



Institut National
De Médecine Agricole

Mémoire
Pour l'obtention du Diplôme
De Médecine Agricole

Organisation de la Médecine du Travail en
Europe et de la Santé et Sécurité au
Travail
Avec revue de détail de six Etats membres

Présenté par le Dr Yvan BERRA
18 rue Larribau – 64260 Buzy en Béarn
Date d'expédition : le 31 août 2009

SOMMAIRE

1 – INTRODUCTION	p.1
2 – LES INSTITUTIONS EUROPEENNES	p.2
2.1 – Présentation des différentes institutions et organes européens	p.3
2.2 - Le fonctionnement des institutions de l'Union Européenne et les organes spécifiques traitant de santé et de sécurité au travail	p.4
2.2.1 – Le Conseil de L'UE (ou « le conseil ») ou Conseil des ministres	p.4
2.2.2 – La Commission Européenne	p.5
2.2.3 – Le Parlement Européen	p.6
2.2.4 – La Cour de Justice des Communautés Européennes	p.6
2.2.5 – La Cour des Comptes européenne	p.7
2.2.6 – Les deux organes consultatifs des Institutions de l'UE	p.7
2.2.7 – Organes spécifiques institutionnels traitant de la santé et de la sécurité au travail dans l'UE	p.8
2.2.8 – Organismes consultatifs traitant de la santé et de la sécurité au travail dans l'UE	p.8
3 – REPERES HISTORIQUES DE LA CONSTRUCTION DE L'UE ET DE LA SST EN EUROPE	p.9
3.1 - En France:	p.9
3.2 – Dans les pays européens:	p.10
3.3 – Construction de L'Union Européenne et actions de l'UE en matière de Santé et sécurité au travail :	p.11
4 – COMPARAISON DES SYSTEMES DE PREVENTION EN EUROPE ET DE L'ORGANISATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL	p.17
4.1 – L'organisation institutionnelle	p.18
4.1.1 – Organisation des systèmes nationaux en matière de SST : le rattachement aux départements ministériels.	P.18
4.1.2 – Organisation des systèmes nationaux en matière de SST : le recours aux organismes d'expertise.	P.19
4.1.3 – L'organisation du contrôle.	p.20

4.2 – Les modalités de mise en œuvre dans les Etats membres de l’UE de la directive cadre 89/391/CEE concernant « l’évaluation des risques » :	p.21
4.3 – Les modalités de mise en œuvre dans les Etats membres de l’UE de la directive cadre 89/391/CEE concernant « la pluridisciplinarité » :	p.21
4.4 – Etude des spécificités de l’organisation de la médecine du travail dans les pays de l’UE :	p. 21
4.4.1 – L’ALLEMAGNE :	p.22
4.4.2 – LA BELGIQUE :	p.24
4.4.3 – L’ESPAGNE:	p.28
4.4.4 – LA FRANCE :	p.30
4.4.5 – LE ROYAUME-UNI:	p.37
4.4.6 – LE LUXEMBOURG:	p.41
4.4.7 – quelques spécificités dans le reste des Etats membres de l’Union Européenne:	p.43
5 – SYSTEMES ET STATISTIQUE AT/MP DES ETATS MEMBRES DE L’UE	p.44
5.2 – Détail des systèmes de réparation AT /MP dans les six Etats membres :	p.46
5.2.1 – L’Allemagne :	p.47
5.2.2 – La Belgique :	p.47
5.2.3 – L’Espagne :	p.49
5.2.4 – Le Luxembourg :	p.50
5.2.5 – Le Royaume-Uni :	p.51
5.2.6 – La France :	p.51
5.2.7 – Résumé des organismes gestionnaires dans l’ensemble des l’Europe des 15 :	p.53
5.3 – comparaison des données statistique dans l’UE :	p.53
5.3.1 - Incidence des accidents graves du travail :	p.53
5.3.2 – Incidence des accidents graves par sexe	p.54
5.3.3 - Incidence des accidents mortels du travail :	p.54

5.3.4 - Le taux standardisé d'accidents du travail avec arrêt de plus de trois jours :	p.57
5.3.5 - Evolution du nombre de maladies Professionnelles reconnues	p.58
5.3.6 - L'influence du contenu de la liste de maladies professionnelles dans le nombre de cas reconnus	p.58
5.3.7 - Évolution des maladies professionnelles : trois groupes de pays distincts	p.60
5.3.8 - L'évolution des coûts des maladies professionnelles (MP)	p.61
5.3.9 - Les réformes ou changements réglementaires intervenus ces dernières années	p.62
6 – DISCUSSION CONCERNANT LA CONFRONTATION DES SYSTEMES DE SST ET DE REPARATION ET DES DONNEES AT ET MP DANS L'UNION EUROPEENNE	p.63
7 – CONCLUSION	p.68

1 – INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de travail est une préoccupation collective présentant à la fois une dimension humaine et économique (1).

La création d'emplois plus nombreux et de meilleure qualité est l'un des principaux objectifs de la politique de l'Union Européenne (UE). Or la qualité de l'emploi ne peut être dissociée d'un environnement de travail sûr et sain.

La santé et la sécurité au travail représentent aujourd'hui l'un des domaines les plus importants de la politique sociale européenne (1,2,3).

Le souci d'améliorer la santé et la sécurité des travailleurs était déjà présent en 1952 à l'époque de la création de la communauté économique du charbon et de l'acier (CECA).

La construction européenne présente une histoire riche et mouvementée que ce travail permettra de retracer afin de comprendre les étapes et les perspectives du projet européen.

Il fera l'inventaire du corpus législatif conséquent qui a été adopté afin de couvrir un maximum de risque à l'aide d'un maximum de réglementation dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. De nombreuses directives européennes qui constituent le principal instrument d'intervention communautaire grâce à leur force contraignante (et qui ont ainsi été à l'origine d'avancées considérables dans la modernisation et l'actualisation des normes et des systèmes de santé et de sécurité au travail des Etats membres comme la France et cela dans une Europe sans cesse élargie) seront développées et exposées pour faciliter la compréhension de la maison commune.

Les institutions européennes sont au cœur des décisions et depuis les années 1980, c'est de la construction communautaire et essentiellement de la Commission européenne que vient une considérable impulsion dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail (4). Ces institutions seront détaillées afin d'appréhender la complexité de leurs rapports et définir leur rôle dans l'Union Européenne.

Il sera montré que ces textes ont contribué à harmoniser les droits des travailleurs et à réduire les dangers et les risques sur tous les lieux de travail (le nombre d'accidents du travail mortels au sein de l'UE a de fait diminué de plus de 30% entre 1994 et 2000 et au cours de cette même période le nombre d'accidents graves a chuté de 15%).

Ainsi ce mémoire reprendra dans son ensemble le processus de construction européenne et fera le point sur les différentes institutions et organisations qui la composent.

Le point de départ de cette évolution découle de la directive dite **directive cadre 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989** (6), concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs (2).

Sur cette base qui fixe les règles générales et minimales de prévention des risques professionnels applicable à tous les Etats membres, une vingtaine de directives dérivées, dites directives techniques ou spécifiques, a été adoptée dans la quasi-totalité des domaines couvrant la protection de la sécurité et de la santé en milieu de travail.

Avec l'entrée en vigueur du **traité de Maastricht en 1993**, l'objectif d'un grand marché unique entre tous les pays membres de l'UE a également conduit à l'adoption d'une vingtaine de directives économiques, notamment dans le domaine de la conception des équipements de travail ou des produits chimiques, qui participent aussi pour une part importante à l'amélioration des conditions de travail, de santé et de sécurité sur les lieux de travail.

Ce sont ainsi une cinquantaine de directives qui contribuent directement à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, et dont la transposition en droit national dans les différents Etats membres a fait l'objet de concertation avec les partenaires sociaux tant au niveau européen qu'au niveau national (2, 3, 7, 8, 9).

Ainsi tous les pays membres de L'UE ayant transposé la directive cadre 89/391/CEE (5) présentent des variations d'organisation de la médecine du travail qui varient peu d'un pays à l'autre même si des spécificités subsistent, tant dans le statut juridique du médecin du travail, son indépendance ou sa formation, que dans les instances qui contrôlent ses activités (6). Aussi c'est à la lumière de ces directives qu'il sera procédé à l'examen dans ce travail de Six Etats membres ayant réalisés la transposition, permettant par la même de mettre en exergues leurs spécificités.

En reprenant les six pays européens étudiés précédemment, seront développés les systèmes d'indemnisation des Accidents du travail et des Maladies professionnelles (AT – MP).

Puis seront abordés et détaillés les bilans statistiques des différents pays de l'UE afin de monter l'évolution des données d'Accidents du travail et des Maladies Professionnelles au cours de ces dernières années.

Pour mémoire, l'Europe a affiché un objectif ambitieux : diminuer de 25% avant 2012 le nombre d'accident de travail et des maladies professionnelles (2, 10, 11) tous secteurs professionnels confondus.

L'agriculture, y compris le secteur forestier, joue un rôle important dans la vie économique, culturelle et politique de l'Europe et c'est une composante importante des plans pluriannuels de l'UE. C'est une activité dans laquelle de nombreux travailleurs sont tués et blessés au cours d'accidents du travail ou souffrent de maladies professionnelles (7, 12).

L'agriculture représente un des 3 secteurs d'activité les plus dangereux tant dans les pays industrialisés que ceux en voie de développement. Les statistiques concernant ces secteurs seront ainsi apportées dans ce document avec les autres secteurs d'activité.

