domaine de la santé des travailleurs et coopèrent afin d'améliorer le milieu et les conditions de travail. L'objectif de ce document est de contribuer au développement de règles d'éthique et de principes pour des attitudes professionnelles communes lors d'un travail en équipe et pour une approche multidisciplinaire en santé au travail.

La préparation de ce code d'éthique a été débattue par le Conseil d'administration de la Commission internationale de la santé au travail (CIST) à Sydney en 1987. Un avant-projet fut distribué à Montréal et fut l'objet d'une série de consultations qui eurent lieu à la fin de 1990 et au début de 1991. *Le Code d'éthique pour les professionnels de la santé au travail* a été adopté par le Conseil d'administration le 29 novembre 1991. Ce document sera revu périodiquement. Les commentaires susceptibles de l'améliorer peuvent être adressés au Secrétaire général de la Commission internationale de la santé au travail.

Les principes de base

Les trois paragraphes suivants résumés les principes sur lesquels repose le Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail préparé par la CIST.

L'exercice de la santé au travail doit être mené selon les normes professionnelles et les principes éthiques les plus rigoureux. Les professionnels de la santé au travail sont au service de la santé et du bien-être des travailleurs, aussi bien individuellement que collectivement. Ils contribuent aussi à la salubrité de l'environnement et à la santé publique.

¹ Ces références ne sont pas reproduites à la fin du présent chapitre.

La protection de la vie et de la santé du travailleur, le respect de la dignité humaine et la promotion des principes d'éthique les plus élevés dans les politiques et les programmes de santé au travail font partie des obligations des professionnels de la santé au travail. L'intégrité dans l'attitude professionnelle, l'impartialité et la protection de la confidentialité des données de la santé et de la vie privée des travailleurs font aussi partie de ces obligations.

Les professionnels de la santé au travail sont des experts qui doivent jouir d'une indépendance professionnelle totale dans l'exercice de leurs missions. Ils doivent acquérir et entretenir les compétences nécessaires pour cet exercice et ils doivent exiger les conditions qui leur permettent de s'acquitter de leurs tâches selon la bonne pratique et l'éthique professionnelle.

Missions et obligations des professionnels de la santé au travail

1. L'objectif essentiel de la pratique de la santé au travail est de préserver la santé des travailleurs et de promouvoir un milieu de travail sûr et sain. Pour progresser vers cet objectif, les professionnels de la santé au travail doivent utiliser des méthodes validées d'évaluation des risques, proposer des mesures efficaces de prévention et assurer le suivi de leur mise en œuvre. Les professionnels de la santé au travail doivent conseiller l'employeur avec compétence pour lui permettre de faire face à ses responsabilités en matière de santé et de sécurité au travail et ils doivent conseiller les travailleurs avec honnêteté sur la protection et la promotion de leur santé en relation avec le travail. Les professionnels de la santé au travail doivent maintenir des contacts directs avec les comités de sécurité et d'hygiène, lorsqu'ils existent.
2. Les professionnels de la santé au travail doivent se familiariser en permanence avec le travail et le milieu de travail, ainsi qu'améliorer leurs compétences et se tenir au courant des connaissances scientifiques et techniques, des risques professionnels et des moyens les plus efficaces pour les éliminer ou les réduire. Les professionnels de la santé au travail doivent se rendre sur les lieux du travail et consulter régulièrement et systématiquement, chaque fois que cela est possible, les travailleurs, les techniciens et la direction sur la nature du travail effectué.
3. Les professionnels de la santé au travail doivent conseiller la direction et les travailleurs sur les facteurs de risque qui, dans l'entreprise, peuvent porter atteinte à la santé des travailleurs. L'évaluation de ces risques professionnels doit conduire à l'élaboration d'une politique de santé et de sécurité au travail adaptée aux besoins de l'entreprise. Les professionnels de la santé au travail doivent proposer cette politique sur la base des connaissances scientifiques et techniques disponibles, ainsi que sur celle de leur connaissance du milieu de travail. Les professionnels de la santé au travail doivent également donner des conseils sur un programme de prévention adapté aux risques de l'entreprise qui devrait inclure la surveillance et la maîtrise de ces risques, ainsi que la réduction de leurs conséquences en cas d'accident.
4. Une attention particulière doit être portée à l'application rapide des mesures simples de prévention qui sont efficaces, peu onéreuses, valables du point de vue technique et aisées à mettre en œuvre. Des investigations plus approfondies doivent vérifier l'efficacité de ces mesures et une solution plus complète doit être recommandée lorsque cela est nécessaire. Lorsqu'il existe des doutes sur la gravité d'un risque professionnel, des mesures conservatoires prudentes doivent être prises immédiatement.
5. En cas de refus ou de mauvaise volonté de prendre les mesures nécessaires pour faire disparaître un risque excessif ou

