

COMPARAISON DES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Perfectionner la prévention des risques professionnels

Livre Blanc

Rapporteur:

Loïc LEROUGE

Directeur de recherche au CNRS

Chaire Internationale d'études comparées de la santé au travail (CIECST)

Laboratoire international interdisciplinaire sur les transitions environnementales, le travail et la santé (LYATEST) entre l'Université de Bordeaux et l'Université Laval

Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale

GPR HOPE, Idex-Université de Bordeaux

COMPTRASEC UMR 5114, CNRS-Université de Bordeaux

Juin 2026

Sommaire

Remerciements.....	5
Preface.....	7
Argumentation et objectifs.....	9
1. Structuration des services de santé au travail.....	12
Norvège.....	13
Croatie.....	14
Pologne.....	18
Portugal.....	20
Italie.....	26
Japon.....	29
Belgique.....	30
Royaume-Uni.....	32
Canada.....	34
Afrique centrale.....	36
France.....	37
2. La prévention des accidents mortels.....	41
3. La santé tout au long de la vie (pénibilité/TMS, cancers).....	47
4. La prise en compte de la santé mentale au travail – RPS.....	53
5. La prise en compte de la transition numérique.....	57
6. La prise en compte du changement climatique.....	61
6. Recommandations pour optimiser les pratiques en médecine du travail et la prévention des risques professionnels.....	63
6.1. Accidents mortels.....	63
6.2. Santé tout au long de la vie.....	63
6.3. La prise en compte de la santé mentale au travail – RPS.....	64
6.4. La prise en compte de la transition numérique.....	64
6.5. La prise en compte des changements climatiques.....	64
Conclusion.....	66

Remerciements

Many thanks to the Corrèze-Dordogne Occupational Health and Prevention Service ([SPST 19-24](#)), without which this event could not have taken place. The conference received strong support from the French occupational health insurance funds (“Caisse d’assurance retraite et de santé au travail” – CARSAT Aquitaine), LABEX Entreprendre (University of Montpellier), and the French Society of Occupational Medicine (SFST). We would also like to thank Les PEP19, Crédit Agricole Charente-Périgord, and Aquitrad for their excellent simultaneous interpretation.

Preface

L'expérience de l'observation de la vie au travail nous mène à deux conclusions que nous pourrions schématiser par une simple thèse : le travail est bénéfique à l'Homme pour autant qu'il lui soit adapté.

L'ergonomie, la prévention des risques et l'empathie humaine en sont les instruments d'amélioration permanente. Les Services de Prévention, de Santé et de Bien-être au travail en sont, eux, les instruments de promotion, de mesure et de correction.

Or, au départ de la réflexion, nous savons que l'humain puise son identité unique dans l'évolution de son environnement social et culturel. Ce processus, l'individuation, nous amène à raisonner notamment par des solutions culturelles de l'amélioration des conditions de travail. Il paraît donc approprié d'essayer de comparer les sources culturelles pour y puiser les effets professionnels.

Rassembler des personnalités nationales de la Santé au Travail originaires de pays diversifiés est une méthode originale et passionnante de réflexion qui nous est ici offerte par le Loïc LEROUGE, Directeur de recherche au CNRS. Les résultats de cette approche collective, holistique et internationale nous proposent des pistes originales dans nos démarches d'amélioration significative, permanente et durable de la Santé au Travail, quel que soit son pays et sa culture, afin de favoriser une vie professionnelle toujours plus épanouissante.

Philippe FRANCOIS

Président du Service de Prévention et de Santé au Travail de Corrèze-Dordogne

Expert en tourisme près les Nations Unies, la Commission Européenne, le Gouvernement français - auteur, conférencier, président d'école supérieure de management - Président d'honneur de l'Organisation mondiale des écoles hôtelières - Ambassadeur mondial de Paix par le Tourisme

Argumentation et objectifs

Ce livre blanc est le fruit du séminaire international qui s'est tenu à Sarlat les 14 et 15 novembre 2024. Il est également le résultat d'une collaboration entre universitaires et acteurs de terrain. Un grand merci au Service de santé et de prévention au travail Corrèze-Dordogne ([SPST19-24](#)) sans lequel cet événement n'aurait pas pu avoir lieu. La conférence a bénéficié d'un soutien de la part de la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT Aquitaine), du LABEX Entreprendre (Université de Montpellier) et de la Société française de médecine du travail (SFST). Nous remercions également Les PEP19, le Crédit Agricole Charente-Périgord et Aquitrad pour leur excellente traduction simultanée.

Ce séminaire s'inscrit dans la droite ligne de l'objectif de la Chaire internationale de recherche en études comparatives sur la santé au travail ([CIECST](#)), qui vise à développer des collaborations internationales et à établir des passerelles entre la recherche et la pratique sur un thème aussi important que la santé au travail. En effet, le rôle de la médecine du travail est de protéger la santé des travailleurs. La protéger, c'est aussi protéger la santé de la population. La santé au travail est un déterminant clé de la santé publique.

Cependant, selon les pays, son champ d'application est susceptible de varier en termes de santé physique et mentale au travail, mais aussi en termes de compétences et de coopération (existence ou non d'un service de santé au travail, coopération ou non avec d'autres disciplines et/ou d'autres acteurs, etc.). L'objectif de cet événement était de réunir en un même lieu des médecins du travail de différents pays afin de discuter des différentes pratiques dans ce domaine. Le principe directeur est d'apprendre des pratiques de chacun et d'ouvrir ensemble de nouvelles perspectives pour l'avenir de la médecine du travail. Une comparaison des législations, des missions et des résultats en termes d'indicateurs de santé clés devrait permettre une réflexion commune fondée sur des données probantes et déboucher sur des propositions visant à ouvrir ensemble de nouvelles perspectives pour le développement de cette discipline.

Ces pays ont été choisis afin de disposer d'exemples provenant d'Amérique du Nord, d'Afrique, d'Asie, ainsi que de pays d'Europe du Nord, du Sud, de l'Est et de l'Ouest. Il s'agit en quelque sorte du lancement d'un réseau international de médecins du travail désireux d'échanger des idées sur des thèmes importants de la santé au travail aujourd'hui, afin d'améliorer leur approche, leur pratique et leur système national de santé au travail. Un grand merci aux médecins du travail qui sont venus de si loin pour représenter leur système national de médecine du travail et leurs sociétés nationales de santé au travail :

- Dr Susan STOCK, Canada ;
- Dr Tomohisa NAGATA, Japon ;
- Dr H. Dahlia MOSSORO-KPINDE, Afrique centrale ;
- Dr Lanre OGUNYEMO, Royaume-Uni ;
- Dr Jarand HINDENES, Norvège ;
- Dr Philippe FARR, Belgique ;
- Dr Jorge BARROSO DIAS, Portugal ;
- Prof. Fabriziomaria GOBBA, Italie ;
- Dr Marcin RYBACKI, Pologne ;
- Dr Martina ELEZ, Croatie ;
- Pr Sophie QUINTON FANTONI, France.

Chacun-e d'entre eux, en tant que représentant(e) de son système national de médecine du travail, devait répondre à diverses questions afin de comparer leurs approches et leurs pratiques. Ces questions ont structuré le séminaire et vont désormais structurer le livre blanc. Ils ont ensuite été interrogés sur les pratiques et les réponses de leurs systèmes concernant :

1. Comment les services de santé au travail sont-ils structurés et quel est le rôle des acteurs impliqués ;
2. La prévention des accidents mortels ;
3. La santé tout au long de la vie (usure physique/troubles musculo-squelettiques, cancer) ;
4. La prise en compte de la santé mentale sur le lieu de travail – facteurs de risque psychosocial ;
5. Les défis de la transition numérique ;
6. La prise en compte du changement climatique.

Nous avons ainsi obtenu une vue d'ensemble des différents systèmes relatifs à ces sujets. La discussion s'est ensuite achevée par les commentaires et les questions du reste de l'assemblée, composée de :

- Philippe FRANÇOIS, président de la SPST 19-24 ;
- Laurent EECKE, directeur général de la SPST 19-24 ;
- Dr Fabrice MICHIELS, médecin du travail, SPST 19-24 ;
- Dr Jean-Marie MILLELIRI, médecin du travail, SPST 19-24 ;
- Sophie SELUSI, Université de Montpellier, École de droit social de Montpellier, Chaire de recherche sur la prévention des risques professionnels ;
- Pierre LAMBERT, ingénieur-conseil adjoint, CARSAT Aquitaine ;
- Loïc LEROUGE, directeur de recherche au CNRS, COMPTRASEC UMR 5114, CIECST, CNRS-Université de Bordeaux ;
- Dr Guillaume CHORON, médecin du travail, Société régionale de médecine du travail d'Occitanie ;
- Dr Candice RANCÉ, médecin du travail, Société régionale de médecine du travail d'Occitanie ;
- Dr Benoit ATGÉ, médecin du travail, Société régionale de médecine du travail de Nouvelle-Aquitaine (SMTA) ;
- Arnaud BARILLET, Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail de Nouvelle-Aquitaine (ARACT)
- Dr Kiminori ODAGAMI, Université de Fukuoka
- Andriy LYUBCHYK, doctorant, Université de Lille

Afin d'encourager la discussion, l'écriture du livre blanc suit en partie les règles de *Chatham House* afin de respecter l'anonymat. Les participants au séminaire étaient libres d'utiliser les informations reçues, mais ni l'identité, ni l'affiliation des intervenants, ni celles d'aucun autre participant, ne peuvent être révélées.¹

¹ <https://www.chathamhouse.org/about-us/chatham-house-rule>

1. Structuration des services de santé au travail

Afin de bien cerner l'organisation de chaque service national de santé au travail, plusieurs questions ont été posées pour chaque approche :

- Quel est le coût de la santé au travail ?
- Comment le système de santé au travail est-il organisé ?
- Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?
- Comment la médecine du travail est-elle structurée ?
- Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?
- Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment les pénuries de médecins du travail sont-elles gérées ?
- Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?

Afin de compléter la comparaison, trois questions supplémentaires ont été ajoutées :

- Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié ?
- Exemples de bonnes pratiques ?
- Vieillesse et politique en matière d'âge de départ à la retraite (a-t-elle un impact sur la politique de santé tout au long de la vie) ?
- Prise en compte des travailleurs informels ?

NORVÈGE

Quel est le coût de la santé au travail ?	Il n'existe pas de données officielles, mais sur la base des tarifs moyens, du nombre de salariés concernés et de la taille ou du type d'entreprise, on peut estimer le coût national à 200-300 millions d'euros par an.
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	La majeure partie de la santé au travail (tant pour les entreprises privées que publiques) est externalisée vers des services de santé au travail interentreprises. L'obligation de mise en place d'un système de santé au travail est déterminée par le niveau de risque (et non par la taille de l'entreprise). L'Autorité d'inspection du travail définit les groupes d'entreprises concernés. En 2025, cela représente environ 65 à 75 % de la main-d'œuvre.
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé ?	La santé au travail est généralement divisée en plusieurs volets : médical, hygiène industrielle, ergonomie et aspects psychosociaux/organisationnels. Il existe des recommandations spécifiques concernant la surveillance de la santé, ainsi que les limites d'exposition et le soutien psychosocial. Cependant, une grande partie des services repose sur un principe de devoir de diligence fondé sur une tradition établie, telle que définie par l'Inspection du travail.
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	<p>Les services de santé au travail sont entièrement financés par les employeurs. Il existe six services spécialisés en médecine du travail (dans les hôpitaux universitaires) qui prennent en charge les patients orientés vers eux (financés par les pouvoirs publics). Les services de santé au travail sont pour la plupart privés et à but lucratif. Le coût du service dépend de l'entreprise et du service fourni. La moyenne se situe entre 150 et 200 € par employé et par an.</p> <p>Des réglementations spécifiques régissent le fonctionnement de la SST et les services à fournir en priorité, conformément à l'accord signé entre l'entreprise et le service de santé au travail.</p> <p>Service de conseil dans le sens où le service de santé au travail est chargé de fournir des conseils avisés aux clients et, en cas de problème, il appartient à l'employeur client de faire valoir sa responsabilité auprès des autorités.</p> <p>Services de santé au travail interentreprises (91 services, dont 3 à 4 principaux couvrant plus ou moins l'ensemble du territoire national) ou au sein des entreprises.</p> <p>70 % des travailleurs sont couverts.</p> <p>Les services de santé au travail doivent être agréés par l'État (Inspection du travail).</p> <p>Au moins 3 personnes par service, avec une approche multidisciplinaire.</p> <p>Pas d'activité de prévention extra-professionnelle.</p>
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	Médecine du travail uniquement pour les risques spécifiques et suivis individuels uniquement pour les personnes les plus exposées, retour d'information à l'employeur sous forme d'indicateurs collectifs.
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment les pénuries des de médecins du travail sont-elles gérées ?	Le médecin du travail peut témoigner devant le tribunal au nom du salarié ou de l'employeur.
Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?	Lien avec l'inspection du travail dans les situations collectives difficiles et lien avec les médecins généralistes.
Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié	Environ 200 médecins du travail. Ce n'est pas la spécialité préférée des médecins, qui s'intéressent davantage au traitement des patients malades et au sauvetage de vies.
Exemples de bonnes pratiques	
Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)	
Prise en compte des travailleurs informels	Le sujet n'est pas directement abordé.

CROATIE

Quel est le coût de la santé au travail ?	<p>En 2015, les employeurs croates ont dépensé 604,6 millions de HRK en frais médicaux, congés maladie, frais juridiques, etc., liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.</p> <p>À cela s'ajoutent 300 millions de HRK de « coûts de mise en conformité » (coûts liés au respect des réglementations en matière de sécurité au travail). Coût total estimé est de 904,6 millions de HRK en 2015 les questions de santé et de sécurité au travail.</p> <p>La majorité des frais d'examen sont généralement pris en charge par la Caisse croate d'assurance maladie (HZZO) lorsqu'elle fournit des services de médecine du travail.</p> <p>En Croatie, les employeurs sont légalement tenus de mettre en place des mesures de sécurité au travail, des évaluations des risques, etc. Des amendes sont prévues en cas de non-respect : par exemple, ne pas effectuer correctement les évaluations des risques peut entraîner des sanctions pécuniaires.</p> <p>Pour de nombreux employeurs, les examens de santé au travail sont relativement abordables (lorsqu'ils font appel à des établissements de médecine du travail sous contrat) car la HZZO prend en charge une grande partie des coûts.</p> <p>Cependant, le coût total des maladies et accidents du travail (pour l'économie) est très important — des centaines de millions de kunas par an (au moins selon les chiffres de 2015).</p>
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	<p>La loi sur la sécurité au travail (« Zakon o zaštiti na radu ») impose aux employeurs l'obligation d'assurer une protection de la santé adaptée aux risques professionnels.</p> <p>La loi sur les soins de santé (« Zakon o zdravstvenoj zaštiti ») régit la manière dont les soins de santé (y compris la médecine du travail) sont dispensés.</p> <p>La loi sur l'assurance maladie pour la santé au travail (« Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu ») définit les modalités de financement et d'organisation des services de santé au travail.</p> <p>Le ministère du Travail est le principal organisme administratif chargé de la sécurité et de la santé au travail.</p> <p>L'Inspection nationale du travail effectue des contrôles liés à la sécurité et à la santé au travail.</p> <p>L'Institut croate de santé publique (HZJZ) dispose d'un département de santé au travail. Celui-ci intervient dans les domaines de la prévention, de la surveillance de la santé, des normes et des recommandations.</p> <p>La Caisse croate d'assurance maladie (HZZO) finance (en partie) la protection de la santé au travail.</p> <p>Dans le cadre de la « protection sanitaire spécifique des travailleurs » (« specifična zdravstvena zaštita radnika »), la mission des services de santé au travail comprend :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les examens médicaux visant à évaluer la capacité de travail / l'aptitude physique.- La surveillance de la santé des travailleurs (bilans de santé périodiques)- Les examens préventifs, tenant compte de l'âge, du sexe, des conditions de travail et du risque de maladies professionnelles.- Les conseils en matière de santé, de sécurité, d'organisation du travail et d'utilisation des équipements de protection.- Les premiers secours et les interventions médicales d'urgence sur le lieu de travail.- L'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles.- L'éducation à la santé, la promotion de la santé et la réadaptation professionnelle.- Les procédures de diagnostic visant à identifier les maladies professionnelles.- Les employeurs sont légalement tenus de souscrire des services de médecine du travail (« usluge medicine rada ») auprès d'établissements de santé publics dotés de services de médecine du travail, d'établissements médicaux privés employant des spécialistes en médecine du travail. <p>Conformément à la loi, les spécialistes en médecine du travail doivent jouir d'une indépendance professionnelle. Ils doivent coopérer avec les employeurs et les travailleurs, mais ils doivent également être libres dans leur jugement professionnel.</p>

Les employeurs sont légalement tenus de permettre l'accès aux lieux de travail afin que les professionnels de la médecine du travail puissent accomplir leurs tâches.

La loi pour la santé au travail « Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu » garantit l'existence d'une assurance maladie obligatoire pour la santé au travail.

Les fonds destinés aux services de santé au travail (protection spécifique de la santé des travailleurs) proviennent des cotisations définies en vertu de cette loi.

Dans de nombreux cas, l'employeur prend en charge les coûts liés aux mesures de santé au travail. Par exemple, les bilans de santé préventifs et les examens médicaux sont généralement pris en charge par l'employeur en vertu de la

L'HZJZ (Institut croate de santé publique) fournit des conseils, des outils, des listes de contrôle et des normes pour les services de médecine du travail.

Il existe en Croatie un code de déontologie pour les professionnels de la santé au travail, qui met l'accent sur l'indépendance professionnelle et la confidentialité. Conformément au « Program rada » de l'HZJZ, ils contribuent également à la planification stratégique nationale, à l'élaboration de réformes juridiques et à la formation de spécialistes en médecine du travail.

Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé ?

Le ministère du Travail est le principal organisme chargé de la santé et de la sécurité au travail (SST), mais il coopère étroitement avec le ministère de la Santé dans ce domaine.

L'Institut croate de santé publique (HZJZ) dispose d'un département dédié à la santé au travail, qui fait le lien entre les objectifs de santé publique et les politiques de santé sur le lieu de travail.

L'Institut croate pour la protection de la santé et la sécurité au travail (un institut combiné) regroupe la protection de la santé (médecine) et la surveillance de la sécurité, soulignant ainsi que la santé au travail ne peut être dissociée de la politique de sécurité sur le lieu de travail.

La loi sur la sécurité et la santé au travail définit la politique nationale en matière de SST, établit les principes de prévention, les obligations des employeurs et les droits des travailleurs.

La loi sur les soins de santé (Zakon o zdravstvenoj zaštiti) inclut explicitement la médecine du travail (médecine du travail) dans les services de soins de santé primaires.

Il existe un règlement (Pravilnik) établissant les normes et standards en matière de protection de la santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (« Pravilnik o standardima i normativima ... zaštite zdravlja na radu »).

La Croatie dispose d'un Plan national pour le travail, la sécurité au travail et l'emploi (2021–2027), qui inclut la sécurité et la santé au travail (SST) comme priorité stratégique.

Il existe un Programme national de santé et de sécurité au travail pour des secteurs spécifiques (par exemple, les professionnels de santé) qui traite des évaluations des risques, du suivi de l'état de santé et des causes de l'absentéisme lié au travail.

La santé au travail (protection spécifique de la santé des travailleurs) est couverte par l'assurance maladie obligatoire destinée à la « protection de la santé au travail ».

Les employeurs assument la responsabilité (et le coût) de la mise en œuvre des mesures de SST — évaluations des risques, examens de santé préventifs et services de santé au travail. Conformément à la loi sur la SST, ces coûts doivent être pris en charge par l'employeur, et non par le travailleur.

La santé au travail ne se limite pas au traitement des blessures ou des maladies : le système met l'accent sur la prévention, l'évaluation des risques, l'éducation à la santé et le dépistage précoce des maladies professionnelles. Cela s'inscrit dans les priorités plus larges de la Croatie en matière de santé publique.

À travers ses programmes de SST, la Croatie soutient des lieux de travail sains dans le cadre de sa politique nationale de santé : un travail plus sûr signifie moins de maladies liées au travail, moins d'absentéisme et une meilleure santé publique globale.