Ces données statistiques ainsi que la connaissance par le détail de l'organisation de la médecine du travail et de la SST en général mais aussi des systèmes de réparation dans six Etats européens sera l'occasion de confronter et de tirer des enseignements sur leurs modes de fonctionnement et sur la pertinence de leur organisation.

Ainsi, l'approche européenne en matière de santé et de sécurité au travail n'a donc cessé de se moderniser au fil des années à un rythme plus ou moins élevé selon les périodes.

Mais l'apparition de nouveaux défis toujours plus nombreux demandera une implication croissante de tous les acteurs concernés pour protéger les travailleurs européens des risques liés à leur activité professionnelle dans un monde de plus en plus concurrentiel et globalisé (2,3, 13) et en profonde mutation structurelle.

2 – LES INSTITUTIONS EUROPEENNES

Dans les années 50, lorsque la composition et le fonctionnement des institutions européennes ont été conçus, la Communauté européenne ne comptait que 6 Etats membres. Depuis l'union a été élargie 6 fois. L'UE compte désormais 27 Etats membres (14) et forme un espace de 495 millions d'habitants.

Les 27 Etats membres sont :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaumes Unis, Slovaquie, Slovénie, Suède.

2.1 – Présentation des différentes institutions et organes européens

Le système institutionnel de l'UE est original et se distingue de manière radicale des systèmes institutionnels de ses 27 pays membres. Il n'y a pas de président unique ni de Premier ministre attribué, ni de gouvernement supranational (2,15).

Chacune des institutions européennes a son organisation propre et ses membres définis, et travaille selon un schéma bien établi en collaboration avec les autres institutions de l'UE.

Les institutions européennes sont au nombre de cinq :

- **le conseil de l'UE au conseil des ministres (ou « le conseil)**
- **la Commission européenne**
- **le Parlement européen**
- **la Cour de justice des Communautés européennes**
- **la cour des comptes européenne**

Les cinq institutions sont assistées de deux organes consultatifs :

- **le Comité économique et social européen (CESE)**
- **le Comité des régions**

Ces institutions et organes sont assistés dans leurs projets par deux banques européennes :

- **La Banque européenne d'investissement**
- **La Banque centrale européenne**

Le fait d'être ou de ne pas être une institution comporte (outre l'élément de prestige) surtout des effets juridiques. Le « cachet » institution donne par exemple la faculté de saisir la Cour de Justice des Communautés européennes en cas de manquements d'une autre institution aux obligations qui lui incombent.

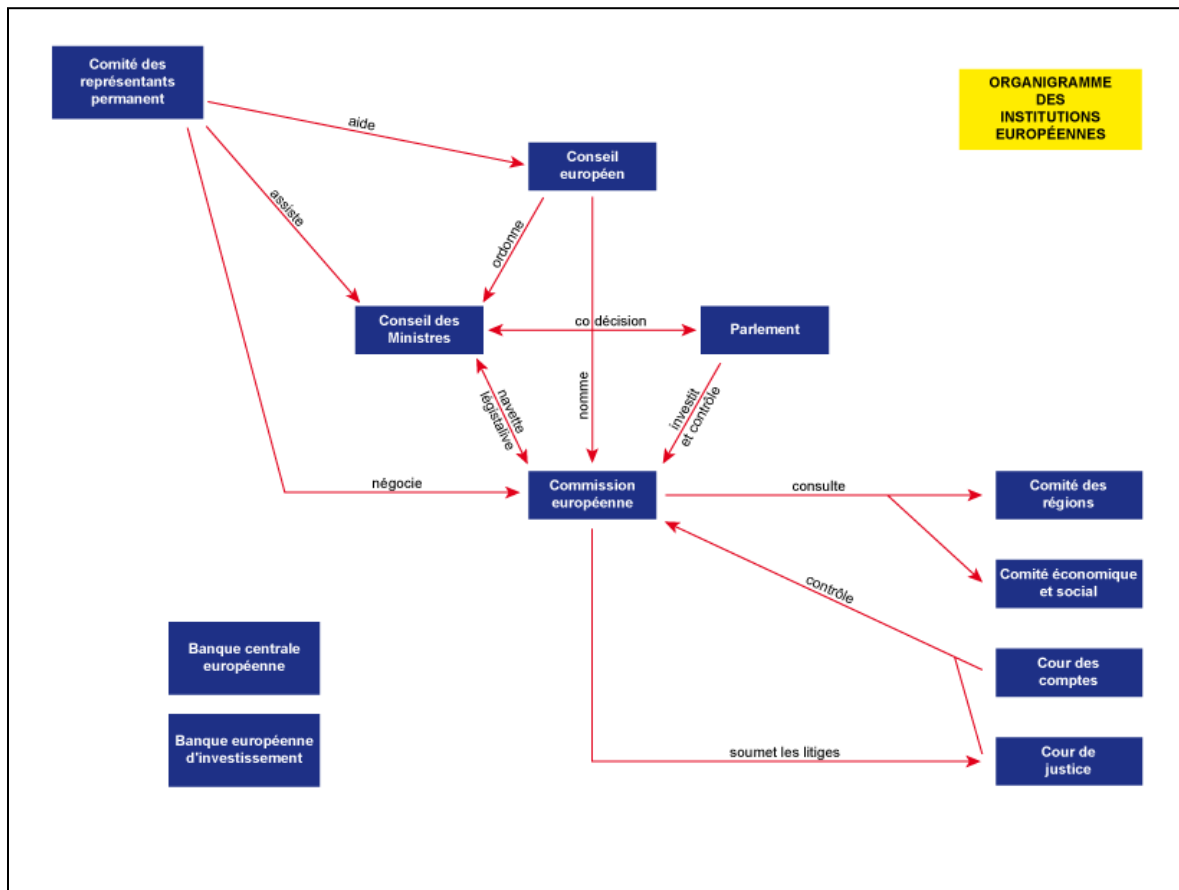


Figure 1 : organigramme simplifié des institutions européennes

2.2 - Le fonctionnement des institutions de l'Union Européenne et les organes spécifiques traitant de santé et de sécurité au travail (15)

2.2.1 – Le Conseil de L'UE (ou « le conseil ») ou Conseil des ministres

-Organe législatif : c'est l'instance décisionnelle principale de l'UE. Il crée la législation en adoptant les propositions que lui soumet la Commission européenne. Il réunit les ministres de chaque pays membres sur un sujet donné, par exemple tous les ministres de l'agriculture ou lors de sujets portant sur le travail, tous les ministres en charges du travail et des affaires sociales

Remarque : il ne doit pas être confondu avec le **Conseil Européen** ni avec le **Conseil de l'Europe** ;

- le **Conseil de l'Europe** organe intergouvernemental siégeant à Strasbourg chargé de la défense des droits de l'homme et de la démocratie parlementaire ;

- le **Conseil Européen** (organe différent de celui du Conseil de l'UE ou conseil des ministres). Il n'est certes pas une institution au sens des traités, mais il n'en demeure pas moins l'une des structures principales de l'UE. Y siègent les 27 chefs d'Etat et de gouvernements des pays membres et le président de la Commission européenne. Par son instauration, les chefs d'Etat et de gouvernement ont voulu faire une instance de coopération intergouvernementale,

notamment dans le domaine politique. Il a été institutionnalisé par l'Acte Unique Européen (AUE) de 1986.

Le Conseil européen peut être considéré comme un véritable centre de décision au niveau communautaire. Il se réunit tous les 6 mois et décide des grandes orientations pour l'avenir de la Communauté européenne en définissant les orientations politiques générales de l'UE (traité de Nice, art.4).

- Siège : Bruxelles

- Présidence : tournante, elle est exercée à tour de rôle par les pays membres de l'UE tous les 6 mois.

- Rôle : représente les gouvernements nationaux, il réunit les ministres des 27 Etats membres. Les ministres se réunissent pour adopter la législation européenne en arrêtant des actes juridiques (règlements, directives...).

Il est assisté par le **Comité des Représentants Permanent des Etats membres (COREPER)** qui prépare les travaux et sessions du Conseil.

Au niveau décisionnel, le conseil de l'UE travaille en étroite collaboration avec le Parlement Européen et la Commission Européenne.

- Entité traitant de SST au Conseil de l'UE : c'est le Conseil Emploi, politique Sociale et Consommateurs (**EPSCO**) qui adopte les règles européennes en codécision avec le Parlement européen pour harmoniser ou coordonner les législations nationales, concernant notamment les conditions de travail et la santé et la sécurité des travailleurs.

2.2.2 – La Commission Européenne

Le travail de la commission est accompli par un collège de 27 personnes dites « Commissaires ». Chaque Etat membre dispose d'un commissaire élu pour 5 ans. Chacun d'eux s'occupe d'un domaine spécifique (agriculture, transport...).

La commission décide collégalement sur chaque dossier.

Réunion de la commission : 1 fois par semaine à Bruxelles. Les réunions qui ont lieu pendant la session plénière du Parlement européen se tiennent toutefois à Strasbourg.

- Rôle : elle est l'administration centrale de la Communauté. Outre son rôle administratif elle a aussi un pouvoir d'initiative. Quelques 22 000 fonctionnaires élaborent les propositions de loi européennes qui sont ensuite soumises au vote du Conseil de l'Union Européenne. Elle est aussi la « gardienne des traités » en ayant pour tâche de veiller à l'application des traités et de la législation européenne. Elle est également chargée de l'exécution du budget annuel de l'UE. Elle représente l'UE sur la scène internationale (sur instruction du Conseil de l'UE) lors de négociation d'accords commerciaux avec des pays tiers ou d'accords internationaux.