- pour remédier à une situation présentant un danger évident pour la santé ou la sécurité, les professionnels de la santé au travail doivent, le plus rapidement possible, notifier par écrit leur inquiétude à la direction de l'entreprise en insistant sur la nécessité de tenir compte des connaissances scientifiques et de respecter les normes de protection de la santé, y compris les limites d'exposition. Ils doivent rappeler l'obligation de l'employeur de respect de la législation et de la réglementation en vigueur et de protection de la santé des travailleurs qu'il emploie. Lorsque cela est nécessaire, les travailleurs concernés et leurs représentants dans l'entreprise devront être informés et l'autorité compétente devra être contactée.
6. Les professionnels de la santé au travail doivent contribuer à l'information des travailleurs sur les risques professionnels auxquels ils peuvent être exposés d'une façon objective et prudente en ne dissimulant aucun fait et en mettant l'accent sur les mesures de prévention. Les professionnels de la santé au travail doivent coopérer avec l'employeur et l'aider à assumer ses responsabilités et à assurer aux cadres dirigeants et aux travailleurs une formation et une information adéquates en santé et sécurité au travail, y compris sur le niveau de probabilité des risques professionnels suspectés.
 7. Les professionnels de la santé au travail ne doivent pas révéler les secrets industriels ou commerciaux dont ils ont eu connaissance du fait de leurs activités. Cependant, ils ne peuvent dissimuler des informations qui sont nécessaires pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs ou de la communauté. Lorsque cela sera nécessaire, les professionnels de la santé au travail devront consulter l'autorité compétente chargée de surveiller l'application de la législation pertinente.
 8. Les objectifs et les modalités de la surveillance de la santé doivent être clairement définis et les travailleurs doivent en être informés. La validité d'une telle surveillance doit être évaluée et elle doit être réalisée avec le consentement informé des travailleurs par des professionnels compétents de la santé au travail. Les conséquences positives et négatives qui seraient susceptibles de résulter des programmes de surveillance de la santé ou de dépistage doivent être discutées avec les travailleurs concernés.
 9. Les résultats des examens pratiqués dans le cadre de la surveillance de la santé doivent être expliqués aux travailleurs concernés. La détermination de l'aptitude à un poste de travail donné doit être fondée sur l'évaluation de la santé du travailleur et sur une bonne connaissance des lieux de travail et des exigences du travail à accomplir. Les travailleurs doivent être informés de la possibilité qui leur est offerte de contester une conclusion qu'ils estiment contraire à leurs intérêts. Une procédure d'appel doit être établie à cet égard.
 10. Les résultats des examens prescrits par la législation ou les réglementations nationales ne doivent être communiqués à l'employeur qu'en termes d'aptitude pour le travail envisagé ou de limitations nécessaires du point de vue médical pour l'affectation considérée ou en raison d'une exposition à certains risques professionnels. Des informations de nature générale concernant l'aptitude au travail en relation avec la santé, ainsi que concernant la possibilité ou la probabilité d'effets sur la santé résultant de risques professionnels pourront être données après que le travailleur en aura été informé et aura donné son accord.
 11. Là où l'état de la santé d'un travailleur et la nature de son poste sont tels qu'ils mettent en danger la sécurité des autres, le travailleur doit en être clairement informé. Lorsqu'il existe une situation où les risques sont particulièrement élevés, la direction et, si la réglementation nationale l'exige, l'autorité compétente doivent être informées des mesures nécessaires à la sécurité des autres personnes.
 12. Les tests biologiques et les autres investigations doivent être choisis en fonction de leur adéquation à assurer la protection de la santé du travailleur concerné en tenant dûment compte de leur sensibilité, de leur spécificité et de leur valeur prédictive. Les professionnels de la santé au travail ne doivent pas utiliser des tests de dépistage ou promouvoir des investigations qui ne sont pas fiables ou qui n'ont pas une valeur prédictive suffisante en relation avec les exigences du poste de travail. Lorsqu'un choix est possible et approprié, la préférence doit toujours être donnée aux méthodes non invasives, ainsi qu'aux examens qui ne comportent pas de danger pour la santé des travailleurs concernés. Le recours à une technique invasive ou à un examen pouvant présenter un risque pour la santé ne peut être conseillé qu'après une évaluation des risques encourus et des avantages résultant de la pratique considérée et ne peut être justifié pour des raisons d'assurance. De telles investigations nécessitent alors l'information et l'accord du travailleur intéressé et doivent être réalisées selon les normes professionnelles les plus élevées.
 13. Les professionnels de la santé au travail peuvent contribuer à la santé publique de différentes façons, en particulier par leurs activités d'éducation sanitaire, de promotion de la santé et de dépistages précoces d'atteintes à la santé. Lorsqu'ils prennent part à des programmes ayant de tels objectifs, les professionnels de la santé au travail doivent rechercher la participation des employeurs et des travailleurs en vue de la conception et de la mise en œuvre de ces programmes. Ils doivent aussi prendre des mesures pour protéger la confidentialité des données personnelles et des données de santé des travailleurs.
 14. Les professionnels de la santé au travail doivent être conscients de leur rôle vis-à-vis de la protection de la communauté et de l'environnement. Ils doivent initier et participer, selon le cas, à l'identification, à l'évaluation et la prévention des risques environnementaux ayant leur origine ou pouvant résulter des opérations réalisées ou des procédés mis en œuvre dans l'entreprise.
 15. Les professionnels de la santé au travail doivent informer objectivement la communauté scientifique sur les nouveaux risques professionnels découverts et suspectés et sur les mesures de prévention à prendre. Les professionnels de la santé au travail engagés dans la recherche doivent concevoir et développer leurs activités sur une base scientifique solide, en totale indépendance professionnelle et en suivant les principes d'éthique qui s'appliquent à la recherche en général et à la recherche médicale en particulier, y compris une évaluation par une commission indépendante d'éthique, lorsque cela est justifié.