La réglementation croate en matière de santé au travail met en œuvre les directives de l'Union européenne sur la SST, ce qui signifie que sa politique de santé s'aligne sur les normes de l'UE en matière de sécurité et de santé des travailleurs.

	La stratégie nationale de SST s'inspire également des cadres stratégiques de l'UE, ce qui témoigne de l'intégration de la politique européenne en matière de santé et de sécurité au travail dans la politique nationale de santé de la Croatie.
Comment la médecine du travail est-elle organisée ?	1/3 dans le secteur public, 2/3 dans le secteur privé. Certains médecins généralistes interviennent ponctuellement à la demande d'entreprises.
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	Conventions avec les caisses d'assurance maladie pour le suivi individuel. Suivi annuel ou bisannuel, 42 euros par consultation. Approche multidisciplinaire. Des psychologues du travail sont associés au processus. Examens individuels pour de nombreuses catégories de personnel : personnel navigant, porteurs d'armes, ouvriers
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment la pénurie de médecins du travail est-elle gérée ?	Dans un centre public de médecine du travail, les médecins du travail examinent également les permis (de port d'armes, de pilotage, de navigation, etc.). De ce fait, les médecins du travail effectuent divers examens qui vont au-delà de la seule santé. Les médecins du travail privés peuvent être rémunérés par des petites entreprises pour répondre à des besoins spécifiques. Visibilité insuffisante dans le pays. Participation à des groupes de travail sur des projets de loi relatifs à la santé et à la sécurité au travail, mais les médecins du travail n'ont pas d'influence significative sur ces lois. De plus, il n'y a pas de contact avec des médecins d'autres spécialités. Les contacts se font principalement avec des ingénieurs de sécurité. Il existe donc plusieurs domaines où des améliorations pourraient être apportées. Par exemple, une loi sur la santé est en cours d'élaboration et comprend une section sur la santé au travail. On peut donc espérer que ce projet de loi favorisera une médecine du travail fondée sur des données probantes. En cas d'accident du travail, le médecin du travail participe à l'enquête et à la recherche de solutions pour le retour au travail, mais son action est limitée par la volonté de mettre en œuvre ces solutions. Il existe un institut de médecine du travail (un institut public d'État) qui mène des travaux scientifiques très utiles en médecine du travail et forme des internes en médecine du travail.
Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmières du travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?	Le service de l'hygiène et de la sécurité au travail ne participe pas à l'évaluation des risques, qui est assurée par l'ingénieur HSE.
Nombre total de médecins du travail et nombre par employé	180 médecins du travail, 60 personnes en formation.
Exemples de bonnes pratiques	Une réunion d'experts sur le thème « Bonnes pratiques dans le travail avec des substances dangereuses » (« Primjeri dobre prakse pri radu s opasnim tvarima ») a été organisée dans le cadre des initiatives de l'EU-OSHA. Parmi les exemples présentés figuraient : la manipulation des nanomatériaux en toute sécurité (« Nanomaterijali – poznato o nepoznatome ») et la gestion des risques chimiques sur le lieu de travail. Cela témoigne d'un travail proactif sur les risques chimiques, et non d'une simple réaction aux accidents. Promotion de la santé au travail (« Promicanje zdravlja na radu ») Il existe des bonnes pratiques documentées dans les programmes de promotion de la santé au travail. Par exemple, en Croatie, certains projets se concentrent sur l'ergonomie, les facteurs de risque psychosociaux, un mode de vie sain au travail et les interventions organisationnelles visant à soutenir le bien-être des travailleurs. Ces initiatives contribuent à prévenir les maladies professionnelles à long terme en s'attaquant non seulement à la sécurité immédiate, mais aussi à des déterminants de santé plus larges. Gestion des risques liés au travail flexible / à distance (ZNR – Zakon o zaštiti na radu) – Un exemple de bonne pratique nous vient de la Hrvatska poštanska banka (HPB), qui a élaboré des évaluations

	<p>des risques et des directives de sécurité pour le travail à distance. Elle a évalué les conditions physiques (aménagement de l'espace de travail, ventilation), la sécurité électrique, l'ergonomie (bureau, chaise, clavier), et même les premiers secours et la sécurité incendie pour le travail à distance. La HPB a également obtenu le certificat « Tvrtna prijatelj zdravlja » (Entreprise respectueuse de la santé), soulignant son engagement en faveur de la santé et de la sécurité des travailleurs.</p>
<p>Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)</p>	<p>Parmi les exemples de bonnes pratiques soumis au concours des prix de l'EU-OSHA en provenance de Croatie, certains portent spécifiquement sur la gestion de la santé et de la sécurité au sein d'une main-d'œuvre vieillissante. Il s'agit notamment d'évaluations des risques tenant compte de l'âge, d'interventions adaptées aux travailleurs âgés, ainsi que de politiques visant à prévenir l'invalidité et à favoriser le retour au travail des salariés âgés.</p>
<p>Prise en compte des travailleurs informels</p>	<p>Le travail informel constitue un problème non négligeable en Croatie, touchant une part importante de la population active, en particulier dans certains secteurs (agriculture, petites entreprises, tourisme).</p> <p>Le système de santé et de sécurité au travail en Croatie est axé sur l'emploi formel, de sorte que les travailleurs informels risquent d'être exclus de la protection sanitaire complète.</p> <p>Il existe des outils politiques (inspections, commission chargée du travail non déclaré) pour remédier à cette situation, mais la coordination est insuffisante et l'application de la réglementation reste un défi majeur. Pour améliorer la situation, les politiques devraient intégrer plus explicitement les travailleurs informels dans les stratégies de SST, éventuellement par le biais d'actions de sensibilisation innovantes, de mesures incitatives en faveur de la formalisation et de liens entre l'assurance maladie et le monde du travail.</p>

POLOGNE

Quel est le coût de la santé au travail ?	Il n'existe pas de données officielles
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	<p>Système similaire à celui de la Slovénie et de la Bulgarie.</p> <p>D'un point de vue juridique, les principaux acteurs de la santé et de la sécurité au travail en Pologne sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le ministère du Travail et des Affaires sociales qui est chargé des questions liées à la sécurité et à l'hygiène au travail (y compris la transposition de la plupart des directives européennes en matière de SST)- Le ministère de la Santé, chargé des questions liées à la santé au travail (médecine) et du contrôle des services de médecine du travail. <p>L'Inspection nationale du travail joue un rôle de surveillance important en vérifiant si les employeurs respectent leurs obligations en matière de SST. L'Inspection mène également des campagnes de sensibilisation à la SST.</p> <p>Conformément à la législation polonaise, tout emploi doit être précédé d'un examen médical obligatoire. À l'issue de cet examen, un médecin agréé délivre un certificat indiquant s'il existe ou non des contre-indications à l'exercice d'un poste particulier. Cette règle s'applique à tous les travailleurs et à tous les lieux de travail, quelles que soient les conditions de travail. Les coûts des examens médicaux sont pris en charge par les employeurs.</p> <p>Il existe environ 6 000 médecins habilités à effectuer les examens de santé périodiques des salariés en Pologne. Seuls 48,4 % d'entre eux sont des médecins spécialisés en médecine du travail.</p> <p>Certains d'entre eux travaillent au sein de services de médecine du travail regroupés, d'autres en tant que médecins du travail indépendants. Ils peuvent également exercer au sein d'un service interne à l'entreprise.</p>
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?	<p>Les services de santé et de sécurité au travail (SST) disposent d'un potentiel élevé, mais pas pleinement exploité, pour une prophylaxie efficace des maladies directement liées au travail et de celles indirectement aggravées par le travail.</p> <p>Les bilans de santé et les autres missions de la SST peuvent constituer un point de départ pour la promotion de la santé et la prévention.</p>
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	<p>Le personnel du service de santé au travail se compose de médecins, d'infirmiers, de psychologues et d'autres spécialistes possédant les qualifications requises, chargés d'effectuer des tâches multidisciplinaires. Le service comprend des prestataires de soins de santé, notamment des centres provinciaux de médecine du travail, des unités de recherche et développement et des universités de médecine. Les praticiens de la médecine du travail agissent indépendamment des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants afin de garantir l'objectivité et l'impartialité.</p> <p>Chaque voïvodie² en Pologne dispose d'un centre régional de médecine du travail, qui sert d'institution centrale locale pour les services de santé au travail. Ces centres offrent divers services, notamment des consultations, des inspections, des formations postuniversitaires, des activités de diagnostic des maladies professionnelles et une coopération dans le cadre d'initiatives de prévention et de promotion de la santé. Ils fournissent également une expertise et des conseils sur les aspects organisationnels et opérationnels des soins de santé au travail. En outre, ces centres tiennent des registres, effectuent des examens et délivrent des certificats médicaux conformément à des réglementations distinctes.</p> <p>L'Institut Nofer de médecine du travail (NIOM ; Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera) est le principal institut de santé au travail et environnementale en Pologne. Le NIOM assure le diagnostic de deuxième niveau des maladies professionnelles et constitue un centre de référence pour les examens de santé effectués dans les centres régionaux de médecine du travail.</p>
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	Conformément à la législation polonaise, tous les salariés (sous contrat de travail) sont soumis à la médecine du travail. Les travailleurs indépendants (ou B2B) ne sont pas obligatoirement inclus dans le système, mais ils peuvent en bénéficier à leur demande et à leurs frais.
Comment les médecins du système de santé sont-ils	Les médecins du travail ne sont pas particulièrement impliqués dans le système national de santé, car leurs activités sont financées par les fonds des employeurs. La seule exception concerne la

² Division administrative équivalent au découpage régional en France.

<p>mobilisés ? Comment les pénuries de médecins du travail sont-elles gérées ?</p>	<p>reconnaissance des maladies professionnelles, où les médecins du travail employés dans les centres provinciaux de médecine du travail et sont chargés de diagnostiquer les maladies professionnelles. Cette activité est financée par des fonds publics.</p>
<p>Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmières du travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues) ?</p>	<p>Il est très difficile de répondre à cette question, car les médecins du travail jouent un rôle prépondérant. C'est à l'entreprise de décider si elle souhaite organiser des formations, des conférences ou d'autres activités menées par des ergonomes ou des psychologues. Le service de médecine du travail n'est pas impliqué dans l'évaluation des risques, qui est prise en charge par l'ingénieur HSE.</p>
<p>Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié</p>	<p>Année 2022 : 5 984 médecins habilités à effectuer des examens préventifs des salariés. Année 2022 : 5 449 313 bilans de santé. Année 2022 : 12 057 600 salariés. Ratio médecin/nombre de salariés : 1/2 000.</p>
<p>Exemples de bonnes pratiques</p>	<p>Programme Amiantus (depuis l'année 2000) – Tous les anciens travailleurs des 28 usines polonaises de transformation de l'amiante ont droit à des examens médicaux périodiques et à des médicaments gratuits destinés à traiter les maladies liées à l'amiante. Ce programme est coordonné par l'Institut Nofer de médecine du travail. Dans le cadre du programme Amiantus, entre 2000 et 2021, 8 379 personnes (dont 63 % d'hommes) ont subi des examens préventifs dont les résultats ont été enregistrés dans une base de données. 2 237 sujets (26,7 %) ont reçu un diagnostic de maladie professionnelle ; 1 893 patients souffraient d'asbestose, 124 d'un cancer du poumon et 77 d'un mésothéliome.</p> <p>Programme national de santé – La santé au travail fait partie du Programme national de santé depuis 2017, qui constitue l'une des activités fondamentales du ministère de la Santé dans le domaine de la santé publique. Les missions visent à promouvoir la santé des salariés en soutenant les différents secteurs et professionnels impliqués dans la santé et la sécurité au travail.</p>
<p>Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (qui a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)</p>	<p>Conformément à l'« Arrêté du ministre de la Santé du 12 novembre 2020 relatif à la réalisation des examens médicaux des salariés, à l'étendue des soins de santé préventifs pour les salariés et aux certificats médicaux délivrés aux fins prévues par le Code du travail », le médecin du travail est tenu de suivre les recommandations émises par les instituts scientifiques dans le domaine de la médecine du travail. L'Institut Nofer de médecine du travail (NIOM), en tant que seul institut dans le domaine de la médecine du travail, définit les recommandations et les normes en matière de soins de santé au travail en Pologne. Parmi celles-ci figurent des recommandations concernant la prise en charge des travailleurs âgés.</p>
<p>Prise en compte des travailleurs informels</p>	<p>Ce sujet n'a jamais été abordé.</p>

PORTUGAL

Quel est le coût de la santé au travail ?

Il n'existe aucune publication statistique officielle de l'INE (Institut national de statistique) fournissant des coûts/investissements isolés dans les services de santé et de sécurité au travail (que ce soit dans le secteur privé ou public). Conformément à la législation en vigueur, tous les employeurs du secteur privé ou public ont l'obligation de mettre en place des services de santé et de sécurité au travail (selon les modalités de services internes, externes ou communs/partagés). Cependant, au Portugal, le secteur public n'a pas encore pleinement mis en place les services de santé et de sécurité au travail destinés aux fonctionnaires ; il s'agit donc d'un secteur où une expansion est attendue.

Comment le système de santé au travail est-il organisé ?

Au Portugal, le système de santé et de sécurité au travail est un ensemble structuré d'obligations légales, d'organisations, de services et de programmes conçus pour protéger et promouvoir la santé des travailleurs sur le lieu de travail, intégré dans le cadre plus large de la sécurité au travail et du droit du travail. Il implique la collaboration entre les employeurs, les autorités publiques, les prestataires de services externes et les professionnels de la santé afin de prévenir les risques professionnels, de surveiller la santé des travailleurs et d'améliorer les environnements de travail.

1. Cadre juridique et politique

1.1 - Base juridique principale - Les services de santé et de sécurité au travail (SST) sont réglementés par la législation portugaise (notamment la loi n° 102/2009, telle que modifiée), qui oblige les employeurs à organiser et à mettre en place des services et des mesures de sécurité et de santé au travail.

[<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-56365341>]

1.2 - Programmes nationaux - Le Programme national de santé au travail (PNSOC) — dirigé par la Direction générale de la santé (DGS) — fournit des orientations stratégiques, des concepts et des bonnes pratiques pour promouvoir la santé au travail dans tous les secteurs. Il met l'accent sur la prévention, la surveillance de la santé et la création de lieux de travail sains.

[<https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional4.aspx>]

1.3 - Responsabilité de l'employeur - Les employeurs doivent définir et mettre en œuvre une politique de santé et de sécurité au travail — documentant leur engagement en faveur de la santé des travailleurs, de la prévention des risques et des responsabilités organisationnelles — et la mettre à jour périodiquement.

2. Services de santé et de sécurité au travail - Conformément à la législation portugaise, les services de santé et de sécurité au travail peuvent être mis en œuvre de différentes manières, en fonction des besoins de l'employeur :

2.1 - Services internes - Il s'agit de services internes de santé et de sécurité au travail fournis directement par l'employeur à ses propres salariés.

Les entreprises de plus de 400 salariés ou exerçant des activités à haut risque doivent disposer de services internes (elles peuvent toutefois demander une autorisation officielle pour la mise en place de services externes).

2.2 - Services externes - Les employeurs ne disposant pas de capacités internes peuvent faire appel à des prestataires de services externes de santé et de sécurité au travail (par exemple, des cliniques/entreprises spécialisées agréées par les autorités) pour remplir leurs obligations légales.

2.3 - Services communs - Services de SST partagés entre plusieurs entreprises/organisations ou lieux de travail.

3 – Activités des services de SST

La loi n° 102/2009 (telle que modifiée) correspond, dans sa genèse, à la transposition de la directive européenne relative aux activités des services de santé et de sécurité au travail (SST) et s'inscrit dans les objectifs généraux et les bonnes pratiques de la médecine du travail et de la santé au travail adoptés en Europe (notamment par la Section de médecine du travail de l'UEMS).

Ces activités doivent être développées au sein d'équipes multidisciplinaires de santé au travail (médecins du travail, infirmiers du travail et autres professionnels de santé) en articulation directe avec les services de sécurité (évaluation des risques professionnels, contrôle des facteurs de risque

; prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) ainsi que par des visites conjointes sur les lieux de travail.

3.1 - Interventions collectives

Stratégies communes ou distinctes des services de santé et de sécurité au travail et des services de sécurité, visant à promouvoir la santé et à prévenir les accidents du travail, les maladies professionnelles et les affections liées au travail, en particulier celles liées à des facteurs psychosociaux : (1) Planification annuelle des activités de prévention ; (2) Collaboration aux exercices d'évacuation ; (3) Campagnes de sensibilisation et formation des travailleurs sur les questions de santé et de sécurité au travail (prévention des lésions musculo-squelettiques liées au travail, utilisation appropriée des équipements de protection individuelle, respect des recommandations de sécurité) ; (4) Promotion de la santé générale et spécifique (hygiène du sommeil, nutrition, lutte contre l'obésité, prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et de la consommation de drogues) ; (5) dans la mesure du possible, promotion de l', de l'activité physique pour lutter contre la sédentarité, du bien-être et du bonheur en entreprise ; etc.

Il convient de noter que ces activités d'intervention collective multidisciplinaire en matière de SST dépendent de la collaboration des services de gestion des ressources humaines, de la taille des entreprises et des ressources dont disposent les services de SST.

Dans les petites organisations aux ressources limitées, la mise en œuvre complète de ces activités est difficile et nécessite le recours à des moyens plus restreints, mais ceux-ci peuvent améliorer l'information et la sensibilisation des travailleurs sur les aspects les plus transversaux, en vue de favoriser une culture de la santé et de la sécurité au travail (et également de rendre les interventions individuelles plus efficaces).

3.2 - Interventions individuelles : [voir 3.2.3]

La loi n° 102/2009 (telle que modifiée) définit la typologie des consultations/examens de médecine du travail (examens pré-embauche, périodiques et occasionnels).

3.2.1 – Surveillance de la santé - (1) surveillance individuelle de la santé avec un (2) protocole d'examen médical adapté aux risques professionnels de chaque catégorie professionnelle/activité/fonction et tâches (en particulier lors des examens pré-embauche et des examens périodiques) ; (3) vaccination spécifique ; (4) promotion de la santé et autres interventions individuelles spécifiques ; (5) identification des états de santé fragiles chez les femmes enceintes, des maladies professionnelles ou d'autres états de santé vulnérables ; (6) retour au travail après une maladie ou un accident ; (7) examens ponctuels à la demande du travailleur ou de l'employeur ; (8) changement d'activité ou de lieu de travail ;

3.2.2 – Certificat d'aptitude au travail (FAT)

Toute activité clinique individuelle en médecine du travail a pour objectif fondamental la détermination de l'aptitude au travail (l'activité principale de l'évaluation en médecine du travail) avec la délivrance du « formulaire d'aptitude au travail » (FAT) pour chaque consultation/examen de médecine du travail.

Dans ce formulaire officiel, la médecine du travail remplit sa mission consistant à (1) adapter le travail au travailleur (pour protéger sa santé ou prévenir l'aggravation de son état de santé) et (2) indiquer un « Résultat de l'évaluation de l'aptitude au travail (**APTE / APTE SOUS CONDITION / INAPTE TEMPORAIREMENT / INAPTE DE MANIÈRE PERMANENTE**), en précisant les (3) recommandations applicables (à savoir les restrictions de tâches ou les conditions que l'employeur et le travailleur doivent respecter).

Après la délivrance du « formulaire d'aptitude au travail » (FAT), tant le salarié que les responsables des ressources humaines de l'employeur doivent signer ce document (pour confirmer qu'ils ont pris connaissance des conclusions de la médecine du travail).