- siège : principalement à Bruxelles (18 000 agents) mais aussi à Luxembourg (2500 agents) et les personnels chargés des activités de recherche au nom de la Commission à Ispra en Italie, Geel en Belgique, Karlsruhe en Allemagne et Petten aux Pays-Bas.

- Présidence : assurée actuellement par le Portugais Manuel Barroso, il est désigné par le conseil réuni au niveau des chefs d'Etat et de gouvernement pour 5 ans. La désignation est approuvée par le Parlement Européen.

- Entité traitant de SST (santé et sécurité au travail) : à la commission européenne, c'est la **Direction Générale Emploi, affaires sociales et égalité des chances** qui traite le thème de la santé et de la sécurité au travail sous la direction d'un commissaire spécifique, M. Vladimir Spidla. Cette Direction coopère avec deux organismes, l'**Eurofound** (la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail) et l'**OSHA** (l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Occupational Safety and health Administration).

2.2.3 – Le Parlement Européen

Il représente les citoyens de l'UE et leurs permet de participer directement à la politique de la Communauté. Les députés européens sont élus dans les circonscriptions nationales pour une durée de 5 ans.

Composé de 736 députés, le parlement est élu au suffrage universel direct. Les parlementaires se regroupent par affinité politique et constituent 7 groupes parlementaires.

- organisation : outre les 7 groupes, le parlement organise son travail à l'aide de plusieurs commissions parlementaires. Celles ci ont pour tâche de préparer les travaux des sessions plénières du Parlement. Elles élaborent notamment les rapports qui sont soumis au vote de l'assemblée plénière.

- Présidence : président élu par le parlement pour une durée de 2 ans et demi.

- Siège : à Strasbourg où se tiennent toutes les sessions plénières ainsi que les sessions budgétaires, mais aussi à Bruxelles pour les sessions additionnelles. Quant au secrétariat général du Parlement il se trouve au Luxembourg.

- Rôle : depuis 1957 les pouvoirs du parlement se sont progressivement renforcés et étendus. Il partage avec le Conseil de l'UE le pouvoir budgétaire. Il arrête le budget définitif de L'UE et a la faculté de rejeter le budget en bloc. Il participe directement à l'élaboration des règlements et des directives européennes en collaboration avec la Commission et le Conseil de l'UE. Aucun texte ne peut voir le jour sans consultation préalable du Parlement européen.

- Entité traitant de SST au parlement : c'est la commission parlementaire Emploi et Affaires Sociales qui est compétente pour les questions ayant trait aux mesures visant à garantir la santé et la sécurité des travailleurs sur le lieu de travail et aux relations avec l'Eurofound et l'OSHA.

2.2.4 – La Cour de Justice des Communautés Européennes

- Rôle : elle veille au respect du droit européen. Ses principales tâches sont celles d'interpréter et d'assurer l'application du droit communautaire.

- Siège : Luxembourg.

- composition : la Cour se compose de 27 juges (1 par Etat membre) ainsi que de 8 avocats généraux. Les juges sont nommés pour 6 ans (renouvelables) d'un commun accord entre les Etats membres par les gouvernements nationaux parmi des personnalités offrant toutes les garanties notoires d'indépendance et de compétence. La procédure est identique pour les avocats généraux.

- Saisie : peut l'être par toute partie, que ce soit une institution européenne, un Etat membre, une personne physique ou morale à l'occasion de tout litige mettant en cause un acte ou une institution communautaire. Le particulier peut y avoir recours après avoir épuisé tous les moyens de recours nationaux et pour le même type de litige.

Pour alléger le travail de la Cour, un **tribunal de première instance** a été créé en 1989. Sa tâche est de traiter les recours des personnes physiques et morales contre des décisions des institutions communautaires.

En 2005, un tribunal de la fonction publique de l'UE a été créé dans le but de traiter les litiges entre les institutions communautaires et les fonctionnaires de l'UE.

2.2.5 – La Cour des Comptes européenne

- Rôle : elle est responsable du contrôle du budget communautaire et assure la bonne gestion financière de l'UE. Il revient à la Cour des Comptes de contrôler la légalité et la régularité de toutes les recettes et les dépenses de la Communauté. Elle ne possède toutefois aucun pouvoir juridique propre. Les éventuelles irrégularités constatées sont rapportées aux organes communautaires compétents (OLAF, Office Européen de lutte anti-fraude...). Elle doit obligatoirement être consultée avant l'adoption de textes relatifs à la réglementation financière ou toute disposition législative ayant une incidence financière sur le fonctionnement de l'UE.

- Siège : Luxembourg.

- Constitution : 27 membres (1 par Etat membre) nommés pour 6 ans par le conseil de l'UE après consultation du Parlement européen sur la base des propositions faites par les Etats membres.

- Organisation : elle dispose de 250 contrôleurs qui effectuent des visites d'inspection auprès des institutions européennes, des Etats membres (en collaboration avec les institutions nationales concernées) et des organisations bénéficiant ou gérant des fonds de l'UE. Elle réalise chaque année un rapport financier publié au JO de l'UE. Elle émet en outre toute l'année des observations ou des avis.

2.2.6 – Les deux organes consultatifs des Institutions de l'UE

- **Le comité économique et social (CESE)** : il est chargé de représenter les intérêts des différentes catégories de la vie économique et sociale européenne (ex. : employeurs, travailleurs, agriculteurs, professions libérales etc.). Le CESE doit être consulté de

manière obligatoire par la Commission européenne et le Conseil de l'UE sur un grand nombre de sujets (ex. : questions sociales, santé publique...). Il peut aussi émettre des avis sur sa propre initiative.

- **Le comité des régions** : chargé de représenter les intérêts des collectivités régionales et locales des Etats membres, il est consulté de manière obligatoire par la Commission et le Conseil de l'UE dans certains domaines comme l'éducation, la culture, les réseaux trans-européens... Le Comité des régions peut également adopter des avis de sa propre initiative et les soumettre à la Commission européenne, au Conseil de l'UE et au Parlement européen.

2.2.7 – Organes spécifiques institutionnels traitant de la santé et de la sécurité au travail dans l'UE

- **Eurofound** : La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail a été créée en 1975.

Son siège se situe à Dublin. Son rôle est de fournir des informations, des conseils et des avis aux acteurs clés dans le champ des politiques sociales de l'UE et sur la base de données comparables, de recherches et d'analyses.

Elle coopère avec la Commission Européenne et le Parlement Européen.

- **OSHA (2,13)**: l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a été créée en 1996 et son siège se situe à Bilbao.

Composée de spécialistes en SST, en communication et en administration, elle travaille en relation avec les gouvernements, les employeurs et les représentants des travailleurs.

Ses activités sont centrées autour de la collecte et de la diffusion d'informations (campagnes), à travers des études scientifiques et statistiques.

Doté d'un **Observatoire européen du risque** (auquel participe l'Eurogip et l'Institut National de Recherche et de Sécurité qui sont 2 organismes nationaux Français), l'Agence effectue de la prospective de manière à anticiper les risques émergents en fonction du contexte, des facteurs sous-jacents et des tendances.

Elle coopère avec la Commission Européenne par le biais de la « Direction Générale Emploi, Affaires Sociales et Egalité des Chances » et avec le Parlement Européen.

2.2.8 – Organismes consultatifs traitant de la santé et de la sécurité au travail dans l'UE

- **Le Comité économique et social (CESE)**: c'est la section pour l'Emploi, les Affaires sociales et la Citoyenneté (**SOC**). Le comité couvre un large domaine d'actions dont les conditions de travail, la santé et la sécurité au travail, la santé publique et les travaux de plusieurs commissions du Parlement Européen et de directions générales de la Commission Européenne.
- **Le Comité des régions** : il a des compétences dans le domaine de l'emploi, de la politique et de la protection sociale, à travers sa commission de l'économie et de la politique sociale (**ECOS**).
- **Le Comité consultatif pour la santé et la sécurité au travail (CCSS)** : créé par la Commission Européenne en 2003, il assiste la Commission Européenne dans ses travaux concernant la santé au travail, notamment par la préparation, la mise en œuvre

et l'évaluation de ses initiatives. Il se charge en outre de rendre des avis sur des projets communautaires et sur le programme de l'OSHA et assure une cohérence à la politique en matière de santé et de sécurité au travail par la diffusion et l'échange d'informations, d'expériences ou encore de bonnes pratiques. Il a aussi une mission de prospective et de veille.

- **Le Comité scientifique en matière de limite d'exposition professionnelle à des agents chimiques (CSLEP) :** institué par une décision de la commission en 1985, il est composé d'une équipe d'experts scientifiques indépendants chargés de rendre des avis scientifiques à la commission, cette dernière se basant ensuite sur ces avis afin d'émettre des propositions réglementaires concernant les « limites d'exposition professionnelle ».
- **Le Comité des Hauts Responsables de l'inspection du travail (CHRIT) :** créé par la Commission Européenne en 1995, il a pour objectif la définition de principes communs d'inspection du travail, dans le domaine de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail, et la mise au point de méthodes d'évaluation des systèmes nationaux d'inspection, par rapport à ces principes.
Il a également un rôle important de diffusion et de partage d'informations et d'expériences entre les différents systèmes nationaux d'Inspection du travail, en particulier en ce qui concerne le contrôle de l'application du droit communautaire dérivé.
Il établit une coopération avec l'Inspection du travail des pays tiers afin de promouvoir le travail réalisé par la Commission Européenne en matière de SST et d'aider à la résolution d'éventuels problèmes transfrontaliers. Il étudie les effets possibles des autres politiques communautaires sur les activités d'Inspection du travail.