Conditions d'exécution des missions des professionnels de la santé au travail

1. Les professionnels de la santé au travail doivent toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé et de la sécurité des travailleurs. Les professionnels de la santé au travail doivent fonder leurs avis sur des connaissances scientifiques et sur une compétence technique; par ailleurs, ils doivent avoir recours à une expertise spécialisée lorsque cela est nécessaire. Les professionnels de la santé au travail doivent s'abstenir de tout jugement, conseil ou activité qui puisse faire mettre en doute leur intégrité et leur impartialité.
2. Les professionnels de la santé au travail doivent exercer leurs fonctions en totale indépendance et en observant les règles de la confidentialité dans leur exécution. Dans tous les cas, les professionnels de la santé au travail doivent éviter de voir leurs jugements ou leurs avis influencés par un quelconque conflit d'intérêts. Cela s'applique tout particulièrement à leur

rôle de conseiller de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants dans l'entreprise sur les risques professionnels et les situations qui présentent un danger pour la santé ou la sécurité.

Les professionnels de la santé au travail doivent établir des relations de confiance réciproque et d'équité avec les personnes auxquelles ils fournissent des prestations de santé au travail. Tous les travailleurs doivent être traités de façon équitable et sans aucune forme de discrimination en ce qui concerne l'âge, le sexe, le groupe ethnique, les opinions politiques, idéologiques ou religieuses, la nature de la maladie ou la raison qui a conduit les travailleurs à consulter les professionnels de la santé au travail. Des communications par une voie clairement établie doivent être maintenues entre les professionnels de la santé au travail et la direction générale ou avec le personnel de direction responsable au plus haut niveau des décisions relatives aux conditions et à l'organisation du travail et au milieu de travail dans l'entreprise.

3. Les professionnels de la santé au travail doivent demander, chaque fois que cela est approprié, qu'une clause d'éthique soit incorporée dans leur contrat de travail. Cette clause d'éthique devrait couvrir en particulier le droit d'appliquer des normes professionnelles et des principes d'éthique généralement acceptés. Les professionnels de la santé au travail ne doivent pas accepter d'accomplir leurs missions si les conditions ne permettent pas leur exécution en conformité avec les normes professionnelles et les principes d'éthique souhaitables. Leurs contrats de travail devraient comporter des dispositions concernant les aspects légaux, contractuels et éthiques, les questions de conflits, d'accès aux dossiers et de confidentialité en particulier. Les spécialistes en santé au travail doivent s'assurer que leurs contrats de travail ou de services ne contiennent pas de dispositions qui limitent leur indépendance professionnelle. En cas de doute, les termes de ces contrats doivent être vérifiés avec l'aide de l'autorité compétente.
4. Les professionnels de la santé au travail doivent mettre en œuvre avec un degré approprié de confidentialité un bon système de recueil et d'enregistrement des données en vue d'identifier les problèmes de la santé au travail dans l'entreprise. Les dossiers ainsi constitués comprennent les données relatives à la surveillance du milieu de travail, les données personnelles telles que les emplois successifs, ainsi que les données personnelles de la santé telles que les expositions professionnelles, les résultats de monitoring personnel des expositions à certains risques et les certificats d'aptitude. Les travailleurs doivent avoir accès à leurs propres dossiers.
5. Les données médicales individuelles et les résultats des investigations médicales doivent être enregistrés dans les dossiers médicaux confidentiels qui doivent être gardés en lieu sûr sous la responsabilité du médecin ou de l'infirmière du travail. L'accès aux dossiers médicaux, leur transmission, ainsi que la divulgation et l'utilisation des informations qu'ils contiennent, sont régis par la législation ou les réglementations nationales et par les codes d'éthique destinés aux médecins praticiens.
6. Les informations sur les données de la santé de groupes de travailleurs sans possibilité d'identification individuelle peu-

vent être communiquées à la direction et aux représentants des travailleurs dans l'entreprise ou aux comités de sécurité et d'hygiène lorsqu'ils existent, afin de leur permettre d'assumer leurs obligations et leurs missions de protection de la santé et de la sécurité des groupes exposés. Les accidents du travail et les maladies professionnelles doivent être déclarés à l'autorité compétente selon la législation ou les réglementations nationales.