[<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/03/04800/0149801500.pdf>]

3.2.3 – Fréquence des examens de médecine du travail

3.2.3.1 - Examens d'admission/pré-embauche – de préférence avant le début de l'activité, ou dans les 15 jours suivant l'admission ;

3.2.3.2 - Examens périodiques :

Annuels : (1) pour les travailleurs exerçant des activités à haut risque et (2) après 50 ans, quelle que soit l'activité ; (3) pour les travailleurs effectuant des quarts de nuit ; (4) pour les travailleurs âgés de 16 ans (âge minimum) à 18 ans ;

Tous les 2 ans : autres travailleurs âgés de moins de 50 ans et n'exerçant pas d'activité à haut risque ;

3.2.3.3 - Examens occasionnels – (1) obligatoires lors de la reprise du travail après 30 jours d'incapacité totale due à (2) un accident ou une maladie ; (3) à la demande du salarié ; (4) à la demande de l'employeur ; (5) en cas de changement de poste/d'activité ; etc.

3.3 – Les ressources en matière de santé et de sécurité au travail sont déterminées en fonction du nombre de salariés de l'entreprise

3.3.1 – Médecine du travail

Le nombre d'heures d'activité mensuelles des médecins du travail est déterminé par le nombre d'employés de l'entreprise :

- **Dans les entreprises et les activités à haut risque :** 1 heure de médecine du travail par mois pour 10 travailleurs ;

- **Dans les entreprises et les activités sans risque élevé :** 1 heure de médecine du travail par mois pour 20 employés ;

3.3.1 – Infirmiers du travail

Dans les entreprises de plus de 250 salariés, des soins infirmiers du travail doivent être prévus, avec un nombre d'heures mensuelles équivalent à celui de la médecine du travail.

Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?

Rapport annuel sur les services de santé et de sécurité au travail

Chaque année, les organisations doivent soumettre un rapport (« Rapport unique ») contenant diverses données sur leurs activités. Ce rapport comprend une annexe (Annexe D) relative aux activités de leurs services de santé et de sécurité au travail (qu'ils soient internes, externes ou communs).

Ce rapport détaillé commence par un aperçu détaillé de la composition de leur personnel (et de la nature de leur relation contractuelle avec l'entreprise), mais indique également quels professionnels de la santé et de la sécurité sont responsables des services de SST (noms, qualifications professionnelles et nombre d'heures mensuelles allouées à chacun). Il rend également compte : (1) des principaux facteurs de risque et des activités de prévention spécifiques mises en œuvre (mesures d'élimination ou de contrôle ; formation et sensibilisation des travailleurs) ; (2) des activités de surveillance de la santé des travailleurs (statistiques des examens de médecine du travail : d'admission, périodiques et occasionnels) ; (3) des maladies professionnelles (déclarées et confirmées) ; du nombre d'accidents du travail (taux de fréquence et gravité des accidents, jours perdus pour cause d'accident), etc.

[https://download.gep.mtss.gov.pt/SGURI/downloads/MODELO_RU.pdf]

Organismes de réglementation et de contrôle

1 - Autorité pour les conditions de travail (ACT) / Ministère du travail et de la sécurité sociale

L'ACT est la principale autorité chargée de l'application et de la surveillance de la sécurité et de la santé au travail au Portugal. Elle veille au respect des obligations en matière de santé et de sécurité au travail, y compris l'organisation des services.

2 - Direction générale de la santé (DGS) / Ministère de la Santé

La DGS supervise les aspects sanitaires des services de santé au travail, établit des lignes directrices et soutient le Programme national de santé au travail.

3 - D'autres organismes professionnels (par exemple, l'Association portugaise des médecins, l'Association portugaise des infirmiers) réglementent les qualifications des professionnels de santé intervenant dans les services de santé au travail.

Comment la médecine du travail est-elle structurée ?

Services de santé et de sécurité au travail : [voir ci-dessus n° 2]

Services internes - Les entreprises de plus de 400 salariés ou exerçant des activités à haut risque doivent disposer de services internes (elles peuvent toutefois demander une autorisation officielle pour la mise en place de services externes).

Services externes - Les employeurs ne disposant pas de capacités internes peuvent faire appel à des prestataires externes de services de santé et de sécurité au travail

Services communs - Services de SST partagés entre plusieurs entreprises/organisations.

Ressources en matière de santé et de sécurité au travail : [voir ci-dessus n° 3.3]

Médecine du travail : (1) Dans les entreprises et les activités à haut risque (1 heure de médecine du travail par mois pour 10 travailleurs) ; (2) Dans les entreprises et les activités sans risque élevé (1 heure de médecine du travail par mois pour 20 employés)

Soins infirmiers du travail : dans les entreprises de plus de 250 salariés, les soins infirmiers du travail doivent être inclus, avec un nombre d'heures mensuelles équivalent à celui de la médecine du travail

Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?

Voir ci-dessus **3.2 - Interventions individuelles.**

Oui, conformément à la loi portugaise n° 102/2009 (telle que modifiée), tous les salariés (sous contrat de travail) sont soumis à la médecine du travail.

Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment les pénuries de médecins du travail sont-elles gérées ?

Professionnels de la médecine du travail :

- **Spécialistes en médecine du travail** – En 2024, on comptait 1 187 spécialistes en médecine du travail : 60,4 % (717) avaient plus de 65 ans et 150 appartenaient à la tranche d'âge 61-65 ans. Ainsi, 73,04 % (867) des spécialistes en médecine du travail ont plus de 60 ans.
- **Médecins du travail autorisés à titre provisoire** par la DGS : après avoir suivi une formation postuniversitaire en médecine du travail, ils peuvent demander des stages et passer un examen officiel devant un jury de l'Association nationale des médecins. Ils peuvent exercer la médecine du travail sous la supervision d'un spécialiste en médecine du travail pendant 4 ans. Passé ce délai, ils risquent de perdre leur autorisation provisoire s'ils ne satisfont pas aux exigences de l'examen de spécialité en médecine du travail.

Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, médecins généralistes, praticiens en ergonomie et psychologues, etc.) ?

Activités des services de santé et de sécurité au travail [voir ci-dessus n° 3]

Ressources en matière de santé et de sécurité au travail : [voir ci-dessus n° 3.3]

Les infirmiers du travail effectuent principalement des activités de prévention, des dépistages et des tests diagnostiques complémentaires selon des protocoles par catégorie professionnelle (évaluation de la vision, de l'audition, électrocardiogramme, mesure de la tension artérielle, glycémie, etc.), des dépistages d'alcool et de drogues, des vaccinations, des campagnes de sensibilisation et la formation des travailleurs, etc.

Les médecins du travail effectuent des visites conjointes sur les lieux de travail en coordination avec les techniciens de la sécurité au travail, coordonnent les équipes et les activités cliniques, et sont chargés de surveiller la santé des travailleurs et de délivrer le certificat d'aptitude au travail (FAT).

Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié

Professionnels de la médecine du travail : [voir ci-dessus]

- **Spécialistes en médecine du travail** – En 2024, on comptait 1 187 spécialistes en médecine du travail
- **Médecins du travail provisoirement agréés** par la DGS : données inconnues

Population active / salariée au Portugal

Selon les données les plus récentes de l'Institut national de statistique (INE) :

Nombre total de personnes actives : au 3e trimestre 2025, la population active était estimée à 5 332 100 personnes, soit une augmentation de 3,7 % par rapport à la même période en 2024.

Taux de chômage : en décembre 2025, le taux de chômage s'élevait à 5,6 %, soit le niveau le plus bas des deux dernières décennies.

Salariés du secteur public : L'État employait environ 759 400 personnes en septembre 2025.

Travailleurs indépendants : le pays compte environ 736 800 travailleurs indépendants (données de 2024), dont environ 15 % dépendent économiquement d'un seul client.

Exemples de bonnes pratiques

Projets de recherche dans le domaine des services de santé et de sécurité au travail grâce à des partenariats avec des universités, des centres de recherche et des sociétés scientifiques

Il est courant que les chercheurs en santé rencontrent des difficultés supplémentaires pour étudier la population active et accéder aux informations cliniques des travailleurs. D'autre part, les services

de santé et de sécurité au travail disposent rarement des ressources et des financements nécessaires pour mener des projets de recherche sur le lieu de travail (qui sont essentiels pour acquérir des connaissances sur les effets des facteurs de risque professionnels sur la santé). À titre d'exemple de réussite (parmi d'autres), le service de la municipalité de Lisbonne (qui compte plus de 10 000 employés) a réussi à intégrer son service de santé et de sécurité au travail et ses employés dans des projets de recherche financés grâce à des partenariats avec des partenaires externes (les centres de recherche ont accès à des travaux de terrain auprès de populations de plus de 1 000 travailleurs, et les services de santé et de sécurité au travail garantissent des informations anonymisées et précises qui permettent d'approfondir les connaissances sur la population active dont ils sont responsables). Ces partenariats débouchent également sur des publications et une participation à des événements scientifiques au Portugal et à des congrès internationaux.

Exemples :

ATOS – Alcool, tabac, obésité et sommeil [2017 ; 2022]

Étude observationnelle transversale basée sur les indicateurs de santé au travail (OH) comparant différents comportements professionnels (pompiers, agents d'entretien, chauffeurs, policiers, jardiniers, fossoyeurs, personnel administratif, etc. ; avril 2018 à mars 2021 ; échantillon n = 6 840 ; hommes : 58 % ; 62,3 % de l'univers total des employés municipaux N = 10 972). Variables dépendantes : consommation d'alcool (AUDIT), dépendance au tabac et motivation pour le sevrage tabagique (tests de Fagerström et de Richmond, respectivement), questionnaire sur la somnolence, risque d'apnée du sommeil (STOP-Bang) et d'obésité (IMC). Les associations avec les variables professionnelles, les comorbidités et les facteurs de protection (activité physique) ont été évalués.

CONCLUSIONS : Les résultats de cette étude ont confirmé l'existence de comportements à risque différents selon les groupes professionnels, ainsi que la relation avec les facteurs professionnels, et ont permis d'identifier des indicateurs prédictifs utiles pour des interventions plus efficaces et spécifiques.

[<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.1167>]

MEAOW – Mesure du rayonnement ultraviolet solaire chez les travailleurs en extérieur à Lisbonne

Cette étude a utilisé un plan d'étude observationnel prospectif sur sept mois consécutifs (avril à octobre 2023) pour étudier l'exposition personnelle aux UV des asphaltiers, jardiniers, fossoyeurs, pavés et agents d'entretien. Les mesures de l'exposition personnelle ont été réalisées à l'aide du système de mesure GENESIS-UV, et les données sur le rayonnement UV solaire ambiant ont été estimées en Jm-2 à l'aide d'un radiomètre UV-Biometer.

DOI : 10.3389/fpubh.2025.1659663

[<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1659663/full>]

Politique en matière de vieillissement et d'âge de départ à la retraite (qui a une incidence sur la politique de santé tout au long de la vie)

Au Portugal, l'allongement de la durée de la vie active — l'âge de la retraite étant fixé à 66 ans et 9 mois en 2026 et passant à 66 ans et 11 mois en 2027 — fait des services de médecine du travail (SMT) des piliers stratégiques pour la pérennité du système de santé et de l'économie.

Au Portugal, la grande majorité des spécialistes en médecine du travail sont des médecins déjà à la retraite.

[Voir ci-dessus] **Spécialistes en médecine du travail** – En 2024, on comptait 1 187 spécialistes en médecine du travail : 60,4 % (717) avaient plus de 65 ans et 150 appartenaient à la tranche d'âge 61-65 ans. Ainsi, 73,04 % (867) des spécialistes en médecine du travail ont plus de 60 ans.

L'importance cruciale de la santé au travail

Avec le relèvement de l'âge de la retraite, les professionnels de la santé au travail (PST) passent d'un rôle purement réactif à celui de gestionnaires de la « santé tout au long de la vie ». Leur importance réside dans trois domaines fondamentaux :

Prévention de l'usure prématurée : le Portugal présente une forte prévalence de maladies chroniques dès le plus jeune âge. Les professionnels de la santé au travail sont chargés d'adapter les postes de travail afin d'éviter que des pathologies (telles que les troubles musculo-squelettiques) n'entraînent des sorties prématurées du marché du travail pour cause d'invalidité.

Gestion de la capacité de travail / aptitude au travail : à mesure que la main-d'œuvre vieillit (et que le taux de rotation du personnel diminue), les entreprises (avec le soutien des services de médecine du travail et de santé et sécurité au travail) doivent mettre en œuvre des mesures d'ergonomie cognitive et physique afin de maintenir la productivité des travailleurs sans maladie jusqu'à l'âge de la retraite.

Promotion du vieillissement actif : Selon le Plan d'action pour un vieillissement actif et en bonne santé (PAEAS) 2023-2026, les lieux de travail doivent être des espaces propices à la promotion de la santé, à la lutte contre l'âgisme et à l'encouragement de modes de vie sains qui prolongent l'autonomie.

Prise en compte des travailleurs informels

Les travailleurs informels (sans contrat et sans régularisation de leur statut professionnel) sont « invisibles » pour les services de santé et de sécurité au travail. Le problème n'est pas résolu. Les pays qui parviennent à une intégration adéquate des travailleurs immigrés réduisent le travail informel, garantissant ainsi un meilleur accès aux services de SST pour ces travailleurs.

Régularisation des travailleurs domestiques informels

Un exemple positif récent au Portugal est celui des initiatives législatives visant à régulariser les travailleurs domestiques informels. Des mécanismes facilitant la régularisation contractuelle de ces travailleurs ont été créés pour ces activités spécifiques (parfois ne représentant que quelques heures par semaine) : promotion de contrats formels (créés sur des plateformes en ligne) permettant les inscriptions nécessaires auprès de la sécurité sociale (et la protection qui en découle en cas de maladie et de chômage).

ITALIE

Quel est le coût de la santé au travail ?

Coût sociétal d'une mise en œuvre inadéquate de la santé au travail (ST) : les accidents du travail et les maladies professionnelles en Italie représentent environ 4 % du PIB, hors coûts intangibles (EU-OSHA, 2019 ; Takala et al., 2014).

En revanche, il est très difficile de fournir une estimation fiable du coût réel de la santé au travail.

Si l'on se concentre uniquement sur le coût pour les employeurs, conformément à la législation nationale (principalement le décret législatif 81/2008), les employeurs doivent supporter toutes les dépenses liées à la santé au travail et à la sécurité. Celles-ci comprennent généralement l'évaluation des risques et la documentation (DVR et évaluations spécialisées), les mesures préventives et de protection (formation, EPI, surveillance de l'exposition, interventions ergonomiques et organisationnelles, etc.), y compris la surveillance médicale obligatoire effectuée par le médecin compétent désigné (Medico Competente), c'est-à-dire un médecin spécialisé en médecine du travail.

En raison de la grande variabilité entre les secteurs, la taille des entreprises, les profils de risque et les modalités de prestation de services, il est très difficile, voire pratiquement impossible, d'établir une estimation nationale unique fiable.

Il est possible (probable) que cette complexité soit la principale raison pour laquelle il n'existe pas de données nationales consolidées sur les dépenses totales en matière de santé au travail en Italie.

Comment le système de santé au travail est-il organisé ?

En Italie, plusieurs lois régissent la santé au travail (ST), mais le cadre juridique principal est le décret législatif 81/2008. Le système repose sur l'employeur : chaque employeur doit procéder à une évaluation exhaustive de tous les risques professionnels liés aux activités de l'entreprise et, sur la base des résultats, mettre en œuvre des mesures appropriées de santé et de sécurité au travail. Celles-ci comprennent, entre autres (comme, par exemple, la formation obligatoire des travailleurs, les équipements de protection individuelle et collective, la surveillance de l'exposition, les améliorations ergonomiques et les interventions organisationnelles), la désignation d'un médecin compétent (Medico Competente), c'est-à-dire un médecin spécialisé en médecine du travail, chaque fois qu'une surveillance de la santé est requise. En principe, les mesures, y compris la surveillance de la santé, concernent tous les salariés de tous les secteurs et de toutes les activités professionnelles, publiques ou privées, quel que soit le nombre de travailleurs (il existe quelques exceptions concernant un petit nombre de travailleurs). Conformément au décret législatif 81/2008, les travailleurs indépendants (et les employeurs, y compris les propriétaires de petites entreprises travaillant directement sur les lieux de travail) ne sont pas soumis à une surveillance de la santé obligatoire.

La reconnaissance et l'indemnisation des maladies et accidents du travail relèvent de la responsabilité de l'Institut national d'assurance contre les accidents du travail (INAIL), qui joue également un rôle, principalement de conseil technique, dans les activités de prévention. Le Service national de santé, par l'intermédiaire des services de prévention des unités sanitaires locales, veille au respect de la réglementation, effectue des inspections et peut fournir des conseils techniques.

Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?

En Italie, la santé au travail est officiellement intégrée aux politiques de santé publique. La directive-cadre de l'UE est pleinement transposée dans la législation nationale, principalement par le décret législatif 81/2008, et les risques liés au travail sont abordés selon une approche axée sur la prévention.

Au sein du Service national de santé, les services de prévention de toutes les unités sanitaires locales comprennent des services de santé au travail, principalement chargés de la surveillance, des inspections, du suivi épidémiologique et des conseils techniques liés aux risques professionnels, mais qui peuvent également promouvoir des campagnes sur les modes de vie sains, le sevrage tabagique, l'activité physique et la prévention cardiovasculaire sur les lieux de travail.

Les médecins compétents peuvent administrer certains vaccins, tels que les vaccins contre la grippe et, pendant la pandémie de COVID-19, ont également administré les vaccins contre la COVID-19.

Comment la médecine du travail est-elle structurée ?

En Italie, la médecine du travail s'articule principalement autour de la figure du médecin compétent (Medico Competente), un spécialiste en médecine du travail désigné par l'employeur chaque fois qu'une surveillance de la santé est requise. Le Medico Competente est le seul professionnel habilité à effectuer la surveillance de la santé, qui a souvent lieu sur le lieu de travail, ou également dans des établissements agréés. Dans les grandes entreprises, le médecin compétent peut être employé directement, tandis que dans la plupart des cas, il travaille en tant que consultant externe.

Les activités de médecine du travail sont liées à l'obligation de l'employeur d'évaluer les risques professionnels et de mettre en œuvre toutes les mesures préventives appropriées. Le médecin compétent contribue à la prévention en effectuant une surveillance médicale, en évaluant l'aptitude au travail, en tenant à jour les dossiers médicaux individuels, mais aussi en fournissant des conseils sur l'évaluation, la prévention et la gestion des risques.

Au niveau du système, la médecine du travail bénéficie également du soutien de l'Institut national d'assurance contre les accidents du travail (INAIL) et des services de santé au travail rattachés aux départements de prévention des unités sanitaires locales, qui veillent au respect de la réglementation, effectuent des inspections et fournissent des conseils techniques (comme décrit précédemment).

Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?

Oui. En Italie, sur la base des résultats de l'évaluation des risques professionnels, une surveillance sanitaire obligatoire est requise lorsque les travailleurs sont exposés à des risques professionnels spécifiques. La surveillance de la santé est assurée exclusivement par le médecin compétent (Medico Competente), un spécialiste en médecine du travail désigné par l'employeur. Elle comprend des examens médicaux périodiques (généralement annuels) et, si nécessaire, des tests spécifiques aux risques tels que la surveillance biologique, l'audiométrie, la spirométrie et d'autres évaluations ciblées. Une surveillance individuelle de la santé est également requise en cas d'absence prolongée du travail. La surveillance de la santé se conclut par un avis d'aptitude au travail pour la tâche spécifique. Le médecin compétent doit également tenir un dossier médical individuel pour chaque travailleur et, en cas de suspicion de maladie professionnelle, il est légalement tenu de la signaler à l'INAIL et aux services de prévention des unités sanitaires locales.

Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment les pénuries de médecins du travail sont-elles gérées ?

Conformément à la législation nationale, tous les médecins en Italie — quel que soit leur rôle — sont tenus de signaler les maladies professionnelles présumées et les accidents du travail, bien que cette obligation ne soit pas toujours pleinement respectée.

Les médecins des services de santé au travail des services de prévention (SPSAL) des unités sanitaires locales participent activement à la surveillance des lieux de travail, aux inspections et à l'évaluation des risques professionnels. L'INAIL dispose également de médecins principalement chargés de la reconnaissance, de la gestion et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En outre, toutes les universités italiennes comptent des enseignants-chercheurs en médecine du travail, qui se consacrent principalement à la recherche et à la formation spécialisée.

Actuellement, en Italie, il n'y a pas de pénurie significative reconnue de spécialistes en médecine du travail

Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?