3 – REPERES HISTORIQUES DE LA CONSTRUCTION DE L'UE ET DE LA SST EN EUROPE (2, 4, 5, 7, 9, 16)

La protection de la santé et de la sécurité au travail constitue le noyau autour duquel le droit du travail s'est construit progressivement (4).

3.1 - En France:

Au 19^{ème} siècle : le développement industriel a conduit le législateur à édicter les premières mesures de protection au bénéfice des travailleurs les plus fragiles (les femmes et les enfants).

En 1892, l'inspection du travail est créée.

Le 12 juin 1893, une loi fondamentale a étendu en France le champ de protection à l'ensemble des industries et à toutes les catégories de salarié.

9 avril 1898 : une loi capitale pour la réparation des risques professionnels et pour la prévention est promulguée. Elle établit le principe de la responsabilité civile systématique de l'employeur pour les accidents survenus dans son entreprise.

Elle ne sera étendue à l'agriculture que le 15/12/1922.

4 juillet 1900 : création de la Mutualité Agricole.

10 juillet 1913 : un décret impose des normes fondamentales d'hygiène, de sécurité et de prévention d'incendie dans les locaux de travail.

1936-1939 : instauration des allocations familiales.

1937 : la France se dote d'une inspection médicale au travail.

1945 : une nouvelle phase s'ouvre. D'une part la prévention s'appuie sur de nouveaux concepts et les règlements techniques se développent. D'autre part, cette prévention bénéficie de la création d'institutions nouvelles (mise en place de la sécurité sociale, de la médecine du travail ou des comités d'hygiène et de sécurité dans les entreprises).

11 octobre 1946 : généralisation de la médecine du travail surtout dans les petites et moyennes entreprises. La France est le premier pays à avoir pris l'initiative d'une réglementation nationale.

1959 : création de l'INMA à Tours et du Diplôme de médecine agricole.

12 mai 1960 : création des caisses de MSA (mutualité sociale agricole).

22 décembre 1966 : la médecine du travail est rendue obligatoire dans le secteur de l'agriculture. L'assurance accident du travail devient obligatoire pour les exploitants et les membres non salariés de leur famille.

3.2 – Dans les pays européens:

Au 19^{ème} siècle : des mesures de protection se développent dans les autres pays comme en Angleterre avec l'apparition en 1800 d'un « service des usines ».

En 1839, l'Allemagne instaure un règlement sur le travail des jeunes travailleurs.

1853, visites d'embauches obligatoires en Bavière.

1883, création de l'assurance maladie en Allemagne.

1884, assurance accident du travail et en 1889 assurance rente invalidité et vieillesse en Allemagne.

1898, la Grande Bretagne est le premier pays à se doter d'une inspection médicale au travail suivi par la Belgique puis les Pays-Bas en 1903, l'Allemagne en 1906, l'Italie en 1912, le Portugal en 1927, le Danemark en 1930 et la France en 1937.

1903, indemnisation des accidents du travail en Belgique.

1925, en Allemagne, mise en place d'une indemnisation des accidents de trajet et des maladies professionnelles réparés comme les accidents de travail.

1968, en Belgique, instauration de la médecine du travail.

3.3 – Construction de L’Union Européenne et actions de l’UE en matière de Santé et sécurité au travail :

Le 9 mai 1950, le ministre des Affaires Etrangères français, Robert Schuman déclare :

« L’Europe ne se fera pas d’un coup, ni dans une construction d’ensemble. Elle se fera par des réalisations concrètes, créant d’abord une solidarité de fait » (17).

Europe des 6.

Le 18 avril 1951, le **Traité de Paris** institue la première Communauté Européenne.

La CECA, la Communauté Européenne du Charbon et de l’Acier, voit le jour et met en commun les ressources du charbon et de l’acier de la France et de l’Allemagne dans une organisation ouverte aux autres pays européens.

Six pays adhèrent à ce Traité, l’Allemagne, la France, la Belgique, les Pays-Bas, l’Italie et le Luxembourg.

Dès cette date divers programmes de recherche ont été mis en œuvre dans le domaine de la SST qui ont pris une importance croissante au fil des années.

Le 25 mars 1957, les six pays votent le **Traité de Rome** instituant respectivement la CEE (Communauté Economique Européenne), et la CEEA (la Communauté Européenne de l’Energie Atomique).

Le but est de créer un grand marché commun avec libre circulation des marchandises et des personnes dans tous les pays membres (grâce à la création d’une union douanière).

La CEE vise à réaliser également des politiques communes à tous les Etats membres, en particulier dans le domaine de l’agriculture et la CEEA a pour objectif principal le développement en commun et à des fins pacifiques de l’énergie atomique.

Début 1958 sont mises en place de nouvelles institutions, à savoir la Commission européenne, le Conseil des ministres, une assemblée parlementaire (futur Parlement Européen) ainsi qu’une cour de justice européenne.

L’établissement de la CEE a révélé la nécessité d’adopter une approche globale en matière de SST.

Les Etats membres ont mis en place des politiques sociales et progressivement amélioré la protection de la SST. Tous ne l’ont cependant pas fait au même rythme.

L’amélioration de la situation, de même que l’égalité des travailleurs en la matière, sont donc devenues des objectifs majeurs des initiatives communautaires.

De 1962 à 1966, les recommandations de la Commission ont constitué un premier pas vers une politique communautaire en matière de protection de la SST.

Elles concernaient la Médecine du Travail, l’adoption d’une liste européenne de Maladies professionnelles (MP), la surveillance de la santé des travailleurs exposés à des risques spécifiques, l’indemnisation des victimes de MP et la protection des jeunes au travail.

Au 1^{er} juillet 1968, l’union douanière est une réalité. A cette date, les droits de douane ont complètement disparu entre les pays membres.

Ainsi entre 1957 et 1970, le commerce intra-communautaire est multiplié par 6 et les échanges de la CEE avec le reste du monde sont multipliés par 3.

Europe des 9.

En 1973 a lieu le premier élargissement de la CEE avec l'adhésion du Royaume-Uni, de l'Irlande et du Danemark.

En 1974, une étape est franchie en matière de SST à la suite d'une résolution concernant un programme d'action sociale, dont l'un des volets concerne la SST.

La même année est créé le Comité consultatif pour la sécurité, l'hygiène et la protection de la santé sur le lieu de travail, qui assiste la Commission dans l'élaboration des textes et la préparation d'actions dans ce domaine. Ce comité est tripartite et regroupe 6 délégués par Etats membres dont des représentants des gouvernements, des employeurs et des salariés.

En 1978, année du premier programme d'action communautaire, la SST était encore entièrement régie par les législations nationales.

Europe des 12.

Adhésion de la Grèce en 1981 puis du Portugal et de l'Espagne en 1986.

En 1986, un nouveau traité voit le jour. C'est l'**Acte Unique Européen (AUE)** qui fixe la réalité du marché unique au 1^{er} janvier 1993.

Il oblige les Etats membres à créer pour cette date une Europe sans frontière intérieure aucune. L'AUE est entré en vigueur dès le 1^{er} juillet 1987, et ce sont quelques 300 mesures qui ont dû être prises afin d'éliminer les différentes barrières entravant la libre circulation des marchandises et des personnes (barrières physiques, techniques ou fiscales).

La dynamique de la mise en place du marché unique européen a également souligné la nécessité de normes élevées dans les Etats membres en matière de politiques sociales.

Pour mettre les Etats sur un pied d'égalité en matière de concurrence, de productivité et de protection des travailleurs, il a fallu compléter le marché unique par des prescriptions minimales concernant la SST à l'aide de l'adoption de plusieurs directives (ex. Directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail).

L'adoption de l'AUE a permis une accélération considérable de l'adoption des directives communautaires qui fournissent une base juridique spécifique en matière de SST et l'adoption de directives à la majorité qualifiée (Art.118A).

Ainsi des directives définissant des prescriptions minimales en matière de SST ont été adoptées, auxquelles les Etats membres doivent satisfaire. L'article 118B, attribué à la Commission la tâche de développer le dialogue social au niveau européen.

L'article 137/CE du traité de l'AUE est venu remplacer par la suite l'article 118A. Cet article stipule en particulier outre l'amélioration du milieu du travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs, l'information et la consultation des travailleurs mais aussi l'égalité entre hommes et femmes en ce qui concerne leurs chances sur le marché du travail et leur traitement dans le travail.

De plus l'article précise : « à cette fin, le Conseil peut arrêter, par voie de directives, de prescriptions minimales applicables progressivement, compte tenu des conditions et des réglementations techniques existant dans chacun des Etats membres ».

1989 : effondrement du mur de Berlin.

Cette année 1989 voit l'adoption d'une « **directive cadre** » établissant le « principe de prévention » et définissant les responsabilités tant des employeurs que des travailleurs.

C'est la directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (5, 18).

Le préambule de la directive stipule :

Qu'« elle ne peut justifier un abaissement éventuel des niveaux de protection déjà atteints dans chaque Etat membre ».