7. Les professionnels de la santé au travail ne doivent pas chercher à obtenir des informations personnelles qui n'ont pas de rapport avec la protection de la santé des travailleurs en relation avec le travail. Cependant, les médecins du travail peuvent demander des renseignements médicaux au médecin personnel d'un travailleur ou au personnel médical d'un hôpital à condition qu'ils aient informé le travailleur et obtenu son consentement et que ce soit dans le but de protéger la santé de celui-ci. Dans ce cas, le médecin du travail doit informer le médecin personnel du travailleur ou le personnel médical de l'hôpital de son rôle et des raisons pour lesquelles des renseignements médicaux complémentaires sont nécessaires. Avec l'accord du travailleur concerné, le médecin du travail ou l'infirmière du travail peut, si cela est nécessaire, informer le médecin personnel de ce travailleur des données médicales qu'il a recueillies, ainsi que des risques professionnels, des expositions et des contraintes liées au travail qui présentent pour le travailleur un risque particulier en raison de son état de santé.
8. Les professionnels de la santé au travail doivent coopérer avec les autres professionnels de la santé en vue de protéger la confidentialité des données médicales et de la santé relatives aux travailleurs. Lorsqu'il existe des problèmes d'une importance particulière, les professionnels de la santé au travail doivent informer l'autorité compétente des procédures et des pratiques qui, à leur avis, sont contraires aux principes d'éthique. Cela concerne en particulier le respect du secret médical, y compris dans les commentaires, la conservation des dossiers et la protection de la confidentialité dans l'enregistrement et l'utilisation des données informatisées.
9. Les professionnels de la santé au travail doivent favoriser une prise de conscience des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants concernant la nécessité d'une indépendance professionnelle totale et d'éviter toute atteinte au secret médical afin d'assurer le respect de la dignité humaine et de renforcer l'acceptabilité et l'efficacité de la pratique de la santé au travail.
10. Les professionnels de la santé au travail doivent rechercher l'appui des employeurs, des travailleurs et de leurs organisations, ainsi que des autorités compétentes, afin que les normes d'éthique les plus élevées régissent les pratiques en matière de santé au travail. Ils doivent mettre en œuvre une évaluation critique systématique de leurs propres activités en vue de s'assurer que des normes appropriées ont été définies, qu'elles sont appliquées et que les déficiences éventuelles sont détectées et corrigées.

(Cet article reproduit le Code officiel de la CIST.)