L'évaluation des risques est une obligation légale de l'employeur, qui s'en acquitte en désignant un service de prévention et de protection, qui peut être interne ou externe à l'entreprise.

Le médecin compétent est le seul professionnel habilité à effectuer la surveillance de la santé (à noter toutefois que tous les médecins en Italie, quel que soit leur rôle, sont tenus de signaler les maladies professionnelles présumées et les accidents du travail).

Parfois, en cas de besoin, d'autres professionnels, tels que des ergonomes, des kinésithérapeutes, des psychologues et autres, peuvent être sollicités pour intervenir de manière spécifique.

Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié

Nombre actuel de médecins remplissant les conditions légales pour exercer en tant que médecins compétents : environ 8 400.

Nombre de médecins exerçant actuellement en tant que médecins compétents : environ 5 260.

Population active (2025) : environ 24 000 000 (NB : seule une partie d'entre eux est incluse dans les programmes de surveillance de la santé ; absence de données officielles).

Exemples de bonnes pratiques

L'Italie présente plusieurs exemples de bonnes pratiques en matière de santé au travail :

- **Protections spécifiques pour les groupes vulnérables**, telles que l'évaluation obligatoire des risques et des mesures préventives adaptées pour les travailleuses enceintes et allaitantes ainsi que pour les jeunes travailleurs/mineurs.
- **Évaluation et prévention obligatoires du stress lié au travail**, conformément à la législation nationale et soutenues par des lignes directrices méthodologiques du ministère du Travail et de l'INAIL.
- **Initiatives de promotion de la santé** menées par les services de santé au travail et les services de santé publique (SPSAL), notamment des campagnes sur les modes de vie sains, le sevrage tabagique, l'activité physique et la prévention des maladies cardiovasculaires sur le lieu de travail.

- **Des lignes directrices et des documents techniques** sont élaborés par des sociétés scientifiques telles que la SIML et l’AIRM, qui fournissent des recommandations fondées sur des données probantes à l’intention des médecins compétents et favorisent l’harmonisation des bonnes pratiques.
- **Les programmes de prévention de l’INAIL**, comprenant des orientations spécifiques par secteur (construction, agriculture, santé), des incitations pour les entreprises adoptant des technologies plus sûres et la diffusion de bonnes pratiques.
- **Intégration entre la santé au travail et la santé publique**, par exemple à travers des campagnes de vaccination (comme contre la grippe) menées avec la participation des médecins compétents.
- **La formation et la recherche en médecine du travail dans les universités**, contribue à la mise à jour des pratiques et au développement d’outils validés pour l’évaluation et la surveillance des risques.

Politique relative au vieillissement et à l’âge de la retraite (qui a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)

En Italie, l’âge légal de la retraite augmente progressivement et atteindra 67 ans, d’autres ajustements étant prévus en fonction de l’espérance de vie. Des options de retraite anticipée existent, mais sont de plus en plus restreintes. En conséquence, la population active italienne vieillit et la proportion de travailleurs de plus de 55 ans augmente régulièrement.

La médecine du travail joue un rôle central : le *médecin compétent* procède à des évaluations périodiques de l’aptitude au travail à la suite de visites de surveillance de la santé, évalue les limitations fonctionnelles, recommande des aménagements raisonnables et peut contribuer à des programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques sur le lieu de travail. Les évaluations de retour au travail après de longues périodes de maladie sont obligatoires et particulièrement pertinentes pour les travailleurs âgés.

Cependant, l’Italie est confrontée à des défis similaires à ceux d’autres pays de l’UE, notamment l’augmentation du nombre de travailleurs en arrêt maladie de longue durée et bénéficiant de prestations d’invalidité. Le vieillissement de la main-d’œuvre accroît la nécessité de mettre en place des politiques coordonnées intégrant la santé au travail, la santé publique et la protection sociale afin de maintenir l’employabilité et des vies professionnelles durables.

Prise en compte des travailleurs informels

En Italie, les travailleurs informels — notamment les travailleurs indépendants, les travailleurs de l’économie des petits boulots et les propriétaires de micro-entreprises — ne sont généralement pas couverts par le système de santé au travail (SAT) basé sur l’employeur défini par le décret législatif 81/2008. La surveillance de la santé n’est pas obligatoire pour les travailleurs indépendants, et l’accès à des services de santé au travail structurés est pratiquement inexistant, à moins qu’ils n’adhèrent volontairement à des régimes sectoriels spécifiques. Ces travailleurs dépendent principalement du Service national de santé pour les soins cliniques. Ces dernières années, les débats politiques ont de plus en plus mis en évidence la nécessité de renforcer les interventions en matière de santé au travail pour les travailleurs informels et indépendants ; cependant, aucun système national ne fournit actuellement de services de santé au travail structurés aux travailleurs informels.

JAPON

Quel est le coût de la médecine du travail ?	Les coûts comprennent principalement les frais liés aux visites médicales et les coûts de personnel liés aux professionnels de la santé au travail. Tous les coûts sont pris en charge par l'entreprise.
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	<p>Le système de santé au travail se concentre sur les points suivants :</p> <p>Sont notamment pris en compte :</p> <ul style="list-style-type: none">- Vieillesse de la population.- Baisse de la population active.- Baisse constante du taux d'accidents depuis 1972. <p>Sensibilisation des entreprises et des professionnels de la santé au travail en entreprise.</p>
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?	La santé publique et la santé au travail sont gérées et supervisées par le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales du Japon.
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	<p>Loi sur la santé et la sécurité au travail de 1972 : les entreprises sont responsables du contrôle de la santé de leurs employés ; aucune obligation pour les entreprises de moins de 50 salariés, médecin à temps partiel pour celles de plus de 50 salariés, médecin à temps plein en interne pour celles de moins de 1 000 salariés.</p> <p>Bilan de santé et évaluation du stress une fois par an.</p> <p>Suivi deux fois par an en cas de risque spécifique.</p> <p>Mais 60 % des employés travaillent dans des entreprises de moins de 50 salariés.</p>
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	Lorsqu'elles désignent un médecin du travail, les entreprises doivent en informer l'Inspection du travail.
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ?	L'Association médicale japonaise a mis en place un système de médecins du travail certifiés. Après avoir suivi 50 heures de formation, les personnes sont habilitées à être nommées médecins du travail. De plus, après l'obtention de la certification, il est obligatoire de suivre 20 heures de formation sur une période de cinq ans pour renouveler le statut de médecin du travail certifié.
Comment gère-t-on les pénuries de médecins du travail ?	Seuls les médecins du travail sont légalement tenus d'être désignés par les entreprises. Outre la réalisation d'évaluations telles que les bilans d'aptitude au travail, les médecins du travail sont chargés d'exercer de nombreuses fonctions. Cependant, de nombreuses entreprises emploient également des infirmières en santé au travail. Il est courant que les professionnels de la santé au travail se partagent les responsabilités.
Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, médecins généralistes, praticiens en ergonomie et psychologues, etc.) ?	
Nombre mondial de médecins du travail et nombre par employé	<p>Environ 107 000 médecins du travail certifiés pour l'exercice 2022.</p> <p>Effectif de la population active au Japon : 68,73 millions en juin 2025.</p>
Exemples de bonnes pratiques	<p>Programme de dépistage du stress : il comporte deux objectifs : premièrement, améliorer l'environnement de travail ; deuxièmement, proposer des consultations avec des médecins ou d'autres professionnels aux personnes souffrant de niveaux de stress élevés.</p> <p>KENKO Investment for Health : « KENKO Investment for Health (KIH) » désigne la gestion stratégique de la santé des employés et d'autres personnes dans une perspective managériale. Les efforts visant à maintenir et à améliorer la santé des employés sur la base des principes de gestion d'une entreprise se traduiront par une revitalisation de l'organisation, une productivité accrue et une valeur d'entreprise renforcée.</p> <p>https://kenko-keiei.jp/en/</p> <p>Évaluation de l'impact sur la santé (EIS)</p>
Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)	<p>L'âge de la retraite a été repoussé à 65 ans et devrait atteindre 70 ans à l'avenir. Au Japon, où la population active diminue, de plus en plus d'entreprises sont très motivées pour créer des environnements permettant aux travailleurs âgés de continuer à travailler plus longtemps.</p> <p>Le risque d'accidents du travail et de blessures augmente avec l'âge. Garantir la sécurité des travailleurs âgés est devenu un défi national.</p>
Prise en compte des travailleurs informels	<p>À mesure que les modes de travail se diversifient, le nombre de travailleurs indépendants et de travailleurs occasionnels augmente.</p> <p>Des lignes directrices concernant la gestion de la santé de ces personnes ont été publiées.</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/content/11302000/001257617.pdf (en japonais)</p>

BELGIQUE

Quel est le coût de la santé au travail ?	Le coût par travailleur dépend du niveau de risque du secteur d'activité (5 groupes) et du nombre de salariés au sein de l'entreprise.
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	Système fédéral : inspection, ministère du Travail. Niveau régional : agent de santé. Chaque entreprise doit disposer d'un service de santé externe ou interne (service de santé facultatif) comprenant un volet santé (médecin, infirmier) et un volet gestion des risques (conseiller en prévention, hygiéniste, psychologue, ergothérapeute).
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?	Le législateur abandonne la notion de séparation entre santé publique et santé au travail. Celle-ci reposait sur le fait que le temps consacré à la surveillance de la santé sur les lieux de travail ne pouvait être réduit pour permettre au médecin du travail de prodiguer des conseils de santé publique. Néanmoins, compte tenu de la pénurie de médecins en Belgique et du fait que bon nombre de salariés n'ont pas de médecin traitant d'une part, et d'autre part, compte tenu de la nécessité de renforcer les liens entre le secteur de la prévention et le secteur curatif, notamment dans le cadre du retour au travail des malades de longue durée, cette séparation n'a plus de raison d'être.
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	Facturation : forfait par salarié calculé au prorata du temps de présence dans l'entreprise, compris entre 52 et 142 €, en fonction des risques professionnels (5 groupes tarifaires). Droit à un quota d'unités de prévention, supplément en cas de dépassement. Forfait de base pour les petites entreprises. Législation peu claire concernant la délimitation de l'implication du département dans l'évaluation des risques. Certificat d'aptitude au travail lors de la visite initiale et périodique. Plan d'action pluriannuel par les entreprises. Pénurie de médecins, y compris de médecins du travail => délégation sous la coordination du médecin du travail. Groupes d'échange TRIO : médecin généraliste, conseiller médical, médecin du travail.
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	En fonction de l'analyse des risques, les salariés sont soumis à une évaluation de santé périodique dont la fréquence varie entre une fois par an et tous les 5 ans ; si l'analyse des risques n'a pas conduit à la nécessité d'une surveillance de santé, le salarié a tout de même le droit de rencontrer le médecin du travail dans le cadre d'une consultation spontanée ou d'une visite de pré-reprise.
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment les pénuries de médecins du travail sont-elles gérées ?	<p>Le médecin du travail exerce une double activité : les évaluations de santé et les interventions sur le lieu de travail. Son planning est établi de manière à lui permettre d'accomplir l'ensemble de ces missions, mais cela s'avère quasi impossible compte tenu de la pénurie de médecins du travail. La pénurie touche toutes les disciplines médicales. Une réforme de la surveillance de la santé au travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemple de la suppression de la surveillance de santé « par écrans », mais perte de contact avec une partie importante de la population des travailleurs • Rôle accru des infirmiers et infirmières ayant suivi une formation spécifique en bien-être au travail § Permettre de réaliser des évaluations de santé de première ligne (sans délivrer de certificat d'aptitude) • Améliorer la visibilité du rôle du médecin du travail auprès de ses confrères et au sein de la population § Participation à des groupes TRIO (médecins traitants, médecins-conseils et médecins du travail) § Mise en place de plateformes d'échange d'informations
Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?	Compte tenu de la pénurie de médecins du travail et de l'augmentation des tâches qui leur sont confiées dans le cadre de la problématique du retour au travail, une réforme des principes de surveillance de la santé est à l'étude au Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail, organe institué auprès du Service public fédéral de l'Emploi. Elle prévoit une évolution fondamentale du rôle des infirmiers du travail, qui pourraient assurer la première ligne et permettre aux médecins du travail de se concentrer sur les situations plus complexes.
Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié	Le nombre de médecins du travail est d'environ 800, avec un grand nombre de médecins âgés de plus de 60 ans et très peu de médecins du travail en formation.
Exemples de bonnes pratiques	<p>Tout ce qui concerne la législation en matière de bien-être au travail est consigné dans le Code du bien-être au travail. Chaque entreprise doit élaborer au mois de novembre un plan d'action annuel visant à promouvoir le bien-être au travail et doit présenter le suivi lors des comités de prévention et de protection au travail.</p> <p>Le burn-out est considéré comme une affection liée au travail et un programme de suivi des personnes touchées est mis en place sous l'égide de la FEDRIS, l'agence fédérale des risques</p>

professionnels. Une attention particulière est également accordée par le SPF Emploi à la prévention du burn-out et des risques mentaux au travail. Un arrêté royal spécifique sur l'ergonomie au travail et la prévention des troubles musculo-squelettiques souligne l'importance de prendre en charge dès la conception les nouveaux postes et d'adapter les postes de travail existants.

Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)

L'âge de départ à la retraite est revu à la hausse : en 2030, il sera fixé à 67 ans. En Belgique, il existe un énorme problème lié aux travailleurs en invalidité (plus d'un an d'incapacité de travail), qui sont plus nombreux que les chômeurs. Il est donc essentiel de résoudre cette problématique ; par cette mesure, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de travailleurs âgés en incapacité de travail si des mesures d'adaptation et d'accompagnement ne sont pas mises en œuvre.

Prise en compte des travailleurs informels

Le salarié reçoit un formulaire d'évaluation de santé après l'examen précisant son aptitude au travail et, dans le cas contraire, les mesures d'adaptation de son poste de travail ou d'aménagement de ses conditions de travail. Il a le droit de demander une copie de son dossier de santé, qui sera alors transmise à son médecin traitant. Il doit donner son consentement pour que le médecin du travail puisse entrer en contact avec les personnes susceptibles d'être impliquées dans les processus de réintégration ou d'évaluation d'inaptitude définitive.

ROYAUME-UNI

Quel est le coût de la santé au travail ?	<p>Les accidents du travail et les maladies professionnelles coûtent au Royaume-Uni environ 21,6 milliards de livres sterling par an, avec 33,7 millions de jours de travail perdus, ce qui constitue l'argument économique principal en faveur de l'investissement dans la santé au travail. Les coûts des services de santé au travail varient, mais les prix courants vont de 51 à 200 livres sterling par consultation, les évaluations cliniques coûtant généralement entre 95 et 350 livres sterling. Les modèles d'abonnement ou annuels par employé coûtent souvent entre 60 et 180 £ par an. Une analyse gouvernementale suggère que les employeurs pourraient devoir investir entre 5 et 15 £ par employé et par mois pour bénéficier d'un soutien efficace en matière de santé au travail.</p> <p>Les services de santé au travail coûtent aux employeurs au Royaume-Uni entre 0,9 et 2 milliards de livres sterling par an..</p>
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	<p>Le Royaume-Uni ne dispose pas d'un service de santé au travail universel ; l'accès est largement financé par les employeurs par le biais d'équipes internes, des services du <i>National Health Service (NHS)</i> ou de prestataires privés. La couverture est inégale : environ 45 % des travailleurs ont accès à la santé au travail, avec un taux d'utilisation élevé dans les grandes organisations et un accès limité dans les petites entreprises. Les lois sur la santé et la sécurité imposent certaines fonctions de santé au travail, tandis que le NHS a sa propre stratégie pour son personnel. Dans l'ensemble, le système fonctionne comme un marché mixte public-privé dont la capacité est variable.</p>
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?	<p>La santé au travail est intégrée dans les stratégies nationales de prévention et de santé publique. La politique gouvernementale lie le développement de la santé au travail à la réduction de l'inactivité économique et à la modernisation des systèmes de gestion des arrêts maladie. Dans la pratique, la santé au travail contribue à la santé publique par la prévention des maladies, l'accompagnement au retour au travail et la promotion de la santé sur le lieu de travail.</p>
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	<p>La médecine du travail est une spécialité reconnue par le GMC (General Medical Council) accessible au niveau ST3, avec un programme de formation de quatre ans défini par la Faculté de médecine du travail, qui établit les normes de formation et les examens et contribue à la politique nationale en matière de santé au travail. Les médecins du travail exercent en tant que cliniciens spécialisés, apportant leur expertise sur l'intersection entre santé et travail au sein du NHS, de l'industrie, de la défense et du secteur privé. Les statistiques du General Medical Council indiquent une baisse du nombre de spécialistes, avec une diminution de 11 % entre 2019 et 2022.</p> <p>Il n'existe aucune obligation légale de disposer d'un service de médecine du travail, et la médecine du travail a été exclue du NHS dès sa création, car elle était considérée comme relevant de la responsabilité des employeurs. Les employeurs ont toutefois l'obligation légale de se conformer à la législation en matière de santé et de sécurité – la loi de 1974 sur la santé et la sécurité au travail –, qui sous-tend une grande partie de la législation relative à la médecine du travail et incite souvent les employeurs à faire appel à des services de médecine du travail. La transposition de la directive européenne a donné lieu à des règlements découlant de cette loi. Certaines expositions professionnelles (par exemple au bruit, à l'amiante, au plomb, aux rayonnements ionisants, etc.) font l'objet d'une législation spécifique visant à gérer les risques qui y sont associés, tandis que d'autres sont souvent couvertes par des réglementations plus générales qui obligent l'employeur à réaliser des évaluations des risques et à gérer ces derniers. Les équipes pluridisciplinaires sont courantes.</p>
Existe-t-il une surveillance individuelle de la santé au travail ?	<p>La surveillance individuelle de la santé s'effectue par le biais d'une surveillance sanitaire légalement requise pour des risques spécifiques sur le lieu de travail, et d'une surveillance médicale obligatoire pour des dangers tels que l'amiante, le plomb et les rayonnements. Les employeurs doivent également signaler certaines affections via le RIDDOR. Le <i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</i> recommande un suivi des résultats, tel que les données sur l'absentéisme pour cause de maladie et la rétention du personnel. Dans la pratique, les travailleurs peuvent subir des évaluations périodiques telles que l'audiométrie, la spirométrie ou des examens médicaux liés à la sécurité et à l'aptitude au travail. Le niveau de ces examens varie selon les secteurs. Il n'existe pas de surveillance légale universelle de la santé des travailleurs.</p>
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment la pénurie de médecins du travail est-elle gérée ?	<p>Les médecins généralistes et autres cliniciens du NHS délivrent des certificats d'aptitude au travail et sont encouragés à considérer le travail comme un résultat de santé, en conseillant des aménagements lorsque cela est possible. Les réformes politiques visent à redistribuer les tâches d'évaluation et à intégrer l'accompagnement professionnel dans les soins primaires. Comme de nombreux travailleurs n'ont pas accès à la médecine du travail, les soins primaires gèrent souvent les</p>

problèmes liés au travail, les orientations vers la médecine du travail se faisant principalement par l'intermédiaire des employeurs ou des programmes du *Department for Work and Pensions* (DWP).

Le Royaume-Uni est confronté à une pénurie reconnue de médecins du travail spécialisés, les modélisations suggérant des besoins non satisfaits importants. Les stratégies actuelles comprennent des modèles de médecine du travail multiprofessionnels, l'élargissement de la formation spécialisée et la planification nationale des effectifs. Les propositions politiques visent à accroître les capacités au sein d'un personnel plus large dédié au travail et à la santé. Dans la pratique, les pénuries sont atténuées par un recours accru aux infirmières, aux professionnels paramédicaux et aux prestataires externes. Les technologies émergentes semblent appelées à jouer un rôle plus important dans l'atténuation de la pénurie.

Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmières du travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?