Que « dans les Etats Membres, les systèmes législatifs en matière de sécurité et de santé sur le lieu de travail sont très différents et méritent d'être améliorés ;

Que de telles dispositions nationales en la matière, souvent complétées par de dispositions techniques et/ou par des normes volontaires, peuvent conduire à des niveaux de protection de la sécurité et de la santé différents et permettre une concurrence qui s'effectue au détriment de la sécurité et de la santé » ;

Que« l'amélioration de la sécurité, de l'hygiène et de la santé des travailleurs au travail représente un objectif qui ne saurait être subordonné à des considérations de caractère purement économique ».

On retrouve ainsi dans les dispositions générales de la directive :

L'Article 2 : qu'elle s'applique à tous les secteurs d'activité, privés ou publics (activités industrielles, agricoles, commerciales, administratives, de service ...) à l'exclusion de certaines activités spécifiques dans la fonction publique (forces armées ou la police...).

L'Article 5 stipule lui que « *l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail* ».

L'Article 6 pose les principes généraux de prévention, l'obligation pour l'employeur d'identifier les risques et de mettre en place une politique générale de la prévention intégrée dans l'ensemble des activités de l'entreprise.

L'Article 7 précise la nécessité pour l'employeur d'avoir recours à des « services de protection et de santé : de préférence en interne (salarié désigné par l'employeur, avec temps..., moyens..., et capacités nécessaires » et/ou en externe (« aptitudes...et moyens requis »). Il revient aux Etats membres de préciser ces notions... Ces services doivent avoir accès aux informations nécessaires à leurs missions (Article 10-1).

L'Article 14 traite de la surveillance médicale et stipule au 1^{er} paragraphe que « *pour assurer la surveillance appropriée de la santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, des mesures sont fixées conformément aux législations et/ou pratiques nationales* ».

Et au paragraphe 2 est précisé que « *les mesures visées au paragraphe 1 sont telles que chaque travailleur doit pouvoir faire l'objet, s'il le souhaite, d'une surveillance de santé à intervalle régulier* ».

Entrée en vigueur au plus tard au 31 décembre 1992.

Puis des directives « filles » complémentaires sont venues fixer des prescriptions minimales de santé et de sécurité pour les lieux de travail, pour les substances, du matériel, des outils et des équipements dangereux spécifiques utilisés sur les lieux de travail classiques, pour des lieux de travail spécifiques et pour des catégories de travailleurs spécifiques.

Cet arsenal réglementaire européen est considéré comme le meilleur au monde par les experts.

En décembre 1989, « **la Charte communautaire des droits fondamentaux des travailleurs (ou Charte sociale)** » voit le jour.

C'est une déclaration d'intention approuvée par 11 des Etats membres (à l'exclusion du Royaume-Uni) qui inclut un ensemble de principes et de normes mises en œuvre par la Commission par le biais d'un programme d'action.

Son préambule affirme qu' « *il convient de donner aux aspects sociaux la même importance qu'aux aspects économiques* » du marché unique afin que le marché intérieur améliore autant les droits sociaux des citoyens qu'il bénéficie aux entreprises, et que les disparités économiques dues aux conditions de travail, qui existent entre les Etats membres, soient réduites.

En 1992, les onze Etats signataires désireux de poursuivre dans la voie de la Charte sociale de 1989 ont adopté un accord sur la politique sociale, intégrée par la suite dans le Traité de Maastricht.

Le 7 février 1992, le **Traité de Maastricht** institue l'Union Européenne (UE) et ajoute à la communauté une vocation politique. La « Maison Europe » repose désormais sur trois piliers :

- Un pilier communautaire qui inclut la Communauté européenne (CEE), la CECA et la CEEA. Il concerne les matières ayant fait l'objet d'un transfert de souveraineté des Etats membres vers les institutions européennes.
- Un pilier relatif à la politique étrangère et de la sécurité commune (PESC) prévoyant sans transfert de souveraineté des procédures de coopération intergouvernementales en ces matières.
- Un pilier relatif à la coopération dans les domaines de la justice et des affaires intérieures sans transfert de souveraineté, prévoyant là aussi des procédures de coopération intergouvernementales dans les domaines de l'immigration, du droit d'asile, de la lutte contre le crime organisé etc.

Ce Traité affirme également le rôle des partenaires sociaux, qui doivent être consultés avant toute mesure.

L'article 138 TUE (Traité instituant l'Union Européenne) autorise les partenaires sociaux à prendre les commandes du processus de manière à parvenir à un accord sur des solutions.

Au 1^{er} janvier 1993, le marché unique devient une réalité.

En juin 1993 sont définis par le Conseil européen les « **critères de Copenhague** ».

Ils ont pour but de définir les critères auxquels tout pays candidat doit satisfaire avant son adhésion.

Ils visent en particulier les pays d'Europe centrale et orientale qui cherchent le rapprochement avec l'UE depuis l'effondrement du mur de Berlin. Ces critères sont au nombre de trois :

- Critère politique : il suppose que l'Etat candidat dispose d'institutions stables garantissant la démocratie.
- Critère économique : le pays candidat doit disposer d'un marché économique viable et capable de faire face à la pression concurrentielle et aux forces du marché intérieur européen.
- Critères communautaires (respect de l'acquis communautaire) : suppose au pays candidat la capacité d'assumer les droits communautaires et les obligations du système

communautaire, à savoir l'ensemble de la législation communautaire adoptée et révisée tout au long de la construction européenne (traité de Rome révisé par l'AUE, les Traités de Maastricht, d'Amsterdam et de Nice ainsi que tous les règlements et directives adoptés par le Conseil de l'UE et tous les Arrêts de la Cour de justice des Communautés européennes).

L'Europe des 15.

Au 1^{er} janvier 1995, l'Autriche, la Finlande et la Suède adhèrent à l'UE en répondant aux critères de Copenhague (date de candidature 1993).

Le 2 octobre 1997 est signé le **Traité d'Amsterdam** qui succède à celui de Maastricht.

Il perfectionne l'organisation des coopérations intergouvernementales et fait entrer de nouveaux domaines dans le champ d'action de l'UE, à savoir la police, la justice et l'emploi. La politique sociale est intégrée dans le traité et tous les Etats membres sont tenus de respecter la réglementation commune adoptée en la matière.

Ce traité crée un espace de liberté, de sécurité et de justice à l'intérieur de l'UE.

La convention de Schengen, partie intégrante du Traité d'Amsterdam, est signée par 13 des Etats membres (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Grèce, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal et Suède).

Elle permet la libre circulation des personnes sans contrôle et organise la coopération policière entre pays adhérents. Des dispositions particulières s'appliqueront pour le Royaume-Uni et l'Irlande qui n'ont à ce jour toujours pas signé la convention.

Le Traité d'Amsterdam introduit également pour la première fois la notion de « coopération renforcée ».

Il s'agit d'un concept nouveau qui permet à un nombre limité d'Etats membres, capables et désireux d'aller de l'avant, de poursuivre l'approfondissement de la construction européenne. Ce traité est en vigueur depuis le 1^{er} mai 1999.

Le protocole social conclu en 1992 et intégré dans le Traité de Maastricht est également intégré dans les dispositions du Traité d'Amsterdam en matière de politique sociale, d'éducation, de formation et de jeunesse.

L'UE peut dès lors s'attaquer à des problématiques de plus grande ampleur, telles que les mutations inhérentes à la réorganisation de la production et du travail.

En 1998, sur le plan sectoriel, le dialogue social a connu un développement important suite à la communication de la Commission intitulée « adapter et promouvoir le dialogue social au niveau communautaire ».

De nouveaux comités de dialogue sectoriels (CDSS) sont créés et ont pour but de favoriser le dialogue entre les partenaires sociaux au sein de l'UE.

De plus, depuis l'entrée en vigueur du traité d'Amsterdam en 1999, les directives concernant la SST sont adoptées selon la procédure de codécision.

Le 26 février 2001 est signé par les chefs d'Etats et de gouvernement le **Traité de Nice**.

Il était prévu que la conférence intergouvernementale qui est à l'origine de ce Traité se tienne au moins 1 an avant que l'UE ne compte 20 membres.

Ce traité vise essentiellement à modifier le système institutionnel et décisionnel de l'UE afin de permettre un élargissement à 25. Il est en vigueur depuis le 1^{er} février 2003.

L'Europe des 25.

C'est en 2004 que les pays européens d'Europe centrale et orientale candidats en 1993 rejoindront l'UE après avoir satisfait aux trois critères de Copenhague accompagné par Chypre et Malte, candidats depuis 1990.

Au total c'est un élargissement sans précédent puisque ce ne sont pas moins de 10 nouveaux Etats membres qui rejoignent l'UE : Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Slovaquie et Slovénie.

Conscient que le Traité de Nice n'est pas suffisant, les Etats annexent une Déclaration d'avenir de l'Europe au traité qui prévoit ainsi dès sa rédaction une Convention sur l'avenir de l'Europe. Les chefs d'Etats et de gouvernement parviennent à un accord à l'unanimité sur le texte de ce nouveau Traité qui établit une **Constitution Européenne**.

Constitution Européenne : ce texte, signé par les 25 Etats membres le 29 octobre 2004, est prévu pour entrer en vigueur le 1^{er} novembre 2006 après ratification par les 25 selon les procédures nationales prévues.

En 2005, après échec des referendums français et néerlandais, la procédure de ratification va être ralentie et l'UE se voit plongée pendant deux ans dans une phase de réflexion autour du processus de réforme des traités de l'UE et de son avenir en raison d'avis étatiques parfois très divergents.