Références bibliographiques

- Ad hoc Committee on Medical Ethics, 1984: «Position paper. American College of Physicians ethics manual. Part I. History of medical ethics, the physician and the patient, the physician's relationship to other physicians, the physician and society», *Annals of Internal Medicine*, vol. 101, pp. 129-137.
- American College of Occupational and Environmental Medicine, 1994: «Code of Ethical Conduct», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, n° 1, p. 28.
- American Medical Association, 1986: «Drug screening in the workplace: Ethical guidelines», *ibid.*, vol. 28, n° 12, pp. 1240-1241.
- Andersen, D., Attrup, I., Axelsen, N. et Riis, P., 1992: *Scientific dishonesty and good scientific practice*, Danish Medical Research Council.
- Ashford, N.A., 1986: «Medical screening in the workplace: Legal and ethical considerations», *Seminars in Occupational Medicine*, vol. 1, pp. 67-79.
- Beauchamp, T.L., Cook, R.R., Fayerweather, W.E., Raabe, G.K., Thar, W.E., Cowles, S.R. et Spivey, G.H., 1991: «Ethical guidelines for epidemiologists», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 44, supplément n° 1, pp. 151S-169S.
- Brieger, G.H., Capron, A.M., Fried, C. et Frankel, M.S., 1978: «Human experimentation», dans W.T. Reich (directeur de publication): *Encyclopedia of Bioethics* (New York, Free Press).
- Broad, W. et Wade, N., 1982: *Betrayers of the Truth: Fraud and Deceit in the Halls of Science* (New York, Simon and Schuster).
- Bureau international du Travail (BIT), 1996: *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail*, Recueil de directives pratiques (Genève).
- Chalk, R., Frankel, M.S. et Chafer, S.B., 1980: *AAAS Professional Ethics Project: Professional Ethics Activities in the Scientific and Engineering Societies*, AAAS Publication 80-R-4 (Washington, DC, American Association for the Advancement of Science, Committee on Scientific Freedom and Responsibility).
- Chemical Manufacturers Association's Epidemiology Task Group, 1991: «Guidelines for good epidemiology practices for occupational and environmental epidemiologic research», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 33, n° 12, pp. 1221-1229.
- Code internationale d'éthique médicale, 1983: adopté by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, 1949, amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, 1968, and the 35th World Medical Assembly, Venice, 1983.
- Cohen, K.S., 1982: «Professional liability in occupational health: Criminal and civil», dans J.S. Lee et W.N. Rom (directeurs de publication): *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health* (Ann Arbor, Michigan, Ann Arbor Science Publishers).
- Commission internationale de la santé au travail (CIST), 1992: *Code internationale d'éthique pour les professionnels de la santé* (Singapour).
- Conrad, P., 1987: «Wellness in the workplace: Potentials and pitfalls of work-site health promotion», *The Milbank Quarterly*, vol. 65, n° 2, pp. 255-275.
- Conseil des organisations internationales des sciences médicales, 1992: *Directives internationales pour l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques* (Genève).
- . 1993: *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* (Genève).
- Coriel, P., Levin, J.S. et Jaco, E.G., 1986: «Lifestyle: An emergent concept in the social sciences», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 9, pp. 423-437.
- Coye, M.J., 1982: «Ethical issues of occupational medicine research», dans *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, op. cit.
- Dale, M.L., 1993: «Integrity in science: Misconduct investigations in a US University», *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, vol. 3, supplément n° 1, pp. 283-295.
- Déclaration d'Helsinki: 1975: *Recommendations guiding medical physicians in biomedical research involving human subjects*, adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983, and the 41st World Medical Assembly, Hong Kong, September 1989.
- Einstein, A., 1949: «Reply to criticisms», dans P.A. Schlipp (directeur de publication): *Albert Einstein: Philosopher-Scientist* (La Salle, Open Court).
- Fawcett, E., 1993: «Working group on ethical considerations in science and scholarship», *Accountability in Research*, vol. 3, pp. 69-72.
- Fayerweather, W.E., Higginson, J. et Beauchamp, T.L., 1991: «Industrial epidemiology forum's conference on ethics in epidemiology», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 44, supplément n° 1, pp. 1-169.
- Frankel, M.S., 1992: «In the societies. Professional ethics report», *Newsletter of the American Association for the Advancement of Science*, vol. 1, pp. 2-3.
- Ganster, D., Mayes, B., Sime, W. et Tharp, G., 1982: «Managing organizational stress: A field experiment», *Journal of Applied Psychology*, vol. 67, pp. 533-542.
- Gellermann, W., Frankel, M.S. et Ladenson, R.F., 1990: *Values and Ethics in Organization and Human Systems Development: Responding to Dilemmas in Professional Life* (San Francisco, Josey-Bass).
- Gert, B., 1993: «Defending irrationality and lists», *Ethics*, vol. 103, n° 2, pp. 329-336.
- Gewirth, A., 1986: «Human rights and the workplace», dans S.W. Samuels (directeur de publication): *The Environment of the Workplace and Human Values* (New York, Liss).
- Glick, J.L. et Shamoo, A.E., 1993: «A call for the development of 'Good Research Practices' (GRP) guidelines», *Accountability in Research*, vol. 2, pp. 231-235.
- Goldberg, L.A. et Greenberg, M.R., 1993: «Ethical issues for industrial hygienists: Survey results and suggestions», *American Industrial Hygiene Association Journal*, vol. 54, n° 3, pp. 127-134.
- Goodman, K.W., 1994: *Review and Analysis of Key Documents on Ethics and Epidemiology* (American College of Epidemiology), mars.
- Graebner, W., 1984: «Doing the world's unhealthy work: The fiction of free choice», *Hastings Center Report*, vol. 14, pp. 28-37.
- Grandjean, P., 1991: «Ethical aspects of genetic predisposition to disease», chap. 16, dans P. Grandjean (directeur de publication): *Ecogenetics: Genetic Predisposition to Toxic Effects of Chemicals* (Londres, Chapman and Hall).
- Grandjean, P. et Andersen, D., 1993: «Scientific dishonesty: A Danish proposal for evaluation and prevention», *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, vol. 3, supplément n° 1, pp. 265-270.
- Greenberg, M.R. et Martell, J., 1992: «Ethical dilemmas and solutions for risk assessment scientists», *ibid.*, vol. 2, n° 4, pp. 381-389.
- Guidotti, T.L., Cowell, J.W.F., Jamieson, G.G. et Engelberg, A.L., 1989: «Ethics in occupational medicine», chap. 4, dans *Occupational Health Services. A Practical Approach* (Chicago, American Medical Association).
- Hall, W.D., 1993: *Making the Right Decision: Ethics for Managers* (Toronto, John Wiley and Sons).
- IEA Workshop on Ethics, Health Policy and Epidemiology, 1990: «Proposed ethics guidelines for epidemiologists» (révisé), *American Public Health Association (Epidemiology Section)*, hiver, pp. 4-6.
- International Statistical Institute, 1986: «Declaration on professional ethics», *International Statistical Review*, vol. 54, pp. 227-242.
- Johnson, O.A., 1965: *Ethics: Selections from Classical and Contemporary Writers* (New York, Holt, Rinehart and Winston).
- Jowell, R., 1986: «The codification of statistical ethics», *Journal of Official Statistics*, vol. 2, n° 3, pp. 217-253.
- LaDou, J., 1986: *Introduction to Occupational Health and Safety* (Chicago, National Safety Council).
- Lemen, R.A. et Bingham, E., 1994: «A case study in avoiding a deadly legacy in developing countries», *Toxicology and Industrial Health*, vol. 10, n° 1-2, pp. 59-87.
- Levine, C.A., 1984: «A cotton dust study unmasked», *Hastings Center Report*, vol. 14, p. 17.
- Maloney, D.M., 1994: *Human Research Report* (Omaha, Nebraska, Deem Corporation).
- Melden, A.I., 1955: *Ethical Theories* (New York, Prentice Hall).
- Mothershead, J.L., Jr., 1955: *Ethics, Modern Conceptions of the Principles of Right* (New York, Holt, Rinehart and Winston).
- Murray, T.H. et Bayer, R., 1984: «Ethical issues in occupational health», dans J.M. Humber et R.F. Almeder (directeurs de publication): *Biomedical Ethics Reviews* (Clifton, New Jersey, Humana Press).
- Nathan, P.E., 1985: «Johnson and Johnson's live for life: A comprehensive positive lifestyle change program», dans J.D. Matarazzo, N.E. Miller, J.A. Herd et S.M. Weiss (directeurs de publication): *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (New York, Wiley).
- Needleman, H.L., Geiger, S.K. et Frank, R., 1985: «Lead and IQ scores: A reanalysis», *Science*, vol. 227, pp. 701-704.
- O'Brien, C., 1993: *Under the Influence? Drugs and the American Work Force* (Washington, DC, National Research Council).
- Office of Research Integrity, 1993: «Findings of scientific misconduct», *Federal Register*, vol. 58, n° 117, p. 33831.
- Office of Technology Assessment, 1983: *The Role of Genetic Testing in the Prevention of Occupational Disease* (Washington, DC, US Government Printing Office).
- Office of the Assistant Secretary for Health, 1992: *Guidelines for the Conduct of Research within the Public Health Service* (Washington, DC, Department of Health and Human Services, PHS).
- Parasuramen, S. et Cleek, M.A., 1984: «Coping behaviours and managers' affective reactions to role stressors», *Journal of Vocational Behaviour*, vol. 24, pp. 179-183.
- Pearlin, L.I. et Schooler, C., 1978: «The structure of coping», *Journal of Health and Social Behaviour*, n° 19, pp. 2-21.
- Pellegrino, E.D., Veatch, R.M. et Langan, J.P., 1991: *Ethics, Trust, and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects* (Washington, DC, Georgetown University Press).
- Planck, M., 1933: *Where is science going?* (Woodbridge, Ox-bow).
- Price, A.R., 1993: «The United States Government scientific misconduct regulations and the handling of issues related to research integrity», *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, vol. 3, supplément n° 1, pp. 253-264.
- Ramazzini, B., 1713: *De morbis artificum diatriba* (New York, Hafner).
- Reed, R.R., 1989: «Responsibilities of awardee and applicant institutions for dealing with and reporting misconduct in science», *Federal Register*, vol. 54, n° 151, pp. 32446-32451.
- Rest, K.M., 1995: «Ethics in occupational and environmental health», chap. 12, dans B.S. Levy et D.H. Wegman (directeurs de publication): *Occupational Health — Recognizing and Preventing Work-Related Disease* (Boston, Little Brown and Company).