Les médecins du travail se chargent des évaluations complexes d'aptitude au travail, de la surveillance médicale obligatoire et de la direction clinique spécialisée. Les infirmières en santé au travail gèrent la surveillance de routine, la prise en charge des cas et les programmes de vaccination sur le lieu de travail. Les médecins généralistes diagnostiquent et traitent les maladies, délivrent des certificats d'aptitude au travail et assurent la liaison avec la santé au travail si nécessaire. Les ergonomes, les kinésithérapeutes, les psychologues et autres professionnels effectuent des évaluations fonctionnelles, ergonomiques et de santé mentale, formant ainsi un modèle de soins multidisciplinaire.

Nombre mondial de médecins du travail et nombre par employé

Il n'existe pas de recensement fiable et récent sur le nombre de médecins du travail au niveau mondial ou au Royaume-Uni. Des estimations antérieures suggéraient qu'environ 850 médecins britanniques étaient affiliés à la FOM, bien que tous ne travaillent pas à temps plein en médecine du travail. La couverture de la population active par les médecins du travail est incomplète : seul environ un tiers à la moitié des travailleurs ont accès à la médecine du travail. Par conséquent, la planification se concentre désormais sur la couverture globale et la capacité multiprofessionnelle plutôt que sur les ratios médecins/salariés.

Exemples de bonnes pratiques

Le NICE recommande des interventions au niveau organisationnel, telles que des pratiques de gestion rigoureuses, le suivi des données sur l'absentéisme et le soutien aux travailleurs âgés. Les stratégies de médecine du travail du NHS mettent l'accent sur des équipes intégrées et pluridisciplinaires ainsi que sur l'amélioration de la santé fondée sur les données. L'accréditation SEQOHS fournit une référence de qualité reconnue. Les données indiquent que les approches organisationnelles — telles que la conception des postes et la gestion des risques psychosociaux — sont plus efficaces que les initiatives isolées en faveur du bien-être individuel.

Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)

Au Royaume-Uni, l'âge de la retraite publique est de 66 ans ; il passera à 67 ans d'ici 2028, puis à 68 ans, sans âge de départ à la retraite obligatoire. L'allongement de la vie active accroît le besoin de flexibilité au travail, de gestion des maladies chroniques et d'une conception des postes tenant compte de l'âge. L'accent est mis sur un soutien sur mesure pour les travailleurs âgés, y compris des aménagements flexibles lorsque cela est possible. La santé au travail y contribue par le biais d'évaluations de l'aptitude physique, d'aménagements et d'un accompagnement vers une retraite progressive.

Prise en compte des travailleurs informels

Au Royaume-Uni, les travailleurs informels — principalement les travailleurs indépendants, ceux de l'économie des petits boulots et des micro-entreprises — n'ont souvent pas accès à des services de santé au travail financés par l'employeur. Avec une couverture globale de la santé au travail d'environ 45 à 50 % seulement, bon nombre de ces travailleurs dépendent plutôt des soins de santé généraux et des programmes publics de santé au travail. Des programmes tels que « Access to Work » offrent un soutien ciblé aux travailleurs indépendants en situation de handicap. Les révisions des politiques préconisent de plus en plus un soutien plus universel en matière de santé au travail pour ces groupes.

CANADA

Quel est le coût de la santé au travail ?	Il varie selon les 14 juridictions en matière de santé au travail. Les données globales ne sont pas facilement accessibles.
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	<p>Les 14 juridictions (chacune des 10 provinces, les 3 territoires et le gouvernement fédéral) disposent chacune de leur propre législation et de leurs propres programmes en matière de santé au travail. Dans certaines provinces, une commission ou un conseil unique est chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail, tandis que dans d'autres, il s'agit d'entités distinctes.</p> <p>Au Québec, il existe un réseau provincial de santé publique en santé au travail dans chaque région de la province qui fournit des conseils et des services de prévention en matière de santé au travail à des employeurs et des travailleurs spécifiques et qui comprend des médecins du travail, des infirmières, des hygiénistes, des ergonomes, etc. ; ce réseau relève à la fois du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère du Travail. Auparavant, la plupart des activités de prévention étaient imposées par la loi sur la santé au travail à des secteurs spécifiques désignés comme hautement prioritaires. En vertu de la nouvelle législation québécoise sur la santé au travail adoptée en 2022, les employeurs sont désormais tenus de mener des activités de prévention en santé au travail afin de préserver l'intégrité physique et psychologique des employés dans tous les secteurs, et non plus uniquement dans les secteurs prioritaires</p> <p>dans tous les secteurs et peuvent solliciter l'aide des professionnels de la santé au travail du réseau de santé publique de leur région. Le rôle du réseau de santé publique en matière de santé au travail évolue.</p> <p>Dans d'autres provinces canadiennes, c'est le ministère du Travail qui supervise les activités de prévention menées par les inspecteurs et autres professionnels de la santé au travail.</p>
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?	Au Québec, la santé au travail fait partie de la santé publique et relève à la fois du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère du Travail. Chaque région de santé publique dispose d'une équipe de santé au travail comprenant un ou plusieurs médecins du travail. Dans d'autres provinces canadiennes, la santé au travail est distincte de la santé publique.
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	<p>Au Québec, le réseau provincial de santé publique en santé au travail, présent dans chaque région, fournit des conseils et des services de prévention en santé au travail aux employeurs et aux travailleurs. Ces équipes de santé au travail comprennent des médecins du travail.</p> <p>Par le passé, les grandes entreprises à travers le Canada (y compris au Québec) avaient tendance à disposer de leurs propres médecins du travail, mais ces dernières années, les services de médecine du travail internes à temps plein sont devenus rares ; certaines entreprises font appel à des services de médecine du travail à temps partiel qui se concentrent principalement sur l'évaluation de l'aptitude au travail des nouveaux employés ou de ceux qui reviennent après avoir souffert de troubles professionnels, sur l'évaluation des dossiers d'indemnisation des accidents du travail susceptibles de faire l'objet d'un appel, ou sur l'évaluation de nouveaux cas. Quelques-unes continuent d'assurer une certaine médecine du travail préventive. Dans certaines régions du pays, il existe des cliniques de santé au travail rattachées aux universités, financées par le ministère du Travail ou par des entreprises privées, qui évaluent le lien entre les symptômes des travailleurs et leur activité professionnelle et vers lesquelles les médecins généralistes peuvent orienter leurs patients. Certaines de ces cliniques fournissent également des soins de santé au travail et assurent le suivi des travailleurs pour leurs problèmes de santé au travail.</p> <p>Au Canada, on compte moins de 200 spécialistes en médecine du travail certifiés par le Collège royal des médecins, avec trois programmes de formation en résidence spécialisés reconnus par le Collège royal et rattachés à trois facultés de médecine. Il existe un autre programme d'accréditation en médecine du travail (le Conseil canadien de médecine du travail) qui propose également une formation en médecine du travail (non reconnue par le Collège royal).</p>
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	Chaque juridiction établit sa propre liste d'expositions professionnelles nécessitant une surveillance individuelle. Mais il n'existe aucun système exigeant que chaque travailleur fasse l'objet d'une évaluation de santé au travail pour toutes ses expositions professionnelles.
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment les pénuries de médecins du travail sont-elles gérées ?	Il y a plus de médecins du travail au Québec qu'ailleurs au Canada, mais même au Québec, leur nombre est insuffisant pour répondre aux besoins du réseau de santé publique en matière de santé au travail.

Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmières en santé au travail, médecins généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?	Cela varie énormément d'une juridiction à l'autre et du réseau de santé publique (au Québec) aux entreprises privées fournissant des services de santé au travail.
Nombre total de médecins du travail et nombre par employé	De grandes variations d'une juridiction à l'autre.
Exemples de bonnes pratiques	Le Québec dispose d'un système assez complet pour évaluer les risques liés à la santé au travail et protéger les femmes enceintes et allaitantes si leur prestataire de soins obstétricaux en fait la demande.
Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (a une incidence sur la politique de santé tout au long de la vie)	En général, l'âge de la retraite est fixé à 65 ans, mais certains secteurs et certaines entreprises peuvent avoir des politiques différentes (par exemple, en fonction des conventions collectives ou des pratiques de l'entreprise).
Prise en compte des travailleurs informels	Il existe des variations considérables d'une juridiction à l'autre, tant en matière d'accès aux services de prévention qu'en matière d'accès à l'indemnisation des accidents du travail, au remplacement du revenu, ainsi qu'à l'évaluation et au traitement des troubles professionnels. Souvent, les travailleurs étrangers temporaires sont traités différemment des autres travailleurs.

AFRIQUE CENTRALE

Quel est le coût de la santé au travail ?	Chaque année, la loi de finances alloue un budget de 500 000 francs CFA (762 euros) à la Direction de la médecine du travail pour des activités de sensibilisation à la lutte contre le VIH/sida sur le lieu de travail.
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	<p>Le système de santé au travail est organisé selon une structure pyramidale : un Département de la médecine du travail (DMT), qui fait partie du Département de la protection sociale, est rattaché au ministère du Travail, qui intervient et organise la santé au travail sur l'ensemble du territoire de la République centrafricaine.</p> <p>Dans les entreprises privées, il existe des services de santé au travail qui sont placés sous le contrôle de la Direction de la médecine du travail.</p>
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?	<p>Là encore, par l'intermédiaire du DMT, qui participe à l'organisation des activités de santé publique liées à la santé au travail.</p> <p>La médecine du travail en RCA en est encore à ses balbutiements.</p> <p>La Caisse nationale de sécurité sociale gère les risques professionnels et les prestations de maternité.</p>
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	<p>La médecine du travail concerne principalement le secteur privé.</p> <p>Il existe également un Conseil médical de la fonction publique pour l'administration générale.</p> <p>La Caisse nationale de sécurité sociale (sous la tutelle du ministère du Travail) travaille en collaboration avec la Direction générale de la protection sociale</p>
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	Oui, par le biais de diverses visites de santé au travail, qui sont obligatoires ou sur demande.
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment la pénurie de médecins du travail est-elle gérée ?	Il est difficile de mobiliser des médecins pour une formation spécialisée en santé au travail car une telle formation n'est pas disponible à Bangui et est coûteuse. Il n'existe pas de programme de bourses pour cette spécialité.
Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, médecins généralistes, praticiens en ergonomie et psychologues, etc.) ?	En RCA, il n'y a que des médecins du travail, soutenus par des médecins généralistes ou d'autres spécialistes. Il n'y a pas d'infirmiers en santé au travail ni de praticiens en ergonomie.
Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié	<p>4 médecins du travail,</p> <p>Nous avons lancé des projets de formation et de renforcement des capacités en matière de santé et de sécurité au travail, mais en raison d'un manque de financement, rien n'a encore été réalisé.</p>
Exemples de bonnes pratiques	
Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)	<p>L'âge de la retraite dans le secteur privé en RCA est fixé à 62 ans.</p> <p>Dans la fonction publique, cet âge dépend de la catégorie socioprofessionnelle.</p>
Prise en compte des travailleurs du secteur informel	L'intégration des travailleurs du secteur informel (par la Caisse nationale de sécurité sociale) est en cours, mais n'est pas encore effective.

FRANCE

Quel est le coût de la médecine du travail ?	<p>Arrêté du 12 octobre 2024 fixant le coût moyen national de la médecine du travail à 115,50 euros par salarié, avec une fourchette allant de 92,40 à 138,60 euros.</p> <p>Le rapport de l'IGAS de 2020 fait état de 1,5 milliard d'euros de ressources collectées chaque année grâce aux cotisations des entreprises pour financer les SPST (16 millions de salariés). Il s'agit d'une estimation partielle.</p>
Comment le système de santé au travail est-il organisé ?	<p>Le système de santé au travail en France est une obligation légale pour tous les employeurs. Il repose sur les services de santé au travail. On distingue les services interentreprises et les services autonomes créés par les grandes entreprises pour leurs propres salariés. Dans tous les cas, le système est entièrement financé par les employeurs. Ces services sont composés d'équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, ergonomes, psychologues, assistants sociaux) et ont cinq missions principales, dont la principale est d'éviter toute altération de la santé liée au travail, d'accompagner l'évaluation des risques et de conseiller l'employeur et le salarié en matière de prévention. Il s'agit également de mener des actions collectives sur le lieu de travail, des actions de promotion de la santé publique en entreprise, d'assurer la traçabilité des risques professionnels et d'assurer la veille sanitaire. Chaque salarié bénéficie d'un suivi individuel de santé dont la fréquence dépend de son état de santé et des risques professionnels auxquels il est exposé. La gouvernance des services inter-entreprises associe des représentants des salariés et des employeurs, et l'État, par l'intermédiaire du ministère du Travail, assure le contrôle du respect des obligations légales des services et délivre un agrément valable 5 ans.</p>
Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans les politiques de santé publique ?	<p>Depuis 2021, le système de santé au travail est intégré au Plan Santé au travail qui relie la santé au travail aux politiques publiques de prévention. Les services de santé au travail contribuent aux objectifs de santé publique car ils participent à la promotion de la santé publique, à la prévention primaire en réduisant les risques professionnels, au dépistage des pathologies, à la collecte de données de santé et d'exposition, et sont en interaction avec l'assurance maladie pour prévenir la désinsertion professionnelle en cas de problème de santé. Ils permettent de réduire les inégalités en matière de santé en intervenant directement auprès des salariés sur leur lieu de travail et complètent les différents dispositifs de santé.</p>
Comment la médecine du travail est-elle structurée ?	<p>La médecine du travail s'articule autour de services de prévention et de santé au travail internes ou externes aux entreprises selon leur taille, les services externes étant paritaires. Ces services s'inscrivent dans le cadre de la politique nationale de santé.</p>
Existe-t-il un suivi individuel de la santé au travail ?	<p>Oui. Plusieurs visites sont obligatoires : visites d'information et de prévention avec un professionnel de santé (valant visite d'embauche), renouvelées tous les 3 à 5 ans selon les cas. Pour certains postes (amiante, plomb, rayonnements ionisants, risques cancérigènes, etc.), le suivi est dit renforcé, c'est-à-dire qu'il comprend une visite médicale d'aptitude avant l'embauche, renouvelée tous les 4 ans, avec une visite intermédiaire d'information et de prévention tous les 2 ans. Pour les femmes enceintes, les travailleurs en situation de handicap ou les jeunes, il existe un suivi adapté. En cas d'absence, il y a des visites de pré-reprise pendant l'arrêt de travail et une visite de reprise dans les 8 jours suivant la reprise du travail. Enfin, une visite de mi-carrière est prévue à 45 ans afin d'anticiper les effets du vieillissement et de l'usure professionnelle et d'adapter les conditions de travail et le parcours professionnel. Enfin, la visite de fin de carrière sert à mettre en place, si nécessaire, un suivi de santé post-professionnel en cas d'exposition à des risques à effet différé, en lien avec l'assurance maladie.</p>
Comment les médecins du système de santé sont-ils mobilisés ? Comment les pénuries de médecins du travail sont-elles gérées ?	<p>La loi prévoit que des médecins généralistes participent au système de santé au travail, mesure actuellement inefficace. En revanche, pour pallier la pénurie médicale en santé au travail, une passerelle est prévue via une formation permettant de changer de qualification professionnelle. Enfin, des délégations de tâches entre médecins et infirmiers sont prévues, sous réserve de protocoles et à condition que les infirmiers soient formés.</p>
Comment les tâches sont-elles réparties entre les différents acteurs du système (médecins du travail, infirmiers du travail, s généralistes, praticiens tels que les ergonomes et les psychologues, etc.) ?	<p>Les services de santé au travail sont composés d'une équipe pluridisciplinaire dont les missions sont coordonnées par le médecin du travail tant pour les actions collectives de prévention que pour le suivi individuel de santé. Le médecin du travail n'a pas l'activité de soins confiée au médecin traitant. Des échanges d'informations sont possibles entre les médecins à condition que le salarié soit d'accord.</p>
Nombre total de médecins du travail et nombre par salarié	<p>Selon des données récentes, il y avait 4 812 médecins du travail en France pour 27 millions de personnes en emploi fin 2023. Cela donne un ratio d'un médecin du travail pour 5 600 travailleurs,</p>

mais ces chiffres masquent une grande hétérogénéité sur le territoire, certains médecins du travail s'occupant de plus de 10 000 salariés et certains territoires ou groupes professionnels étant dépourvus de tout médecin.

Exemples de bonnes pratiques	Création de cellules de prévention de la désinsertion professionnelle qui prennent en charge un salarié dont l'état de santé est difficilement compatible avec la poursuite de son activité, ou qui présenterait un risque élevé d'inaptitude à l'avenir. Équipe pluridisciplinaire (infirmiers et infirmières, psychologues, ergonomes, etc.) coordonnée par le médecin du travail pour mener les missions de service de prévention et de santé au travail (SPST).
Politique relative au vieillissement et à l'âge de la retraite (qui a un impact sur la politique de santé tout au long de la vie)	Relèvement progressif de l'âge de la retraite s'accompagnant d'un plan national de santé et de visites à mi-parcours pour anticiper les effets de l'usure professionnelle. Les missions du service de prévention et de santé au travail (SPST) permettent ainsi de prendre en compte la santé tout au long de la vie professionnelle.
Prise en compte des travailleurs informels	Depuis 2021, les travailleurs indépendants peuvent s'affilier au service de prévention et de santé au travail interentreprises de leur choix. Ils bénéficient d'une offre spécifique de services en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel et de prévention de la désinsertion professionnelle. Le chef d'entreprise adhérent à un service de prévention et de santé au travail interentreprises peut bénéficier de l'offre de services proposée aux salariés.

2. La prévention des accidents mortels

Ce sujet part du principe que personne ne veut mourir et personne ne veut voir quelqu'un mourir. L'entreprise est aussi un lieu de vie et elle doit l'expliquer. Elle ne fait pas que du profit, elle accueille des personnes et dans cette mission d'accueil des personnes, il ne peut pas avoir de morts. Or, le système français connaît des difficultés à prévenir les accidents mortels au travail au regard de sa mauvaise place en la matière au sein de l'Union européenne avec le total le plus important dans l'Union européenne en 2023.

Eurostat dresse ainsi un tableau synthétique des accidents du travail (mortels et non mortels) dans l'Union européenne en 2023 :

Number of non-fatal and fatal accidents at work, 2023

(people)

	Non-fatal accidents at work involving at least 4 calendar days of absence from work			Fatal accidents at work	
	Total (*)	Men	Women	Total	
EU	2 824 711	1 909 910	913 804	3 298	
Belgium	61 139	41 998	19 140	47	
Bulgaria	2 197	1 460	737	90	
Czechia	35 762	23 604	12 158	78	
Denmark	50 246	29 591	20 337	32	
Germany	788 576	571 900	216 327	403	
Estonia	5 216	3 613	1 603	10	
Ireland	21 960	13 901	7 845	39	
Greece	4 674	3 211	1 463	37	
Spain	481 022	339 844	141 178	355	
France	614 561	370 761	243 800	811	
Croatia	9 161	5 601	3 555	43	
Italy	268 197	194 242	73 955	473	
Cyprus	1 314	943	371	14	
Latvia	2 217	1 418	799	28	
Lithuania	4 875	3 021	1 744	32	
Luxembourg	6 435	4 870	1 565	12	
Hungary	24 756	15 418	9 338	61	
Malta	1 465	1 147	318	5	
Netherlands	84 690	47 799	36 891	31	
Austria	56 644	43 344	13 300	121	
Poland	65 307	39 385	25 922	168	
Portugal	125 873	87 100	38 773	136	
Romania	3 429	2 320	1 109	146	
Slovenia	13 716	9 753	3 963	21	
Slovakia	8 027	5 021	3 006	23	
Finland	33 148	21 440	11 708	27	
Sweden	50 103	27 206	22 897	55	
Iceland	1 488	985	503	1	
Switzerland	99 421	76 133	23 288	48	

Note: non-fatal accidents reported in the framework of ESAW are accidents that imply at least 4 full calendar days of absence from work (serious accidents).