En juin 2007, le Conseil européen donne mandat à une Conférence intergouvernementale (CIG) pour rédiger un traité « modificatif ». Il doit introduire dans les traités actuels toujours en vigueur, quelques modifications techniques et institutionnelles. Le concept constitutionnel est abandonné.

Le traité modificatif est signé le 13 décembre 2007 à Lisbonne. La ratification par chaque Etat membre est en cours. Bon nombre d'éléments du texte du Traité constitutionnel sont repris dans ce nouveau Traité Européen tels la présidence stable de l'UE, une commission réduite, un nouveau système de majorité qualifiée... Ont disparu la référence aux symboles de l'Union, la référence à la concurrence libre et non faussée dans les objectifs de l'UE, l'intégration de la Charte des droits fondamentaux dans le corps du texte...

Europe des 27.

En marge de la discussion autour du processus de réforme des traités, l'UE continue à s'élargir et voit l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie.

Europe des 30 demain?

Trois pays sont candidats à l'adhésion : la Croatie, la Turquie et l'Ancienne république yougoslave de Macédoine. Les pays candidats doivent répondre aux critères de Copenhague et les négociations sont menées par l'UE séparément avec chaque pays. Les actes d'adhésion doivent ensuite être ratifiés par les Etats membres de l'UE ainsi que par les pays candidats.

A ce jour les négociations d'adhésion sont en cours avec la Croatie et la Turquie et seule l'Ancienne République Yougoslave de Macédoine a été reconnue « candidate » par le Conseil européen de décembre 2005.

L'action communautaire ne se limite pas à la législation ni à la statistique. En coopération avec l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, la Commission a élargi son champ

d'activité à l'information, au conseil et à la promotion d'un environnement de travail sain, en accordant une attention particulière aux petites et moyennes entreprises.

La communication de la Commission intitulée « **Améliorer la qualité et la productivité au travail : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité (plan 2007-2012)** » définit les nouvelles actions envisageables pour rendre les lieux de travail en Europe plus sains et plus sûr (2,6).

L'évaluation de la **stratégie de santé et de sécurité 2002-2006** (13) par la commission et les partenaires sociaux pour discerner les améliorations et modifications à apporter permet le lancement d'une nouvelle **stratégie 2007-2012** qui a pour but de renforcer l'efficacité de la prévention, prévention de la santé mentale, prendre en compte les risque émergents et développer la collaboration internationale (OIT, Organisation Mondiale de la Santé...).

Le rythme de production normative de l'UE s'est de nouveau accéléré pour prendre en compte les nombreuses évolutions enregistrées dans le domaine des relations au travail, attestant de profondes mutations générées par l'apparition de risques nouveaux ou émergents et l'évolution des données techniques et scientifiques.

Les pays membres de l'UE sont également membres de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) qui est une instance internationale gérée par le Bureau International du Travail (BIT) (7) avec laquelle collabore la commission européenne (2).

Des orientations stratégiques mondiales définies au niveau international à l'OIT (conventions) sont transposées au niveau européen (ex : Convention C.138 – convention sur l'âge minimum 1973) et font l'objet de directives européennes.

4 – COMPARAISON DES SYSTEMES DE PREVENTION EN EUROPE ET DE L'ORGANISATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL (6, 9, 19,20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)

Si l'harmonisation dans le progrès caractérise le contenu des règles européennes, la diversité est le maître-mot d'une comparaison entre Etats membres de l'Union, en ce qui concerne les aspects institutionnels.

Chaque Etat membre de l'UE a développé une législation concernant la SST propre au cours du 19ème siècle et du 20ème siècle en avançant dans l'amélioration de la prévention et de la santé et de la sécurité sur les lieux de travail à des vitesses inégales comme cela a été vu dans les repères historiques de la SST au chapitre 3.

La directive 89/391/CEE du Conseil, 12 juin 1989 sur l'amélioration de la santé des travailleurs sur les lieux de travail a amené une harmonisation des législations en la matière « par le haut » dans les Etats membres ayant effectué la transposition dans leur législation nationale (essentiellement les Etats de l'Europe des 15), sans pour autant chercher à supprimer la diversité des législations nationales qui est profondément culturelle et renvoie à l'identité de chaque pays.

Si elle impose en effet de garder le meilleur des législations et d'effectuer les réformes législatives au niveau national dans un soucis « d'excellence », elle s'exprime autour de questions clefs telles que : la place du droit (écrit ou non, régalién ou conventionnel) et du juge, le rôle de l'Etat (plus ou moins centralisé et interventionniste), la force des partenaires sociaux (plus ou moins implantés et dispersés), sans évoquer la grande variation des approches conceptuelles et attentes sociales.

Aussi si l'organisation des systèmes de prévention varie considérablement d'un pays à l'autre en matière de rattachement aux départements ministériels, la médecine du travail en tant que telle varie assez peu même si des spécificités persistent (6).

Dans ce chapitre seront abordés en détails six pays membres de l'UE dont les données sont disponibles dans la littérature et qui ont effectué cette transposition. Cette étude portera principalement sur le statut juridique du médecin du travail, son indépendance en regard de l'employeur, sa formation ainsi que les instances qui contrôlent ses activités. Il sera précisé les spécificités des services de santé et de sécurité dans ces Etats membres, en particulier l'existence ou non de services dédiés à l'agriculture.

Ces six Etats membres sont : l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France, le Luxembourg et le Royaume-Uni.

En raison du grand nombre d'Etats membres de l'UE et de la disponibilité bibliographique limitée, ce chapitre donnera des informations plus éparses sur les autres Etats de l'UE.

Les nouveaux Etats membres depuis 2004, soit 12 Etats, sont en cours de transposition et leur législation en pleine mutation pour répondre aux exigences réglementaires de Bruxelles.

A terme, leur législation nationale sera similaire à celle des six Etats étudiés grâce à l'harmonisation induite par la directive 89/391/CEE du Conseil.

Toutefois si les obligations découlant de l'adhésion imposaient à ces Etats une transposition immédiate, il est à noter que les Etats de l'UE des 15 avaient pour la plupart largement dépassé les délais de mise en œuvre de cette directive cadre fixée initialement au 31 décembre 1992, avec par exemple pour la France une modification législative réalisée corrective en 2004.

Aussi les données actualisées de ces nouveaux Etats membres sont-elles absentes ou peu disponibles, voire sans objet car en cours de modification.

4.1 – L'organisation institutionnelle

4.1.1 – Organisation des systèmes nationaux en matière de SST : le rattachement aux départements ministériels (6).

- Rattachement des systèmes de prévention au ministère chargé du travail :

la Belgique et la France.

- Rattachement à un ministère regroupant l'économie et le travail :

l'Allemagne.

- Délégation à une Agence gouvernementale tripartite (HSC) relevant du ministère de l'emploi :

le Royaume-Uni.

- Rattachement au ministère des affaires sociales et de la santé :

la Finlande.

- Rattachement au ministère de la santé publique :

L'Italie.

4.1.2 – Organisation des systèmes nationaux en matière de SST : le recours aux organismes d'expertise.

La diversité en matière d'agences d'expertise auxquelles les pouvoirs publics peuvent avoir recours est là aussi la règle.

- Institut privé pour la promotion de la SST : **- Belgique.**
- Institut Fédéral de la SST rattaché au ministère du travail (BauA) : **- L'Allemagne.**
Cet institut s'appuie sur un comité consultatif dans lequel siègent les partenaires sociaux et sur le BIA (Institut de la sécurité au travail) qui est un service de la fédération centrale des BGs, associations professionnelles sectorielles dépendant des seuls partenaires sociaux qui disposent de pouvoirs de réglementation et de supervision en entreprise.
- Agence à compétence technique, la HSE : **- Royaume-Uni**
Le HSE dispose d'autorités locales (plus de 400) exerçant des pouvoirs de contrôles et qui consulte les partenaires sociaux au sein de comités consultatifs par branche et type de risque.
- Comités consultatifs et centre de sécurité au travail ainsi que l'Institut Finlandais de la santé (FIOH) et Autorité de sécurité technologique (TUKES) : **- Finlande**
Les comités consultatifs sont composés des partenaires sociaux, tandis que le Centre de sécurité au travail est géré par les partenaires sociaux et les assureurs (prestations aux entreprises). Le FIOH, de réputation mondiale, est financé en partie par le ministère des affaires sociales (recherche, information, formation). Quant au TUKES, il ne dépend que de l'Etat finlandais et mène les expertises sur les risques chimiques, la conformité des produits industriels et la sécurité des *process*.
- L'Institut pour la prévention et la sécurité au travail (ISPESL) : **- L'Italie.**
Il s'agit d'un organisme scientifique et technique de droit public.
- Les Instituts nationaux et Agences nationales : **- La France.**
Le ministère du travail jusqu'en 2005 n'avait pas de moyens d'expertise propre. Cet état de fait a été modifié par la création de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (**AFSSET**) définie dans le Plan Santé au Travail 2005-2009. Il s'agit d'un établissement public administratif de l'Etat placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé, de l'environnement et du travail. C'est un organisme scientifique et technique chargé de coordonner l'expertise en santé, environnement et santé au travail qui s'appuie sur plus de 300 experts.
La **MSA** (Mutualité Sociale Agricole) qui a un rôle d'expertise sur les questions de santé des populations agricoles à tous les âges de la vie.
L'**ANACT**, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé du travail. Le réseau ANACT a pour vocation de concevoir, de promouvoir l'amélioration des conditions de travail auprès des partenaires sociaux. Le réseau peut aussi développer des réflexions ou thèmes innovants.
La **CNAMTS** (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) qui est un établissement public à caractère administratif anime et pilote dans le cadre de sa mission de prévention le réseau d'organisme qu'elle finance : **INRS** (Institut National de Recherche et de Sécurité) qui est notamment le centre de ressources scientifiques et techniques de la branche AT/MP, et l'**EUROGIP** qui est chargé d'apporter un éclairage européen sur les divers aspects de l'assurance AT/MP (groupement d'intérêt public).