- Roman, P., 1981: *Prevention and Health Promotion Programming in Work Organizations* (DeKalb, Illinois, Northern Illinois University).
- Roman, P. et Blum, T.C., 1987: «Ethics in worksite health programming: Who is served?», *Health Education Quarterly*, vol. 14, n° 1, pp. 57-70.
- Royal College of Physicians of London, 1993: *Guidance on Ethics for Occupational Physicians* (Londres).
- Russell, B., 1903: *The Principles of Mathematics* (New York, Oxford University Press).
- Russell, B., 1979: «What I believe», chap. 3, dans P. Edwards (directeur de publication): *Why I Am not a Christian — and other Essays on Religion and Related Subjects* (Londres, Unwin Paperbacks).
- Russel, E. et Westrin, C.G., 1992: «Ethical issues in epidemiological research: Guidelines containing the minimum common standards of practice recommended for use by project leaders and participants in the operation of future concerted actions», dans M. Hallen et Vuylsteek (directeurs de publication): *Commission of the European Communities. Medicine and Health: COMAC Epidemiology* (Luxembourg, COMAC).
- Samuels, S.W., 1992: «Principles for ethical practice of environmental and occupational medicine», chap. 124, dans W.N. Rom (directeur de publication): *Environmental and Occupational Medicine* (Boston, Little, Brown and Company).
- Sharporn, D.H., 1993: «Integrity in science: Administrative, civil and criminal law in the USA», *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, vol. 3, supplément n° 1, pp. 271-281.
- Soskolne, C.L., 1989: «Epidemiology: Questions of science, ethics, morality and law», *American Journal of Epidemiology*, vol. 129, n° 1, pp. 1-18.
- 1991: «Ethical decision-making in epidemiology: The case-study approach», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 44, supplément n° 1, pp. 125S-130S.
- 1991-92: «Rationalizing professional conduct: Ethics in disease control», *Public Health Reviews*, vol. 19, pp. 311-321.
- 1993a: «Introduction to misconduct in science and scientific duties», *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, vol. 3, supplément n° 1, pp. 245-251.
- 1993b: «Questions from the delegates and answers by the panelists concerning 'Ethics and Law in Environmental Epidemiology'», *ibid.*, pp. 297-319.
- Soskolne, C.L. et Macfarlane, D.K., 1996: «Scientific misconduct in epidemiologic research», dans S. Coughlin et T. Beauchamp (directeurs de publication): *Ethics and Epidemiology* (New York, Oxford University Press).
- Standing Committee of Doctors of the EEC, 1980: *Occupational Health Charter*. Document Number CP80/182, adopted at Brussels, 1969, revised at Copenhagen, 1979, and at Dublin, 1980.
- Summers, C., Soskolne, C.L., Gotlieb, C., Fawcett, E. et McClusky, P., 1995: «Do scientific and scholarly codes of ethics take social issues into account?», *Accountability in Research*, vol. 4, pp. 1-12.
- Susser, M., 1973: *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies of Epidemiology* (New York, Oxford University Press).
- Swazey, J.P., Anderson, M.S. et Seashore, L.K., 1993: «Encounters with ethical problems in graduate education: Highlights from national surveys of doctoral students and faculty», *Publication of the American Association for the Advancement of Science, Scientific Freedom, Responsibility and Law Program*, vol. VI, n° 4, automne, pp. 1 et 7.
- Teich, A.H. et Frankel, M.S., 1992: *Good Science and Responsible Scientists: Meeting the Challenge of Fraud and Misconduct in Science* (Washington, DC., American Association for the Advancement of Science).
- Vincis, P. et Soskolne, C.L., 1993: «Cancer risk assessment and management: An ethical perspective», *Journal of Occupational Medicine*, vol. 35, n° 9, pp. 902-908.
- Woodger, J.H., 1937: *The Axiomatic Method in Biology* (Cambridge, Cambridge University Press).
- Yoder, J.D., 1982: «Ethical issues in industrial hygiene in the 1980s», dans J.S. Lee et W.N. Rom (directeurs de publication): *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, op. cit.