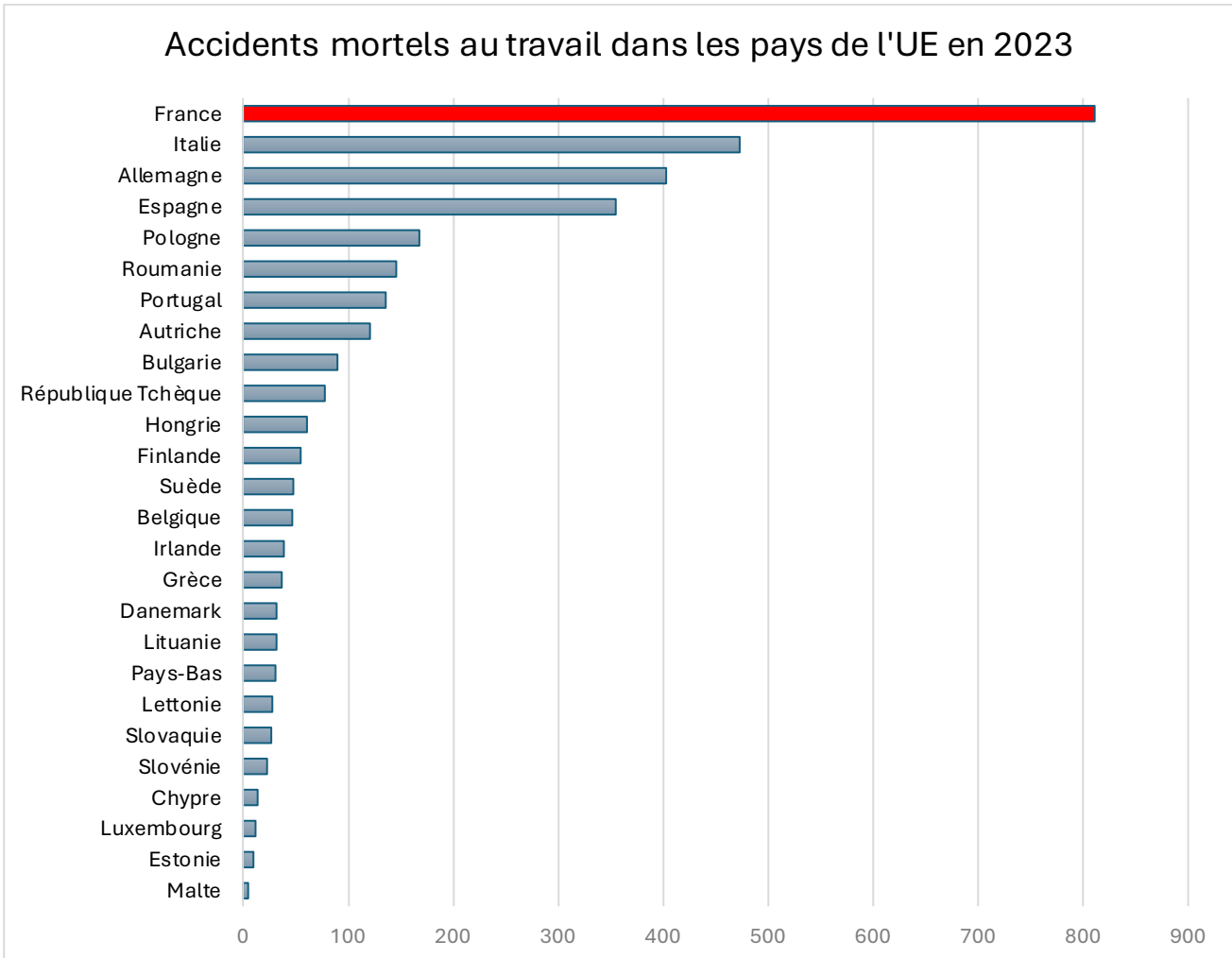
(*) The total includes individuals of unknown sex in addition to men and women. Therefore, the sum of the data for men and women may not equal the total.

Source: Eurostat (online data codes: hsw_n2_01 and hsw_n2_02)

eurostat 

Source : Eurostat, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Number_of_non-fatal_and_fatal_accidents_at_work,_2023_\(people\)_Health2025.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Number_of_non-fatal_and_fatal_accidents_at_work,_2023_(people)_Health2025.png)

Les données d'Eurostat montrent les disparités dans l'Union européenne en matière d'accidents mortels au travail. Toutefois, selon les pays les méthodes de comptage et les systèmes assurantiels diffèrent. Ainsi, en France, les accidents du travail sont comptabilisés dès le premier jour d'arrêt, alors qu'Eurostat ne retient que ceux ayant donné lieu à au moins quatre jours d'arrêt³.



Les pays qui étaient représentés lors de ce séminaire ont tous un taux d'incidence inférieur à celui de la France, mais les résultats doivent toujours être nuancés au regard des modes de calcul ou de déclaration qui peuvent différer selon les pays. Au prisme de l'action des services de santé au travail et des pratiques de médecine de du travail, il apparaît que le chef d'entreprise est celui qui est responsable de l'évaluation des risques professionnels. Il est responsable des indications de sécurité qui doivent figurer dans la fiche de poste ou le contrat. L'employeur doit ainsi démontrer un engagement dans une culture de sécurité dans l'entreprise. Le médecin du travail vient alors le conseiller pour créer un lien entre le prescrit et le réel⁴. Cette culture de sécurité dans l'entreprise s'appuie sur l'analyse faite par le médecin du travail des accidents et

³ Voir DARES (Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques), *Les accidents du travail, données annuelles nationales*, 23 octobre 2025, https://dares.travail-emploi.gouv.fr/donnees/les-accidents-du-travail?TSPD_101_R0=087dc22938ab20009e9c5ea26db8edc6851ebfc6d8b8270002bdaefb8c497d2d6ec963a457c643e008b2628a06143000460510f4607064562fa3b1e9a20595a7411983af9a5975380b991d154c06a95fbd1445654e895427181ce915fc172604

⁴ Au Québec, le Réseau de santé publique en santé au travail a pour mission la prévention des troubles professionnels, mais pas celle de la sécurité (qui relève d'autres acteurs du système).

presqu'accidents, parfois même les incidents et presqu'incidents. Cette culture s'appuie aussi sur l'information des salariés dans les entreprises qui peut constituer un levier actionné par l'employeur à l'aide du service de santé au travail. Dans certains pays, comme la Norvège, la notion de « sécurité » est bien érigée comme une culture avec un objectif de zéro accident à l'horizon 2030 au travail, mais aussi à l'extérieur de celui-ci, c'est-à-dire pour toute la société.

Certaines faiblesses subsistent néanmoins et qu'il faudrait pallier. Par exemple, le Canada n'inclut pas les suicides ni les décès dus au cancer dans ses statistiques de mortalité par secteur d'activité, mais les décès dus au cancer (ainsi que certains suicides) sont pris en compte s'ils sont signalés au système d'indemnisation des accidents du travail. Les suicides sont partiellement pris en compte grâce à des enquêtes périodiques de santé publique. D'autres aspects sont à souligner comme le « régionalisme ». Autrement dit, selon la région les risques professionnels ne sont pas les mêmes. Ainsi, en matière d'accidents mortels, souvent liés aux chutes de hauteurs, certains territoires sont plus impactés en raison, par exemple, de leur activité économique dominante qui majore le risque de chutes de hauteur. Un autre exemple est celui du recours important à de la main-d'œuvre immigrée pas suffisamment formée (ou de manière expéditive) ou apte à comprendre de manière optimale la formation reçue (barrière linguistique). La question de la coordination des acteurs se pose ici. Un autre facteur de faiblesse, et d'accès à la médecine du travail, mais aussi à la prévention, est celui de l'intérim qui est vecteur d'accidents mortels.

Le principe de sécurité intégrée revient sur le devant de la scène concernant ce sujet avec l'idée d'incorporer dans la fiche de poste des travailleurs la question de la sécurité. Il s'agit aussi de travailler sur le travail réel du poste en sus de sa description théorique. L'enjeu est également de faire participer les travailleurs à la prévention tout en s'assurant d'un regard extérieur par rapport à la situation. L'habitation à la situation ne permet pas de voir les limites ou les problèmes. Un des enjeux serait de former, d'informer et de récompenser les entreprises qui ont réalisé des initiatives marquantes en matière de santé et de sécurité au travail. L'entreprise est un lieu de société où s'applique les politiques de prévention. Cela renvoie à l'initiative de la Norvège d'une politique « zéro accident ». Depuis 2000, la Norvège a ainsi consacré un objectif de zéro accident mortel à l'horizon 2030. Seulement 26 accidents mortels sur 2,9 millions de travailleurs en Norvège sont à déplorer depuis le lancement de ce plan. La majorité des accidents mortels est dans les secteurs les plus dangereux. Pour chaque accident mortel, la police procède à une enquête poussée et l'inspection du travail prend la question à bras le corps. Autour de ce thème, on a donc une articulation entre médecine du travail, inspection du travail et police.

Dans d'autres pays, comme la France, les accidents mortels au travail sont souvent médiatisés à travers les suicides. Or, les accidents du travail mortel ne sont pas que les suicides, beaucoup sont dus aux chutes de hauteur. Pour cette raison, la prévention des accidents mortels est extrêmement territorialisée en France avec les Plans régionaux de santé au travail qui déclinent pour les régions le Plan santé travail du niveau national. En outre, la prévention rencontre des limites au regard de l'emploi de travailleurs venant d'autres pays et qui n'ont pas la même représentation de la sécurité au travail. Les travailleurs migrants ont en effet un taux d'accidents élevés non pas forcément parce qu'ils n'ont pas de culture de prévention, mais parce que les organismes qui les emploient leur font faire des travaux plus dangereux. Ils sont aussi souvent employés de manière très précaires et à court terme. Les travailleurs précaires doivent donc être lieux pris en compte.

Discussion : de la nécessité de travailler sur la perception des risques

Un vrai travail sur la perception des risques à la fois des responsables dans l'entreprise et des travailleurs est essentiel. La médecine du travail et les services de santé au travail ont un rôle central à jouer dans cette dimension du problème des accidents mortels. Le Royaume-Uni donne ainsi l'exemple de déléguer des enquêtes en cas non seulement de la survenance d'un accident du travail, mais aussi en cas de déficit d'évaluation des risques à partir d'un pilotage véritablement centralisé de la santé et la sécurité au travail au sein du milieu de travail. Évoquer l'aptitude comme outil de prévention n'est nécessairement le meilleur moyen étant donné que la plupart des salariés décédés à cause du travail étaient aptes au travail. Le médecin du travail possède des clés pour l'appropriation d'une démarche de prévention, d'analyse des situations de travail avec un minimum de recul pour chaque salarié, les encadrants et l'employeur. Cette approche permet aussi de clarifier les documents et les procédures.

La formation (initiale et continue du médecin) est donc un atout pour lutter contre l'anesthésie des capacités d'analyse et de promouvoir la valorisation de l'autonomisation des acteurs de l'entreprise face au risque d'accident. La question de la perception du risque chez le travailleur, mais aussi de la compréhension de la formation induisent des difficultés à comprendre les consignes. Certes la solution passe par la qualité de la formation, mais également dans la prise en compte de la langue du travailleur. Le service de médecine du travail ne travaille pas sur ces questions, un lien doit être établi.

Il ressort que certaines mesures peuvent échapper à la réglementation, à l'obligation et aux normes de standardisation. Ainsi, plutôt que de recourir à la sanction, l'aspect autonomisation des acteurs a été souligné lors de ce séminaire. Par exemple, chez les couvreurs, une meilleure autonomisation pourrait les pousser à recourir à des points d'ancrage sur les constructions en prévision des interventions ultérieures de couvreurs ou autres professionnels intervenant sur les toitures.

Enfin, les médecins du travail ne s'occupent pas beaucoup des travailleurs temporaires, mais de plus en plus toutefois. Quand on prend en compte les accidents mortels, c'est dans l'agriculture, les transports et très souvent ce sont des travailleurs migrants employés dans le secteur informel. Cependant, le Réseau de santé publique du Canada a mis en place diverses interventions préventives et projets de surveillance afin d'évaluer leur prévalence. Des travailleurs étrangers temporaires dans de nombreux secteurs sont répertoriés, et pas seulement dans l'agriculture et les transports (par exemple, les soins de santé, le commerce de détail, la restauration rapide et les autres types de restaurants, l'hôtellerie, le tourisme, etc.). Il s'agit d'un enjeu majeur au Canada, qui suscite de nombreuses controverses.

3. La santé tout au long de la vie (pénibilité/TMS, cancers)

Ce sujet met en jeu les questions de traçabilité individuelle et collective des maladies professionnelles. Il questionne à la fois le suivi individuel des travailleurs et la prévention primaire. Enfin, le départ à la retraite est un véritable enjeu quand ce sujet est abordé à travers la conceptualisation d'un droit de partir à la retraite en bonne santé. Ici se joue alors la définition des notions de « pénibilité », qui renvoie au travail, et d'« usure », qui renvoie à l'individu. L'approche est donc différente quand le sujet de la santé tout au long de la vie est abordé. Poser les enjeux de la question montre combien la médecine du travail tient un rôle essentiel. Au Canada, l'approche par la santé publique permet de déterminer où sont les travailleurs les plus exposés. L'objectif est de dépister les problèmes en regardant les conditions de travail pour regarder où il faut intervenir et définir un plan de prévention. L'entreprise peut alors s'en saisir et les inspecteurs de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) au Québec peuvent aider à ce qu'il y ait des changements (travail entre médecin et CNESST). Cela permet de ne pas être dans une approche individualisée. L'impact et le poids de l'action du médecin du travail varient donc énormément entre parler au travailleur, faire des enquêtes sur le travail lui-même. Avec la nouvelle loi sur la santé et la sécurité au travail, c'est à l'employeur de chercher l'avis du réseau santé au travail. L'avis permet d'être plus apte à adapter les conditions de travail.

Les écarts selon les classes sociales sont énormes ainsi que la capacité de prendre une retraite en bonne santé. Selon les pays, le sujet est abordé différemment car l'âge légal de départ est différent. Néanmoins, les travaux menés lors de ce séminaire montrent la nécessité d'agir de façon globale. La réalisation d'études épidémiologiques adaptées au problème, avec l'assurance de travailler sur des données fiables, permettrait de détecter les emplois et secteurs pénibles. L'âge et le genre sont à prendre en compte dans l'étude des expositions professionnelles. Le travail de nuit est ainsi un facteur à prendre en compte selon l'âge et le genre (par exemple exposition au danger de cancer). Les contraintes physiques et la nature des expositions, sont très différents entre les hommes et les femmes.

L'allongement de l'âge légal de départ à la retraite pousse certains pays à interroger non pas sur la prévention pour maintenir les travailleurs en bonne santé, mais à questionner l'âge qui rend le maintien en emploi plus difficile au travers de la notion de « lourdeur du travail ». Cette question est ainsi centrale en Belgique, pays qui envisage de passer de 65 à 67 ans pour partir à la retraite. Or il est difficile d'utiliser les données du dossier médical de santé au travail pour déterminer la lourdeur du travail, se pose aussi la question de l'accès du médecin du travail aux données personnelles. Le médecin du travail se tournera alors vers l'arrête-royal modifiant le livre VIII du code du bien-être au travail en ce qui concerne l'ergonomie au travail et la prévention des TMS⁵. Entré en vigueur le 25 mai 2024, ce texte permet de prendre en compte la discipline de l'ergonomie au travail dès la conception et l'aménagement de nouveaux postes de travail, mais aussi lors de l'adaptation des postes de travail existants.

Plus de prévention maintient les travailleurs au travail, même pour les métiers dits « lourds ». Toutefois, le système ne doit pas être trop compliqué ou trop hybride afin de pouvoir s'appliquer. Si le système belge considère l'ergonomie comme un des facteurs à prendre en

⁵

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=fr&sum_date=2024-05-15&lg_txt=f&pd_search=2024-05-15&s_editie=1&numac_search=2024201403&caller=sum&2024201403=7&view_numac=2024201403nx2024201403f

compte au niveau des postes de travail en prenant en compte les éléments de base en matière d'ergonomie, un « plan burn out » permet d'accompagner les personnes en souffrance structurellement avec des psychologues et des médecins qui interviennent en complément de leur gestion individuelle.

Enfin, si l'on parle de pénibilité physique en faisant la distinction entre le cadre (et les administratifs) et les ouvriers, les cadres sont pris en sandwich alors qu'il existe aussi des aspects de pénibilité physique dans leur fonction. Si le système prend en compte l'employeur, le travailleur, le médecin du travail, est oublié aussi le collectif de travail et l'entraide. Tout est individualisé aujourd'hui (par exemple avec les entretiens individuels), cela accentue la pénibilité et l'usure professionnelle prématurée, plutôt que de penser à des visites valorisant la santé collective. Concernant l'analyse des risques psychosociaux en Belgique, les modalités sont libres (groupes de discussion ou enquêtes larges) afin de connaître le vécu des travailleurs par rapport à leur travail que ce soit par rapport à leur propre travail, aux relations avec les collègues et la hiérarchie. Une consultation avec la hiérarchie est organisée pour avancer sur le sujet. Un suivi après l'enquête est essentiel pour qu'elle soit efficace et puisse se reproduire.

L'employeur doit donc mettre en œuvre une politique de prévention des TMS ou d'autres problèmes de santé causés ou aggravés par des risques musculosquelettiques au travail par le biais d'une approche globale qui prend en compte les différents facteurs de risque, tels que les facteurs de risque biomécaniques, les autres facteurs de risque liés au poste de travail et les résultats des analyses de risque réalisées dans d'autres domaines du bien-être qui peuvent avoir un impact sur les risques musculosquelettiques au travail (par exemple, sur les vibrations). Le recours à un ergonome devient obligatoire dès la conception du poste de travail. L'arrêté royal énumère également un certain nombre de facteurs de risque biomécaniques à prendre en compte dans l'analyse des risques, tels que l'usage d'une force, les mouvements répétitifs, la durée et la fréquence des mouvements ou des tâches, les postures de travail, les gestes au travail et la force de contact. Des mesures de prévention appropriées doivent ensuite être prises pour prendre en charge au mieux ces risques musculosquelettiques au travail. Cette politique de prévention doit également être évaluée et mise à jour régulièrement⁶.

Outre le maintien en emploi, se pose la question du retour en emploi ou au travail sur le même poste ou à un autre poste. Or, pour améliorer l'action des médecins du travail, dont le rôle est majeur en termes d'adaptation du travail à l'homme, à ses capacités physiques et mentales, est celui de la connaissance du *curriculum laboris* des travailleurs concernés. Une jonction serait à penser sur ce plan avec le médecin traitant, notamment au regard de la connaissance des cancers professionnels par les soignants de ville, mais aussi les former aux protocoles d'exposition aux produits cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction (CMR). L'idée serait de créer une fiche de liaison avec le médecin traitant afin d'adopter un suivi adapté du retour au travail, le médecin-conseil pourrait être inclus. Cette approche est inspirée du trajet de réintégration du chapitre VI du livre I, titre 4, articles I.4-72 à I.4-82 du Code du bien-être au travail belge. Par exemple, un examen et une concertation avec le médecin traitant et le médecin-conseil, le médecin du travail établit un rapport

Le Japon insiste sur la prévention primaire et pas seulement sur l'exposition professionnelle. Toutefois, c'est l'aspect promotion de la santé qui prend le pas au travers de l'intervention en entreprise d'association de promotion de la santé qui réalise des dépistages sur les heures de travail concernant les troubles liés à l'usure au travail. Toutefois, ce système n'est pas tout à fait

⁶ <https://emploi.belgique.be/fr/actualites/nouvel-arrete-royal-sur-lergonomie-au-travail-et-la-prevention-des-tms>

efficace en raison du manque de spécialistes de ces sujets dans les associations de promotion de la santé, mais aussi d'un financement qui repose uniquement sur le financement propre à ces associations. Enfin, dès le départ à la retraite, le travailleur est perdu de vue.

L'Italie, à l'instar de la France, dispose d'une liste d'emplois pénibles permettant un départ anticipé à la retraite. Néanmoins, ce dispositif ne règle pas le problème du financement des examens médicaux après la retraite bien qu'un fonds spécifique à l'amiante existe. D'autres dispositifs existent cependant comme des ateliers de prévention et de promotion de la santé spécifiques aux travailleurs de plus de 60 ans qui pourraient être mobilisés pour des travailleurs retraités, mais ce n'est pas le cas pour le moment bien que cette idée pourrait permettre de viser un début de traçabilité des travailleurs partis à la retraite. Comme en France, l'accent est plutôt mis sur l'individu. Le système canadien emprunte plutôt une démarche épidémiologique et collective en focalisant le regard sur le travail et les déterminants d'exposition.