L'**InVS** (Institut National de Veille Sanitaire) qui a pour mission d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population. C'est un établissement public.

L'**IRSN** (Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire) qui a pour mission d'assurer des recherches, expertises et travaux sur les risques nucléaires et radiologiques.

L'**OPPBTP** est l'organisme de prévention de la branche professionnelle du BTP (Bâtiment et Travaux Publics) placé sous la tutelle du ministère chargé du travail. Il conduit notamment des études relatives aux conditions de travail. Il joue un rôle permanent de veille sur les nouveautés techniques, juridiques et médicales concernant la prévention des risques et des maladies professionnelles.

4.1.3 – L'organisation du contrôle.

Il n'existe pas deux situations analogues en matière de contrôle dans l'UE concernant les champs couverts qu'il s'agisse :

- des champs fonctionnels : santé, sécurité, protection sociale du travail...
- des secteurs couverts : fonction publique, régime général privé, agriculture, transport, nucléaire, mer...

	Etats Membres	Allemagne	Autriche	Belgique	Danemark	Espagne	Finlande	France	Grèce	Irlande	Italie	Luxembourg	Pays-bas	Portugal	Suède	Royaume-Uni
Champs	Sécurité	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Couverts	Santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	relations au travail					X	X	X	X		X	X	X	X		
Secteurs d'activité	Militaire							X			X			X		
	Nucléaire				X									X	X	
	Rayonnements ionisants				X									X	X	
	Transport		X					X					X		X	
	Electricité				X										X	
Exclus		Mines	Agri.		Mer	Mines		Mines	Mer		Mines		Mer	Mer		
		Mer				Mer		Mer			Mer					
	Public		X			X		X				X				

Figure 2: champs fonctionnels et Secteurs d'activités couverts par les organismes de contrôle dans l'Europe des 15

4.2 – Les modalités de mise en œuvre dans les Etats membres de l’UE de la directive cadre 89/391/CEE concernant « l’évaluation des risques » :

La transposition de la directive (5, 16) dans les législations des pays membres s’est faite pour ce qui est de l’Europe des 15 non sans mal. Si la France a rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de l’évaluation globale et à priori des risques, elle n’est pas la seule.

Ainsi, l’Allemagne s’est vue condamner par la Cour européenne de justice pour avoir exonéré certaines petites entreprises de l’obligation de production d’un document unique d’évaluation. Le Royaume-Uni s’est également vu mis en demeure de supprimer l’exonération existante pour les entreprises de moins de 5 salariés et le Luxembourg est en procédure pré contentieuse concernant l’absence de document écrit.

L’Italie a quant à elle été condamnée par la Cour de justice européenne pour n’avoir pas rendu obligatoire l’évaluation par l’employeur des risques pour la santé et la sécurité sur les lieux de travail.

4.3 – Les modalités de mise en œuvre dans les Etats membres de l’UE de la directive cadre 89/391/CEE concernant « la pluridisciplinarité » :

La pluridisciplinarité (20) revêt des réalités très différentes selon les Etats membres et la situation est délicate dans plusieurs d’entre eux. La pluridisciplinarité se limite parfois à un dualisme de principe, c’est à dire que coexistent des ingénieurs et des médecins du travail (lesquels, comme va le montrer la suite du chapitre, n’existent pas dans tous les pays) mais rarement au sein d’un même service (cas de l’Allemagne, de l’Autriche, du Luxembourg et de la Grèce).

Le Luxembourg et l’Italie ont été condamnés par la Cour de justice européenne pour n’avoir pas défini les capacités et aptitudes nécessaires aux travailleurs des services de santé et de sécurité au travail.

4.4 – Etude des spécificités de l’organisation de la médecine du travail dans les pays de l’UE (6) :

Les six pays membres de l’UE ayant transposé la directive 89/391/CEE et anciens membres de l’Europe des 15 qui seront vus en détail sont : l’Allemagne, la Belgique, l’Espagne, la France, le Luxembourg et le Royaume-Uni (les autres pays seront abordés de façon plus succincte selon les données disponibles). Les données concernant la médecine agricole sont rares soit que ces données ne soient pas publiées soit et qu’il n’y a pas d’existence de tels services dans l’UE.

L’étude des spécificités permet de mettre en évidence :

- qu’au **Royaume-Uni**, la médecine du travail n’est pas nécessairement pratiqué par un médecin spécialiste ;
- qu’en **Espagne**, en **France** et au **Luxembourg** le médecin du travail est salarié ;
- qu’en **Allemagne**, en **Belgique** et au **Royaume-Uni** le médecin peut avoir un statut libéral ;
- que la **Belgique** protège le médecin du travail par une loi spécifique lorsqu’il est envisagé de mettre fin à son contrat.

- Qu'en **Allemagne**, en **Espagne**, , en **France**, en **Italie**, au **Luxembourg**, en **Grèce** et au **Portugal** existe un régime de protection agricole mais pas de médecine du travail spécifique (9).

4.4.1 – L'ALLEMAGNE :

La loi du 12 décembre 1973 sur la sécurité au travail a rendu obligatoire dans ce pays la nomination d'un médecin du travail par l'employeur dans toutes les entreprises.

Elle autorise les associations professionnelles industrielles, c'est à dire les organismes d'assurance légale contre les accidents du travail (qui sont regroupées en branches professionnelles), « à *fixer les obligations légales d'une façon détaillée dans des prescriptions relatives à la prévention des accidents et maladies professionnelles* ». Ces prescriptions sont soumises au ministère du Travail et des Affaires sociales qui doit les approuver.

Exercice de la médecine du travail en Allemagne

Statut juridique du médecin du travail et mode d'exercice : la loi de 1973 fait obligation à l'employeur de nommer le médecin du travail par écrit. Il est nommé en accord avec le conseil d'entreprise qui doit aussi donner son accord en cas d'élargissement ou de réduction ses des fonctions.

La loi précise que le médecin du travail peut être **nommé en qualité de salarié ou non**.

La nature du contrat qui lie le médecin à l'entreprise dépend notamment du temps que le médecin doit consacrer à sa mission. Ce temps médical est fixé par les prescriptions des associations professionnelles industrielles et varie de quinze minutes à deux heures par an et par salarié en fonction du nombre de salariés dans l'entreprise et du secteur d'activité.

L'examen clinique systématique des salariés n'est pas obligatoire en dehors de postes à risque, pour lesquels les visites d'embauche et périodiques sont standardisées. Il existe une quarantaine d'examens types différents selon les risques.

Outre ce temps médical le médecin du travail effectue comme en France des visites d'entreprise périodiques qui correspondent à notre tiers temps, en collaboration avec les ingénieurs de sécurité (ou de prévention). Toutes ces activités donnent lieu à des recommandations et rapports écrits adressés à l'employeur.

Le médecin du travail peut donc être salarié de l'entreprise à temps partiel ou complet et donc titulaire d'un **contrat de travail**.

L'entreprise peut aussi conclure avec lui un **contrat de louage de services**. Dans ce cas, la rémunération du médecin est librement fixée par les deux parties. C'est l'employeur qui en supporte le coût entre 80 et 90 Euros de l'heure.

Les grandes entreprises mettent volontiers en place un **service de santé autonome**, où le médecin est salarié et employé à temps complet.

Les autres entreprises utilisent volontiers un **service de santé du travail interentreprises** qui peut être géré ou non par une association professionnelle industrielle.

Les entreprises qui ont des besoins limités peuvent recourir également à un médecin du travail qui **exerce sa profession de manière libérale**. Ces médecins exercent leur activité dans un cadre très concurrentiel et certains proposent leurs services à des prix très attractifs parfois au détriment de la qualité des prestations fournies. C'est pourquoi un dispositif de contrôle de la qualité des services de médecine du travail s'est mis en place sur l'initiative de l'association allemande des médecins du travail, et une grille de critères d'évaluation de qualité a été élaborée.

Indépendance et secret professionnel : la loi de 1973 stipule que quel que soit le statut juridique du médecin du travail, « le médecin du travail relève directement de l'employeur », car ce dernier est responsable de l'application de la loi et de la réglementation en matière de sécurité et de protection du travail.

Cependant ceci ne porte pas atteinte à **l'indépendance sur le plan médicale et technique** du médecin du travail qui est garantie par la Loi de 1973 qui stipule que « *les médecins du travail font usage de leurs connaissances professionnelles sans être liés par aucune directive* ».

Le médecin du travail est lié par **le secret médical garanti** lui aussi par la Loi de 1973 qui indique « *qu'ils n'obéiront qu'à leur seule conscience et observeront les règles du secret médical* ».

La formation du médecin du travail

La Loi de 1973 précise que les médecins du travail doivent être « *des personnes habilitées à exercer la profession de médecin et qui possèdent des connaissances professionnelles nécessaires en matière de travail pour s'acquitter des tâches qui leurs sont confiées* ».