Références complémentaires

- AAOHN Executive Committee, 1977: *Code of Ethics. American Association of Occupational Health Nurses* (Atlanta).
- American Occupational Medical Association, 1976: «Code of ethical conduct for physicians providing occupational medical services», *American Occupational Medical Association*, 23 juillet, p. 1.
- American Society of Safety Engineers (ASSE), 1974: *Code of Ethics for the Safety Profession* (Des Plaines, Illinois).
- Arnold, T., 1994: «Women boycott U of C survey on breast implants: Funds come from manufacturer», *The Edmonton Journal*, 19 mars, B4.
- Australian College of Occupational Medicine, 1987: *Ethics for Occupational Health Physicians* (Melbourne).
- Baram, M.S., 1984: «Charting the future course for corporate management of health risks», *American Journal of Public Health*, vol. 74, pp. 1163-1166.
- Barrell, J., 1988: «Code of professional conduct», Institute for Occupational Safety and Health (IOSH), *The Safety Practitioner*, pp. 31-32.
- Begley, S., 1992: «Lead, lies and data tapes», *Newsweek*, 16 mars, p. 62.
- Bernier, R., 1994: «NIH actions against breast cancer researcher raise issues for epidemiologists», *The New Epidemiology Monitor*, vol. 15, n° 4, pp. 1-2.
- Calabrese, E.J., 1978: *Methodological Approaches to Deriving Environmental and Occupational Health Standards* (New York, Wiley-Interscience).
- Canadian Medical Association, 1988: *Provision of Occupational Health Services: A Guide for Physicians* (Ottawa).
- Castleman, B.I. et Ziem, G.E., 1988: «Corporate influence on threshold limit values», *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 13, n° 5, pp. 531-559.
- Committee on Government Operations, 1990: *Are Scientific Misconduct and Conflicts of Interest Hazardous to our Health?*, Nineteenth Report, US Government Printing Office.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, 1979: «Code de déontologie médicale», décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant sur le Code de déontologie médicale (*Journal Officiel* du 30 juin 1979) remplaçant le décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955 (*Journal officiel* du 6 décembre 1955), modifié par le décret n° 77-638 du 21 juin 1977 (Paris).
- Corbett, T.H., 1982: «Ethics and environmental health», dans J.S. Lee et W.N. Rom (directeurs de publication): *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health* (Ann Arbor, Michigan, Ann Arbor Science Publishers).
- Dawson, N.J., 1987: «Ensuring scientific integrity» (Letter), *Nature*, vol. 327, 18 juin, p. 550.
- Doll, R., 1985: «Occupational cancer: A hazard for epidemiologists», *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, pp. 22-31.
- Feinstein, A.R., 1988: «Fraud, distortion, delusion, and consensus: The problems of human and natural deception in epidemiologic science», *American Journal of Medicine*, vol. 84, pp. 475-478.
- Glazer, M., 1989: *The Whistleblowers: Exposing Corruption in Government and Industry* (New York, Basic Books).