Les dispositifs en France :

La France a abordé la question de la santé tout au long de la vie à travers ses réformes de la retraite et du recul de l'âge légal de départ à la retraite. De ces travaux est née la notion de « pénibilité ».

- Les mesures visant à assurer le suivi des expositions à effet différé sont désormais en place, avec le renforcement depuis la loi du 02/08/2021 et ses textes d'application sur les visites de fin d'exposition et de fin de carrière. Occasion de la synthèse des expositions rencontrées par les salariés durant leur parcours professionnel, elles permettent au médecin du travail d'informer le salarié et son médecin traitant des pathologies dont il convient d'assurer le dépistage après le départ en retraite. C'est aussi, au travers de plusieurs états de la science sur divers risques cancérigènes, un des principaux domaines pour lesquels des recommandations de bonne pratique, émises par la Société Française de Santé au travail et pour la plupart validées par la haute autorité de santé, ont été élaborées. Des dispositions financières au niveau de l'Assurance Maladie complètent ce dispositif. Face aux performances médiocres des dépistages des principaux cancers professionnels concernés en termes d'amélioration du pronostic des patients, ce dispositif est cependant davantage un moyen de compensation qu'un outil de prévention de la morbi mortalité... On peut ajouter que ce dispositif est trop centré sur les effets cancérigènes, alors que les données épidémiologiques confirment que bien d'autres expositions sont à l'origine d'effets retardés, y compris les risques psychosociaux.
- Un problème beaucoup moins pris en compte est celui de l'usure en fin de carrière. Les SPSTI ont vu leurs missions renforcées dans ce champ via les démarches de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et de maintien en emploi (ME). Il est demandé aux SPST de contribuer à prévenir l'usure au travail. Mais si beaucoup de dispositifs sociaux permettent d'aider à reclasser ou à maintenir en emploi des personnes usées, la prise en compte de l'usure passerait par un effort DES ENTREPRISES pour faire évoluer les emplois des séniors et réellement adapter le travail à l'homme. Or il existe ici un fort décalage entre les TPE et même les PME, et les grandes entreprises, car seules ces dernières disposent, le plus souvent, d'une variété de postes et d'une diversité de missions permettant de faire glisser des salariés vieillissants, usés ou porteurs de pathologies ou de polyopathologies invalidantes vers des postes adaptés. Dans bien des

PME, la perte de capacités en fin de carrière conduit trop à l'inaptitude. Les dispositifs sociaux, qui permettent heureusement de sécuriser la fin de parcours de ces salariés, typiquement au cours des trois dernières années, ont pour contrepartie de ne pas inciter salariés et employeurs à rechercher des solutions autres, tels des aménagements de poste.

La prévention de l'usure en France

D'une approche de la santé tout au long de la vie par la pénibilité du travail, qui concerne donc le travail en lui-même, le système français a glissé vers une approche plus individuelle en parlant d'« usure » au travail. Un enjeu fort est de réduire les contraintes dès le début de carrière, pour limiter dès le plus jeune âge l'altération de la santé et l'usure prématurée. Les médecins du travail utilisent la pénibilité pour l'utiliser comme élément de reclassement (par exemple, repositionner un travailleur de nuit vers un poste de jour).

Le dispositif de prévention de certains effets différés, notamment des cancers professionnels, est en théorie en place : dans son document unique, l'employeur, aidé par le SPST notamment au travers des éléments fournis dans la fiche d'entreprise, doit établir un inventaire des risques liés à l'utilisation des produits chimiques et des procédés classés cancérigènes selon la réglementation en vigueur. Si la collecte, la mise à jour, et la lecture fastidieuse pour un non averti en toxicologie restent difficiles, le décret n° 2024-307 du 4 avril 2024 impose l'établissement de la liste des salariés de chaque entreprise, intérimaire compris, exposés à des CMR via des produits ou des procédés, devrait, s'il est appliqué, conduire à une meilleure identification, donc à une meilleure prévention, à un meilleur suivi et à une meilleure traçabilité de ces risques.

Concernant l'usure plus globalement, les SPST ont bien sûr un rôle à jouer, non seulement via l'approche ergonomique (biomécanique et organisationnelle) des postes de travail, mais aussi en sensibilisant aux vertus des démarches de prévention des risques, ou même de maîtrise des facteurs de risques, psychosociaux et de bien-être au travail. Toutefois, la notion de la prévention primaire n'est pas privilégiée en pratique. Dans bien des cas, alors que des moyens de prévention sont en place, les salariés eux-mêmes ne les utilisent pas toujours, parfois sous la pression des impératifs de production, mais parfois simplement par le manque de perception des effets à long terme et la banalisation du risque. L'usure et le vieillissement prématuré sont finalement encore considérés comme inéluctables, comme une fatalité par beaucoup d'employeurs, mais aussi par les salariés. La tâche du médecin du travail n'est pas non plus facilitée par la perception des mesures de prévention comme des contraintes. Les efforts d'information, de sensibilisation fournis par l'ensemble des acteurs des SPST, lors des visites médicales ou surtout aux postes de travail, ne suffisent à rattraper le manque de culture de prévention.

Le système français développe néanmoins un certain nombre de dispositifs touchant à la médecine du travail tels que la visite à mi-carrière, la visite de fin de carrière, la fiche d'exposition professionnelle qui liste des salariés exposés (mais qui en pratique n'est finalement que virtuelle), le dossier médical partagé (DMP). Ce qui est proposé correspond aussi au jour J alors qu'une évolution est possible. Impliquer donc le médecin traitant avec un DMP devient un enjeu ici.

Si la visite de mi-carrière permettrait de dépister l'usure, en réalité ce dépistage devrait se faire durant toutes les visites. Au départ visait à repousser l'âge de départ à la retraite et de repérer la désinsertion professionnelle. Certains SPST ont en outre compris que c'était un levier très utile pour mettre dans l'esprit du travailleur les possibilités d'un changement d'orientation avec la cellule de désinsertion professionnelle. Concernant la visite de fin de carrière, celle-ci devrait pouvoir éviter la coupure avec le travail en organisant un suivi post-exposition.

Des fonds ont été développés. Par exemple, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit (FIVA), ou le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides (FIVP), mais ces fonds n'ont une vocation préventive. En revanche, le Fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle (FIPU) vise à préserver la santé des salariés les plus exposés à des facteurs de risques ergonomiques (manutention manuelle de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques). En application de l'article L. 4624-3 du Code du travail, à l'issue de toute visite réalisée par le médecin du travail (à l'exception de la visite de pré-reprise), celui-ci peut remettre au travailleur un document préconisant des mesures d'aménagement de poste, qui accompagnera selon les cas soit l'attestation de suivi, soit l'avis d'aptitude remis à l'issue de la même visite. Or, les entreprises recourent très peu au FIPU.

Discussion : comprendre les étapes de l'usure professionnelle et de la pénibilité au travail

Il résulte de ces discussions que l'usure liée au travail doit être abordée en trois temps :

- La prévention de l'usure ;
- L'adaptation à l'usure ;
- Le bilan de l'usure.

Or, la problématique est souvent prise à l'envers, en commençant par la fin, le troisième temps qui est le bilan de l'usure, c'est-à-dire ses conséquences ultimes. Ce sont pourtant ces conséquences qui font, notamment en France, l'objet du plus grand nombre de dispositions réglementaires et détournent l'attention de la prévention.

Force est donc de constater que la question de la santé tout au long de la vie n'est à ce jour pas envisagée sous le bon angle. L'énergie dépensée autour de la question de l'âge de la retraite mériterait d'être ainsi davantage consacrée à améliorer les conditions de travail et à réduire les facteurs de pénibilité au travail partout où cela est possible. Le débat sur l'âge pourrait alors intégrer les situations où la pénibilité, traduite par les données épidémiologiques sur la durée de survie en bonne santé en fonction des emplois, est peu réductible. Cette vision est cependant médicale, et n'est pas forcément en phase avec celle des partenaires sociaux. Cette vision n'est pas non plus forcément en phase avec l'aspect de la taille de l'entreprise, notamment la problématique des petites et très petites entreprises.

Seul que soit l'avis du médecin lors de ces visites, ce sont les entreprises qui ont les leviers pour proposer ou créer des postes compatibles avec l'état de santé des salariés. Les efforts visant à anticiper le vieillissement et l'usure des salariés, à créer des emplois valorisant leur expérience tout en réduisant les contraintes imposées (au moins physiquement), ne sont pas suffisants. Le faible nombre de tels postes limite l'impact des conseils des médecins, car toute réorientation, toute formation à des emplois compatibles n'a d'effet que si des postes sont disponibles.

La réflexion sur un tel cursus en fonction de l'âge demeure largement insuffisante. Un outil scientifiquement validé pour mesurer les risques afin d'envisager les moyens pour résoudre les différentes situations comme l'anxiété, serait une avancée : surveillance des salariés tous les

deux ans jusqu'à 50 ans. Ensuite différents protocoles à partir de 50 ans, puis à partir de 60 ans seraient appliqués. Pour ceux après 60 ans, beaucoup attendent le départ à la retraite en s'imaginant un futur très agréable, d'autres n'arrivent pas à voir la retraite arriver et développent de l'anxiété. L'enjeu serait ici de développer alors un programme pour garder le lien entre les uns et les autres et un nouvel outil pour mesurer l'état de santé après le départ à la retraite. Garder les liens est donc important pour évaluer quels métiers sont plus pénibles que d'autres. Or, la médecine du travail n'est pas informée sur l'avenir des personnes qui partent à la retraite.

4. La prise en compte de la santé mentale au travail – RPS

Si aujourd'hui la santé mentale est généralement considérée sur le lieu de travail selon les différentes normes juridiques ou la jurisprudence, si le médecin du travail est chargé dans sa mission d'y porter attention ou de se pencher sur l'adaptation du poste de travail aux capacités physique et mentale du travailleur, en revanche, il existe peu d'outil opérationnel. Dans le panel de pays représentés, le Japon propose sur ce point un « check up » annuel du stress : le « Stress Check Program ». La présentation de ce dispositif est le point de départ d'une réflexion plus large au regard de son appréciation par les représentants des autres pays.

Il ne s'agit pas d'un examen de santé, mais d'une autoévaluation que le salarié est libre de réaliser ou non. L'objectif est d'une part, pour les travailleurs, de reconnaître leur propre niveau de stress et, d'autre part, pour les employeurs, de déterminer le niveau de stress de chaque organisation afin d'améliorer les conditions de travail et l'environnement de travail. Tous les lieux de travail comptant 50 employés ou plus doivent mettre en œuvre le Stress Check Program au moins une fois par an pour les travailleurs qui les composent (ce qui pose un problème pour les entreprises de moins de 50 salariés). Les employeurs ne doivent pas être informés des résultats pour chaque employé sans le consentement de ces derniers. En revanche, les employeurs connaissent de manière globale les résultats du niveau de stress de l'établissement. L'entreprise nomme un médecin du travail ou un infirmier pour conduire cette étude et en informe les salariés des résultats. Au niveau individuel, cette étude peut à un entretien avec le médecin du travail. De son côté, l'employeur peut utiliser les résultats collectifs pour améliorer les conditions de travail, mais aussi identifier les services à risque. L'engagement de l'entreprise auprès du médecin du travail est primordial dans ce programme.

Le test s'appuie sur les exigences du poste et l'état de santé mentale au travers du soutien de la hiérarchie, des collègues et de la notion de « soutien organisationnel perçu » (« *Perceived Organizational Support* » (POS)), c'est-à-dire la « croyance générale concernant la mesure dans laquelle l'organisation valorise les contributions des travailleurs et se soucie de leur bien-être. »⁷ Plus le POS est faible plus l'accidentalité est faible. Il est de l'intérêt de l'employeur de favoriser le soutien organisationnel perçu pour améliorer la prévention et améliorer la qualité de la relation entre travailleurs et organisation du travail.

Le système canadien et québécois retient les risques psychosociaux plutôt que le stress et distingue les sources des symptômes de stress et la mise en évidence des déterminants des risques psychosociaux. Par exemple, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) retient comme facteurs de RPS : la charge de travail, l'autonomie décisionnelle, la reconnaissance au travail, le soutien social du gestionnaire ou des collègues, le harcèlement psychologique, la justice organisationnelle, l'information et la communication.⁸ L'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle est une question également particulièrement prégnante au Québec qui convoque la dimension de genre. En outre, les contraintes organisationnelles font partie du champ d'action du médecin. En France, le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail en 2011, dit « rapport Gollac et

⁷ Rhoades and Eisenberger. Perceived organizational support: A review of the literature, *J Appl Psychology*, 2002; Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). *Towards a model of work engagement*. The Career Development International, 13(3), 209–223; Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). *Perceived organizational support*. Journal of Applied Psychology, 71(3), 500–507.

⁸ <https://www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/risques-psychosociaux-du-travail>

Bodier⁹ », remis au Ministre du Travail, distingue six facteurs de risques psychosociaux : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et la reconnaissance au travail, les conflits de valeur, l'insécurité de la situation de travail. Au Royaume-Uni, six domaines principaux peuvent entraîner un stress lié au travail s'ils ne sont pas gérés correctement. Il s'agit des exigences, du contrôle, du soutien, des relations, du rôle et du changement.¹⁰

Ces discussions posent la question de l'impact du rôle du médecin du travail sur l'organisation du travail et la nécessité d'augmenter leurs compétences de leadership pour persuader les entreprises de prendre à bras le corps les questions de stress, de santé mentale et de risques psychosociaux au travail. Cette approche permettrait de conforter l'employeurs dans son obligation d'assurer la santé physique et mentale des salariés par la maîtrise de son organisation, mais aussi par l'augmentation de la reconnaissance des pathologies psychiques ou des suicides en maladies professionnelles ou en accident du travail.

L'expérience portugaise souligne l'intérêt d'un outil commun utilisé par les médecins du travail et les psychologues. Si l'idée peut faire son chemin, les expérimentations des questionnaires sont très différentes en fonction des secteurs d'activité. La Belgique utilise aussi un système d'indicateurs en intriquant la dimension individuelle et la dimension collective. Autrement dit, les politiques construites à partir des résultats des enquêtes ou des ateliers en entreprise se basent sur des indicateurs individuels pour construire des indicateurs collectifs. L'intérêt ici est de prendre en compte le du travail par rapport aux risques psychosociaux et au stress au travail ; par exemple : ressentez-vous du stress au travail ? Avez les ressources pour y faire face ? L'accent est aussi mis sur l'importance de la reconnaissance du travail, ce qui implique un comportement adapté de la part de la hiérarchie. Cet aspect existe aussi en Norvège qui intègre les RPS dans un auto-questionnaire et qui nécessite pour être utile une réelle implication de la direction de l'entreprise dans la démarche en soulignant l'importance du suivi. Enfin, la Croatie déploie un système de prise en charge de consultations psychologiques par l'entreprise (5 rendez-vous par salarié) qui s'appuie sur une politique de sensibilisation sur les effets du stress et des enquêtes qualitatives en atelier.

Le Québec et la Belgique reconnaissent expressément les risques psychosociaux¹¹. Ce n'est pas le cas en France, sauf à considérer la ratification de la convention n° 190 de l'OIT sur la violence et le harcèlement au travail qui reconnaît les RPS. Si une loi pour renforcer la prévention en santé au travail a été adoptée le 2 août 2021¹², la notion de « prévention primaire » n'apparaît pas expressément dans le Code du travail malgré les termes employés par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail qui a servi de base pour ce texte. Néanmoins, les données produites par les médecins du travail, et plus largement le service de prévention et de la santé au travail peuvent servir aux négociations collectives sur la santé au travail dans l'entreprise, notamment dans le cadre des négociations spécifiques à la qualité de vie et des conditions de travail (loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (QVCT)). Il peut s'agir de relier les données de santé individuelle

⁹ M. Gollac, M. Bodier, *Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, avr. 2011, 223 p.

¹⁰ <https://www.hse.gov.uk/stress/causes.htm>

¹¹ Code sur le bien-être au travail en Belgique, Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST) au Québec.

¹² Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, *JORF* du 3 août 2021.

à des causes organisationnelles et à des facteurs de risque, de les intégrer dans les plans de formation premiers secours en santé mentale. Le but est d'équiper les entreprises pour agir, de ne pas diluer l'implication des acteurs et de ne pas uniquement initier des actions sur le stress au travail pour plus largement traiter des risques psychosociaux.

Discussion : de la nécessité d'une approche objectivée et concrète de la santé mentale au travail

Quelles qu'en soient leurs causes, la prévention des RPS, bien que croissante demeure difficile à promouvoir dans les entreprises, pour de multiples raisons. Un pays comme la France est profondément traumatisé par « l'affaire France Télécom » qui a conduit à une vague de 35 suicides liés au travail entre 2008 et 2009. Le 21 janvier 2025, la Cour de cassation a reconnu la notion de « harcèlement moral institutionnel au travail ». ¹³ Or, cette affaire a abordé la santé mentale au travail et les risques psychosociaux par leur volet le plus dramatique (le suicide) et par sa gestion par la voie judiciaire et criminelle pour déterminer les responsabilités dans l'entreprise. Les acteurs des services de santé et de prévention au travail ont dès lors le plus grand mal à faire comprendre aux acteurs de l'entreprise qu'ils ne sont pas là pour caractériser des fautes et rechercher qui sont les responsables. Leur rôle est d'identifier des problématiques professionnelles et proposer des solutions pour y remédier.

À cela s'ajoute la mise en cause de l'organisation du travail, des modalités de communication et de management dans l'entreprise. Or, cette démarche peut être perçue par des employeurs comme étant très intrusive et critique de leur pouvoir de direction. Le médecin du travail est aussi perçu comme un exécutoire pour des perceptions subjectives individuelles et doit aussi composer avec la confrontation entre les effets du travail et les effets de la vie personnelle sur la santé mentale du salarié. Les médecins du travail ont donc besoin de travailler sur des critères objectifs et d'indicateurs pour évaluer les aspects de santé mentale et psychosociaux liés au travail.

En effet, la plupart des interventions en entreprise, dans le champ psychosocial, se déroulent du fait de la survenue de troubles, des conséquences collectives ou individuelles des risques psychosociaux : absentéisme, turn-over, agressions verbales ou physiques sur le lieu de travail au sein des équipes, constat d'états anxiodépressifs parmi les salariés, vague d'inaptitudes, etc. Dans ce contexte dégradé, conduire une analyse sereine et constructive des conditions de travail est encore plus difficile, et cette phase ne permettra souvent que d'aborder qu'une partie des questions sous leur face la plus emblématique et émergée de l'iceberg. L'analyse faite par le médecin du travail reste ainsi généralement assez superficielle et conduit à des rapports sans grand relief ne comprenant pas de mesures concrètes, précises, à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'entreprise, au sein des équipes.

L'idéal serait que les entreprises puissent considérer la prévention des RPS comme un axe de prévention normal, au même titre que les autres domaines de risques professionnels. Banaliser la démarche, la mettre en œuvre « à froid » avec le service de médecine du travail, alors que l'entreprise n'est pas encore (ou n'est plus) confrontée à des risques et troubles psychosociaux, permettrait d'embrasser plus largement l'ensemble des axes psychosociaux. Il faut pour cela disposer de critères objectifs et reproductibles d'évaluation d'une situation de travail pour mettre en œuvre sur le terrain, dans l'entreprise et au sein des équipes des mesures concrètes, précises sur le terrain, dans l'entreprise, au sein des équipes.

¹³ Cass. Crim. 21 janvier 2025, n° 22-87.145.

Cette approche doit respecter un certain nombre de principes :

- Aborder les problématiques par l'analyse du fonctionnement, par poste, et non par individu, afin d'obtenir une approche fonctionnelle et non culpabilisante ;
- Proposer des mesures réelles, observables, depuis des modifications physiques de l'environnement et des moyens de travail jusqu'à des changements de procédure, des modifications d'organigramme, des formations, etc. ;
- Autonomiser les entreprises autour de la prise en compte des facteurs de risques psychosociaux avec un accompagnement au long court des services de santé au travail et du médecin du travail afin de créer en permanence les conditions d'un dialogue propice à prévenir l'apparition de nouveaux risques psychosociaux.

5. La prise en compte de la transition numérique

La discussion concernant ce thème s'est concentrée sur trois grands points : les logiciels métiers utilisés par les services de médecine du travail, le développement de la téléconsultation et l'introduction de nouvelles technologies au travail. Au prisme du système français, la question de l'harmonisation des logiciels métiers a retenu l'attention. Le manque d'harmonisation des logiciels métiers semble un problème important pour la gestion par le médecin du travail de ses tâches quotidiennes (dossier médical de santé au travail, descriptif du poste de travail, activité concrète réalisée, équipement de protection individuels proposés, ressentis dans le travail, projection dans le futur, composition familiale). La transition numérique est pourtant une question clé qui doit être aussi intégrée par les services de médecine du travail. La campagne de prévention de l'EU-OSHA 2023-2025 met à ce titre l'accent sur la plateforme numérique qui devient un domaine prioritaire.

L'outil informatique est sous-investi dans nombre de service de santé au travail et les médecins du travail au regard des possibilités d'interopérationalité entre logiciels et de l'automatisation des tâches administratives. Le traitement des données représente également un enjeu très important. Il est néanmoins nécessaire de considérer que tout le monde n'apprend pas forcément au même rythme.

La téléconsultation devient aussi un enjeu, mais avec des perceptions différentes. Par exemple, elle se développe en France, mais elle n'est pas possible au Portugal face au risque de mauvaise utilisation de cette technologie. Les entreprises sont en faveur de ce système car la téléconsultation représente une simplification, mais elles ne sont pas assez de qualité. L'aspect « relation humaine » se perd : comment reconforter un travailleur ou une travailleuse qui pleure car il ou elle subit des agissements de harcèlement ? De manière plus prosaïque, c'est la relation entre le ou la patient(e) qui est mis en cause avec de la sécurité des données issues des téléconsultations.

D'autres avis soulignent que celle-ci peuvent apporter un avantage dès lors que cette pratique est très encadrée, par exemple qu'il n'y ait pas besoin d'un examen physique associé. Certaines visites, comme la visite d'embauche ou la visite de reprise du travail seraient ainsi exclues. Ce n'est cependant pas la panacée qui résoudrait la pénurie de médecins du travail, mais elle peut apporter une certaine souplesse dans la pratique de la médecine du travail et une amélioration de la traçabilité. Ainsi, penser à une application pour tous qui pourrait être développée dans certains espaces économiques et politiques (Union européenne par exemple) pourrait améliorer les travailleurs expatriés (au moins concernant les pratiques de base). Pour une pratique à distance, il est possible aussi d'utiliser des capteurs environnementaux (par exemple pour les pompiers) qui collecte de nombreuses informations. Celle-ci peuvent être néanmoins très nombreuses, le médecin du travail ne pourra pas toutes les traiter, l'aide de l'intelligence artificiel pourrait alors s'avérer un atout. En outre, les données en soi sont une chose, mais encore faut-il récolter des « bonnes données » pour assurer le suivi médical adéquate, pour documenter les expositions, réaliser des portraits et des croisements. Les logiciels doivent donc pouvoir fonctionner ensemble et aussi éviter les « silos de données ».

Certaines expérimentations ont été développées autour d'un duo entre un-e infirmier-ère du travail et un médecin du travail. Un-e infirmier-ère est formé-e sur place, pendant la consultation il ou elle communique avec le médecin du travail qui lui indique ensuite quoi faire. Si les avantages se traduisent en une montée en compétence des infirmiers-ères, en une capacité à intervenir à un endroit où les médecins du travail n'interviennent pas, en revanche l'aspect

chronophage est souligné ainsi que la mobilisation de deux personnes à chaque consultation. Par ailleurs, dans certains pays, si la téléconsultation est une piste en raison des zones non-couvertes par les médecins du travail, les pannes d'électricité récurrentes ou la qualité médiocre du réseau Internet présentent des défis logistiques majeurs.

Il existe des réticences à l'usage de la téléconsultation. Il fut cependant utile pendant la période de la COVID pour garder le contact et faciliter l'accès aux salariés aux visites médicales, mais avec le problème de la possible baisse de qualité de la consultation. La téléconsultation pourrait être considérée comme « un outil dans l'outil » qui ne remplace pas une consultation en personne. Cet outil permet de multiplier les échanges dans le temps pour le suivi d'un salarié. En visite à distance, le retour d'expérience est que le travailleur se livre plus de cette manière-là.

La transition numérique pose également des problèmes matériels de type ergonomiques. L'évolution des postures doit être scrutée devant un écran d'ordinateur, concernant la conception de nouveaux postes de travail ou de télétravail (introduction de tablettes par exemple). La santé au travail se traduit ici en un travail notamment sur les troubles musculosquelettiques. Elle se traduit aussi par le questionnement de l'idée de la reconnaissance de la douleur chronique¹⁴, mais aussi de prendre en compte l'inconfort induit par l'introduction de nouvelles technologies d'un point de vue matériel, mais aussi virtuel avec par exemple la mise en place de nouveaux logiciels. Cette question prend du relief au regard d'une approche par la construction sociale de la prévention en lien avec l'introduction de nouveaux outils informatiques.

À l'aune de cette question, dans la pratique de la médecine du travail, l'importance de l'impact cognitif des outils numériques et leur multiplication (par exemple la multiplication des notifications) est à considérer avec filigrane en la question de la quantification de cette évolution. Concernant la prévention primaire, sur la conception des bases de données, des interfaces, des logiciels, le point de vue du travailleur n'est pas pris en compte sur l'outil utilisé ou arrive tout à la fin du logiciel. Il en est de même concernant la conception des machines sur la base de cahiers des charges conçus sans une réelle représentation des travailleurs. Le médecin du travail pourrait être un relai comme il pourrait, dans sa tâche d'adapter le travail aux capacités physiques et mentales de l'homme, aborder la relation entre le travailleur et un cobot. Toutefois, ces tâches sont complexes pour le médecin du travail, l'humain travailleur devient un élément de la chaîne de production, un simple maillon de la chaîne numérique.

Discussion : le numérique, un outil à double visage

Le numérique est aujourd'hui omniprésent dans le monde du travail en général, et au sein des services de santé au travail en particulier. En premier lieu, en reprenant le modèle *Health Impact Assessment* (HIA) au Japon,¹⁵ il faut voir les effets négatifs, mais aussi souligner les aspects positifs.

¹⁴ Roquelaure Y. (2018). *Troubles musculo-squelettiques et facteurs psychosociaux au travail*. ETUI, Rapport 142, <https://www.etui.org/sites/default/files/FR-Rapport-142-roquelaure-WEB.pdf>

¹⁵ Il s'agit d'une série de processus et de méthodologies afin de prévoir et d'évaluer à l'avance la manière dont les politiques nouvellement introduites au sein du milieu de travail affecteront la santé. Le but est d'optimiser les politiques et les mesures qui promeuvent les avantages pour la santé et de minimisent les inconvénients.

Pour les services de santé au travail, l'outil numérique, les évolutions logicielles offrent la possibilité de mieux classer, tracer et surtout exploiter les données liées au milieu de travail et à la santé. Il s'agit d'une réelle opportunité de générer de la connaissance à partir de la forêt vierge de données jusqu'à présent inexplorées. C'est aussi une occasion de décloisonner les données, afin de faire émerger des connaissances, mais aussi d'adapter nos pratiques, d'optimiser les actions de prévention. À l'heure de l'*evidence based medicine*, le cloisonnement des données se voit opposer des obstacles : harmonisation des saisies, nombre de professionnels de santé à saisir les données, surcharge de travail, etc.

La téléconsultation, vulgarisée lors de la crise sanitaire liée à la COVID19, offre désormais des possibilités intéressantes. Offrant un environnement sécurisé en termes de confidentialité des données, et sous réserve du respect d'un certain nombre de règles de bonne pratique et d'encadrement (accord du salarié, tenue normale d'un dossier médical de santé au travail, etc.), les différents dispositifs de téléconsultation (logiciels, malles, cabines, etc.) viennent enrichir la boîte à outils des professionnels de santé. Dans le domaine des risques psychosociaux, il apparaît que ces outils libèrent même la parole de certains d'entre eux.

Dans le monde de l'entreprise, la transition numérique est source de nouveaux métiers et de nouveaux postes, d'allègement de certaines tâches. L'intelligence artificielle ouvre de nouvelles perspectives de progrès, de développement, d'intégration de données. Toutefois, des risques humains et organisationnels sont à anticiper et à maîtriser, le médecin du travail tient un rôle essentiel ici concernant l'adaptation du travail.

En conclusion, la transition numérique, dont le développement est exponentiel et offre des possibilités apparemment infinies, doit rester ce qu'il est censé être : un outil parmi d'autres de la médecine du travail. Comme tous les outils, l'être humain doit savoir l'utiliser de manière réfléchie, maîtrisée, en tenant compte des limites des opérateurs ou utilisateurs humains. Maîtriser l'outil et ne pas lui faire une confiance aveugle sera d'autant plus nécessaire avec l'envolée de l'intelligence artificielle.

6. La prise en compte du changement climatique

Si l'entreprise doit s'adapter aux changements climatiques, elle doit aussi adapter les conditions de travail qui changent également. Des facteurs psychosociaux y sont également associés. Le médecin du travail se positionne ici en donneur d'alerte pour adapter les horaires de travail ou l'équipement.

Le médecin du travail peut s'aider de l'Atlas de la santé et du climat de l'OMS et l'OMM qui présente les liens entre santé, climat et changement climatique. Il contient d'importantes informations scientifiques sur les rapports entre le temps, le climat et les grands problèmes sanitaires.¹⁶ Enfin, si au Japon le dispositif *Health Impact Assessment (HIA)*¹⁷ s'applique au télétravail, à la détresse psychologique, il peut aussi s'appliquer sur le changement climatique en agissant sur les conditions de travail et s'aider de divers outils tels que la norme ISO45007 *Occupational Health and Safety Management*.

Pour le médecin du travail, la question du changement climatique n'est pas seulement incarnée par les fortes chaleurs, mais aussi par de nouvelles infections (par exemple amenées par les piqûres de moustiques, extension de la maladie de Lyme propagée par les tiques), les allergies, les incendies de forêt, l'augmentation pluviométrique, la multiplication des violentes tempêtes, de nouvelles inégalités professionnelles, l'augmentation de l'irritabilité et de la violence au travail, etc.¹⁸ À ce titre, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) a réalisé des travaux sur les changements climatiques et l'ensemble des enjeux liés à la vie professionnelle et aux facteurs psychosociaux associés.¹⁹ Outre les éléments de prévention connus (adapter les horaires de travail, plus de pause, sieste, hydratation), le médecin du travail est aussi un acteur important pour les faire appliquer. Il doit aussi prendre en compte le temps hors travail. L'exposition climatique ne se limite pas en effet au monde du travail, et le changement aura aussi des impacts indirects via son action sur des temps extraprofessionnels. Par exemple, en cas de canicule, la qualité de la récupération est moindre, le sommeil moins qualitatif, et conduit donc à une accumulation de fatigue et impact sur le travailleur, le travail, le niveau des risques professionnels.

La formation est un aspect essentiel pour faire avancer le thème auprès des médecins du travail. Par exemple, la *Leadership Royal Academy* au Royaume-Uni intègre à destination des médecins du travail dans leur formation dans le domaine du leadership un programme visant ce type de changement dans le monde. Côté canadien, et du Québec, le programme de formation de l'INSPQ rend déjà obligatoire ce sujet. Les médecins du travail doivent être préparés à ces changements et les saisir par la formation.

Le rôle du médecin du travail est de prévenir les risques. Un rôle pédagogique est important, par exemple informer de la nécessité de boire très fréquemment, mais aussi que le mauvais usage de certains EPI pendant de fortes chaleurs peut entraîner la mort, ou encore que la suie déposée après les incendies de forêt doit être nettoyée dans les règles de l'art. Le changement climatique n'est pas vraiment inclus dans le document d'évaluation des risques professionnels en France. Outre le rôle d'alerte des représentants du personnel, le Médecin du travail a pour

¹⁶ <https://www.who.int/fr/publications/i/item/atlas-of-health-and-climate>

¹⁷ *Op. cit.*

¹⁸ Voir le rapport ANSES (2018). *Effets du changement climatique en milieu de travail : des risques professionnels augmentés et une mobilisation du monde du travail indispensable*, <https://www.anses.fr/system/files/AP2013SA0216Ra.pdf>

¹⁹ <https://www.inspq.qc.ca/changements-climatiques>

rôle d'inciter les employeurs à prendre en compte les paramètres climatiques dans le DUERP et à trouver les moyens pour éviter l'exposition à ce risque, mais aussi de rendre les salariés plus formés.

Discussion :

Le changement climatique est souvent perçu dans les entreprises, et dans la population en général, au travers de ses effets directs et des risques aigus liés notamment aux vagues de chaleur. Le phénomène est bien plus complexe et va engendrer des conséquences encore pas envisagées. Par exemple, l'aspect des flux migratoires sur le travail, la confrontation des cultures et des langages ne sont pas encore tout à fait évoqués concernant la sécurité au travail.

Or hormis l'appel à la diminution des effets du changement climatique (baisse de la consommation énergétique depuis les transports, le chauffage ou la climatisation, l'hébergement des données numériques, la gestion des déchets, etc. enjeux des démarches RSE [responsabilité sociétale des entreprises]), l'entreprise n'a plus la main sur l'accélération du changement climatique. Plutôt que de l'inscrire tel quel dans le document unique d'évaluation des risques, il serait plus pertinent, avec l'aide du médecin du travail, que l'employeur inscrive à la fois les risques induits par le changement climatique et ceux impactés par le phénomène d'intégrer dans le document unique au titre des nouveaux risques, et de réévaluer les risques existants susceptibles d'être modifiés par le phénomène. Ce processus amènera à ajuster conjoncturellement les mesures de prévention. Cette approche pose aussi la question de la place du médecin du travail dans les politiques de responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE).

6. Recommandations pour optimiser les pratiques en médecine du travail et la prévention des risques professionnels

6.1. Accidents mortels

- Combiner la prévention des accidents du travail au travail et hors travail.
- Déligner des enquêtes en cas non seulement de la survenance d'un accident du travail, mais aussi en cas de déficit d'évaluation des risques à partir d'un pilotage véritablement centralisé de la santé et la sécurité au travail au sein du milieu de travail.
- Mieux prendre en compte les travailleurs précaires.

6.2. Santé tout au long de la vie

- Réalisation d'études épidémiologiques adaptées au problème.
- Prendre en compte l'âge et le genre dans l'étude des expositions professionnelles.
- Recours à l'ergonomie dans un cadre légal en matière d'aménagement du travail tout au long de la vie (exemple belge).
- Améliorer la connaissance du *curriculum laboris* des travailleurs concernés en termes d'expositions par les soignants.
- Organiser une traçabilité des travailleurs une fois partie à la retraite et évaluer les effets des facteurs de risques professionnels sur la santé des retraités.
- La visite de mi-carrière ne doit pas masquer la nécessité de dépister l'usure durant toutes les visites.
- Visite de fin de carrière : éviter la coupure avec le travail, organiser un suivi post-exposition.
- Faire participer le médecin du travail à la détection des métiers dits « pénibles »
- Dès la conception et l'aménagement de nouveaux postes de travail, mais aussi lors de l'adaptation des postes de travail existants, acter dans la loi que le recours à des disciplines scientifiques telles que l'ergonomie, est essentiel. D'autres disciplines pourraient être convoquées comme la psychologie.
- Le médecin du travail soigne aussi le travail de manière à ce qu'il soit adapté aux capacités physique et mentales du travailleurs-euses et à participer à la détermination des emplois pénibles.
- Outre le maintien au travail, le retour au travail doit être envisagé. Permettre au médecin du travail de participer aux conditions de ce retour.

- Créer une fiche de liaison entre le médecin traitant et le médecin du travail, voir le médecin-conseil, afin d'adopter un suivi adapté au retour au travail.

6.3. La prise en compte de la santé mentale au travail – RPS

- Mettre en place un « check up » annuel collectif de la santé des travailleurs de manière à adapter les conditions de travail en fonction des résultats, mais aussi identifier les services à risque. L'engagement de l'entreprise auprès du médecin du travail est primordial.
- Considérer l'intérêt d'un outil commun utilisé par les médecins du travail et les psychologues.
- Mieux définir le rôle du médecin du travail sur l'organisation du travail : nécessité d'augmenter ses compétences de leadership pour persuader les entreprises de prendre à bras le corps les questions de stress, de santé mentale et de risques psychosociaux au travail.

6.4. La prise en compte de la transition numérique

- Harmoniser les logiciels métiers et automatiser des tâches administratives.
- Prendre en compte la santé cognitive des travailleurs par le médecin du travail.
- Encadrer la téléconsultation, matériel de mesure à disposition des patients dans un environnement adapté, apporter une certaine souplesse dans la pratique de la médecine du travail et une amélioration de la traçabilité. Exclure certaines visites (embauche, reprise).
- Prendre en compte la santé cognitive des travailleurs au regard de l'intensification du travail causée par la hausse des sollicitations des moyens de communication.
- Prévenir les risques de troubles musculosquelettiques induits par l'introduction de nouvelles technologies.
- Adapter la relation de l'être humain à la machine.

6.5. La prise en compte des changements climatiques

- Prendre en compte les effets du changement climatique sur le travailleur au travail, mais aussi les impacts indirects sur le travailleur via son action sur des temps extraprofessionnels (mauvaise récupération, sommeil de faible qualité).
- Par l'action du médecin du travail, inciter les employeurs à prendre en compte les paramètres climatiques dans les documents d'évaluation des risques professionnels et proposer des moyens pour y faire face.

- Mettre en œuvre des actions d'informations et de sensibilisation à ces risques auprès de l'employeur et des salariés.

Conclusion

Cette synthèse et analyse du séminaire international qui s'est tenu à Sarlat les 14 et 15 novembre 2024 dresse un état des lieux contrasté des pratiques en médecine du travail à travers les pays étudiés, tout en proposant des pistes pour améliorer la mission de prévention des risques professionnels de services de santé et de prévention en santé au travail. Les échanges entre experts de 11 pays ont révélé des divergences structurelles, culturelles et réglementaires, mais aussi des convergences dans les défis que constituent les accidents mortels, la santé mentale, les mutations technologiques, la santé tout au long de la vie ou encore le changement climatique.

Les discussions ont souligné l'importance de dépasser une approche purement individuelle pour embrasser une vision systémique de la santé au travail. Le recours aux SPST et à la médecine du travail n'est plus seulement une obligation légale pour les employeurs, mais un levier de santé publique. En protégeant les travailleurs, il contribue ainsi à réduire les inégalités sociales de santé (accès aux soins, prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), à améliorer la productivité (en limitant l'absentéisme et la désinsertion professionnelle), et à renforcer la capacité à surmonter les crises (climatiques, sanitaires ou technologiques).

Les pistes dégagées lors de ce symposium offrent une feuille de route ambitieuse face à de nombreux défis tels que la pénurie de médecins, la charge administrative, la résistance aux changements de certains acteurs. Face à cela, des pistes de réponses apparaissent grâce au travail de comparaison : renforcer la collaboration interdisciplinaire, mieux intégrer les outils numériques dans le fonctionnement des services de santé au travail ou encore former les employeurs à la perception des risques professionnels, participer à la formation des travailleurs, et, enfin s'inspirer des bonnes pratiques d'autres systèmes qui ont fait leurs preuves.

Ce travail ouvre ainsi une perspective de renforcement des réseaux internationaux, de diffusion de ces bonnes pratiques et donner aux services de santé au travail les moyens d'agir plus tôt, plus largement et plus efficacement. L'enjeu n'est pas seulement de traiter les conséquences du travail, mais de faire émerger une culture de prévention partagée afin d'anticiper les risques, de réduire la pénibilité et de construire des environnements de travail plus soutenables au bénéfice des travailleurs, mais aussi de la santé publique.