- Goodman, K.W., 1994: *Case Presentation on Ethical Topics in Epidemiology* (American College of Epidemiology), mars.
- Hammond, E. et Selikoff, I.J., 1979: «Public control of environmental health hazards», *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 329.
- Lord, M.W., 1982: «Keynote address: Corporate ethics and environmental pollution», dans *Legal and Ethical Dilemmas in Occupational Health*, op. cit.
- Lowrance, W.W., 1976: *Of Acceptable Risk* (Los Altos, California, William Kaufmann).
- Lowy, F.H. et Meslin, E.M., 1993: «Fraud in medical research», chap. 24, dans G. Koren (directeur de publication): *Textbook of Ethics in Pediatric Research* (Malabar, Floride, Kreiger).
- Mason, J.O., 1992: «Opportunity for a hearing on Office of Research Integrity scientific misconduct findings», *Federal Register*, vol. 57, n° 216, pp. 53125-53126.
- McCutchen, C.W., 1991: «Peer review: Treacherous servant, disastrous master», *Technology Review*, oct., pp. 28-40.
- Pellegrino, E.D., 1992: «Character and the ethical conduct of research», *Accountability in Research*, vol. 2, pp. 1-11.
- Reece, R.D. et Siegel, H.A., 1986: *Studying People — A Primer in the Ethics of Social Research* (Macon, Géorgie, Mercer University Press).
- Royal College of Nursing, 1991: «Professional practice and ethics for occupational health nurses», dans *A Guide to an Occupational Health Service: A Handbook for Employers and Nurses* (Londres, Scutari Projects).
- Royal College of Physicians, 1986: *Guidance on Ethics for Occupational Physicians* (Londres).
- Shamoo, A.E., 1991: «Policies and quality assurance in the pharmaceutical industry», *Accountability in Research*, vol. 1, pp. 273-284.
- Shamoo, A.E. et Annau, Z., 1987: «Ensuring scientific integrity» (Letter) *Nature*, vol. 327, 18 juin, p. 550.
- 1989: «Data audit — Historical perspective», chap. 1, dans A.E. Shamoo (directeur de publication): *Principles of Research Data Audit* (Newark, New Jersey, Gordon and Breach).
- Shapiro, I.M., 1992: «Speaking out: Petition for a colleague», *Almanac*, 17 mars, p. 3.
- Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, 1994: *Integrity in Research and Scholarship: A Tri-Council Policy Statement* (Ottawa, Medical Research Council of Canada).
- Soskolne, C.L., 1985: «Epidemiological research, interest groups, and the review process», *Journal of Public Health Policy*, vol. 6, n° 2, pp. 173-184.
- Spice, B., 1991: «Pitt to review charges against lead researcher», *Pittsburgh Post-Gazette*, 30 déc., p. 4.
- Thilly, F., 1957: *A History of Philosophy* (révisé par L. Wood) (New York, Holt, Rinehart and Winston).
- Twedt, S., 1991: «Pitt expert on toxic lead has research challenges», *The Pittsburgh Press*, 29 déc., p. A1.
- Weiss, T., 1991: «Too many scientists who 'blow the whistle' end up losing their jobs and careers», *Chronicle of Higher Education*, juin, p. A36.
- Westman, D.P., 1991: *Whistleblowing: The Law of Retaliatory Discharge* (Rockville, Maryland, Bureau of National Affairs).
- Wohleber, C., 1992: «OSI asks for internal inquiry. Needleman challenged again on landmark 1979 study of low-lead exposure's effects», *University Times*, 9 janv., p. 4.
- Worksafe Australia, 1992: «Guidelines on ethical aspects of OHS workplace research», *WSA Newsletter*, juin, p. 7.