Lors de la mise en œuvre de ce texte en 1974, l'insuffisance du nombre de médecins qualifiés a conduit les associations professionnelles et les Länder à habilitier des médecins généralistes et des médecins spécialisés dans d'autres disciplines sous réserve de certaines conditions d'expérience professionnelle. Cette catégorie de médecin est appelée à disparaître.

Il existe par ailleurs **deux niveaux de qualification en médecine du travail** :

Médecin spécialiste ou médecin du travail : qualification en quatre années après le Doctorat en médecine qui s'obtient en six ans.

Vingt quatre mois de formation supplémentaire en médecine interne dont douze à l'hôpital.

Vingt et un mois de stage en médecine du travail.

Trois mois de formation théorique en médecine du travail.

Médecin compétent ou médecin d'entreprise : qualification en trois années après le Doctorat en médecine.

Vingt quatre mois d'activité clinique, dont au moins douze mois de formation complémentaire en médecine interne.

Neuf mois de formation en médecine du travail ou en médecine d'entreprise dans un centre de formation agréé.

Trois mois d'enseignement théorique en médecine du travail.

Il y avait en 1997 selon l'Ordre fédéral des médecins 12 776 médecins du travail dont 3 966 avaient la qualification de « médecin du travail » et 6 212 la qualification de « médecin d'entreprise ».

A titre de comparaison, il y avait à la même époque 70 000 ingénieurs et autres spécialistes de la sécurité du travail.

Les instances de contrôle

Les médecins inspecteurs du travail : ils sont chargés de l'application de la réglementation en médecine du travail. Ce sont des fonctionnaires de Länder. Ils n'ont aucun pouvoir hiérarchique sur les médecins du travail et ne peuvent intervenir dans les rapports de ceux-ci avec les salariés. Ils contrôlent l'application de l'ensemble des dispositions du droit du travail.

L'organisation des services des médecins inspecteurs du travail varie d'un Länder à l'autre.

Les inspecteurs des associations professionnelles industrielles : ils travaillent en collaboration avec les inspecteurs du travail et veillent à l'observation des prescriptions sur la protection du travail et la protection des accidents.

Le ministère du Travail et des Affaires sociales : la Loi du 12 décembre 1973 prévoit que ce ministère peut avec l'assentiment du Bundesrat, déterminer les mesures que les employeurs doivent prendre pour s'acquitter de leurs obligations, dans la mesure où les organismes d'assurance légale contre les accidents du travail n'auraient pas édicté de prescriptions appropriées. Il n'intervient dans le domaine de compétence des organismes d'assurance légale contre les accidents du travail qu'en dernier recours.

4.4.2 – LA Belgique (27) :

Système proche du système français, le système de médecine du travail est basé sur la surveillance des postes à risque. C'est un système exclusivement préventif. Et la surveillance des travailleurs repose sur les examens médicaux.

La Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, qui a permis de transposer la directive 89/391/CEE, inclut la protection de la santé au travail dans la politique de bien-être au travail et impose à l'employeur de créer **un service de prévention et de protection au travail**.

Ce service de prévention et de protection au travail peut être interne ou externe. La surveillance est confiée à un médecin du travail qui assume les fonctions de **conseiller en prévention**.

La Loi du 28 décembre 1977 **garantissant la protection des médecins du travail** prévoit une procédure particulière lorsqu'il est envisagé de mettre fin à son contrat de travail.

Exercice de la médecine du travail en Belgique

Statut juridique du médecin du travail et mode d'exercice : le médecin du travail en Belgique selon l'exercice en service interne ou externe peut avoir un statut de salarié ou d'indépendant.

- Pour procéder à la **nomination** d'un conseiller en prévention dans son entreprise et donc d'un médecin du travail, l'employeur doit obtenir l'accord préalable du comité

pour la prévention et la protection au travail. A défaut, il doit demander l'avis de l'administration de l'hygiène et de la médecine du travail.

De même, le conseil d'administration de l'association créé par les employeurs pour un service externe doit obtenir l'accord préalable du comité d'avis paritaire pour désigner le conseiller en prévention qui est nécessairement un médecin du travail.

-Pour procéder à la **fin du contrat**, la Loi du 28 décembre 1977 garantissant la protection des médecins du travail a institué une procédure particulière lorsque l'employeur ou le conseil d'administration de l'association des employeurs envisage de rompre le contrat qui le lie au médecin du travail. Le médecin du travail est un **salarié protégé**.

Il est prévu :

- une notification préalable écrite « *des motifs de rupture du contrat et de la preuve de l'existence de ces motifs* » ;
- une demande d'avis au comité pour la prévention et la protection au travail ou du comité d'avis paritaire en cas de désaccord du médecin du travail ;
- un recours devant la commission de concertation des services médicaux du ministère de l'emploi et du travail (commission de concertation) ou devant les tribunaux est prévu ;
- une indemnité est versée au médecin en cas de transgression de l'interdiction de licenciement émise par la commission de concertation ou le tribunal compétent.

- **Service interne, service externe :**

La loi du 4 août 1996 impose à tout employeur de créer un **service interne de prévention et de protection au travail (SIPP)** dont la mission est de l'assister, ainsi que l'ensemble des salariés, dans la mise en oeuvre de la politique de bien être au travail.

L'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au service interne, pris pour application de la loi du 4 août 1996, indique que l'employeur crée au sein de ce service un département chargé de la surveillance médicale. Ce département institué et géré par l'employeur a une direction propre confiée à un ou plusieurs médecins du travail qui assument les fonctions de conseiller en prévention.

Le personnel de ce département exerce ses fonctions sous la responsabilité exclusive du médecin du travail.

La Loi de 1996 précise que « *si le service interne ne peut pas exécuter lui-même toutes les missions qui lui ont été confiées (...), l'employeur doit faire appel en complément à un **service externe agréé de prévention et de protection au travail (SEPP)*** ».

C'est toujours le cas dans les entreprises de moins de 20 salariés, où l'employeur occupe lui-même les fonctions de conseiller en prévention et dans les entreprises de moins de 200 salariés qui n'appartiennent pas à des secteurs d'activités précisés par l'arrêté du 27 mars 1998 relatif au service interne dans la mesure où le conseiller de prévention n'a pas de formation spécifique.

Le service externe est créé par des employeurs qui se regroupent en une association à but non lucratif. Il leur suffit d'être au nombre de trois.

Les services externes se composent de deux sections, l'une chargée de la gestion des risques et l'autre de la surveillance médicale. Les médecins de cette section

sont des conseillers en prévention et sont responsables des activités des personnels qui les assistent.

Les employeurs avaient jusqu'au 1^{er} avril 2001 pour conclure un contrat avec un service externe agréé, les anciens services médicaux communs à plusieurs entreprises pouvant se transformer en section de surveillance médicale d'un service externe sous réserve d'avoir obtenu un agrément.

- Le **contrat de travail** entre le médecin du travail et l'employeur dépend du type de service interne ou externe :

dans le service interne, le médecin du travail fait partie du personnel de l'entreprise, il est donc lié par un **contrat de travail** ;

dans le service externe, le médecin du travail peut être lié à l'association sans but lucratif par un contrat de travail ou par un contrat d'entreprise, la Loi exigeant seulement que « *cette relation contractuelle soit établie de façon à donner des garanties suffisantes pour parvenir à une collaboration durable* ».

Ainsi il peut avoir un **statut salarié ou indépendant**.

- Les **examens médicaux** : un arrêté royal de 1974 définit deux catégories de travailleurs.

Un groupe soumis à une surveillance médicale particulière, tels que :

- les salariés de moins de 21 ans (examen semestriel pour les moins de 18 ans et annuel pour les 18/21 ans) ;
- les salariés en contact avec des produits nocifs ou en contact avec des denrées alimentaires (examen annuel) ;
- les salariés handicapés (examen annuel) ;
- les femmes enceintes (semestriel) ;
- les salariés reprenant leur poste après quatre semaines d'absence.

Les autres salariés, qui sont seulement soumis à la visite d'embauche mais qui peuvent faire appel à tout moment au service du médecin de travail.

- Les **activités du médecin du travail** : outre les visites médicales, il effectue des études de poste et des visites en entreprise comme dans le système français.

Sur les 3,2 millions de travailleurs, 1 million bénéficie d'une surveillance médicale périodique systématique. Les médecins consacrent 1 heure par salarié et par an pour les salariés visé par la surveillance prévue à l'article 124 du RGPT et 8 minutes pour les autres.

La surveillance des travailleurs relevant de l'article 124 du RGPT et exposés à un risque de maladie professionnelle comporte un examen clinique général annuel et dirigé vers les organes cibles avec réalisation d'examens complémentaires de fréquences variables selon les expositions.

Indépendance et secret professionnel : l'indépendance et le secret médical sont garantis dans la législation belge.

Ainsi, la Loi du 4 août 1996 prévoit que le conseiller en prévention « *remplit sa mission en toute indépendance vis-à-vis de l'employeur et des travailleurs* ».

La Loi du 28 décembre 1977 garantissant la protection des médecins du travail prévoit qu'il ne peut y avoir rupture de contrat lorsque « *les motifs invoqués portent atteinte à l'indépendance technique et morale de ce médecin* ».

L'article 148 septième du RGPT (règlement général pour la protection du travail proche du code du travail français) impose au médecin du travail de garder confidentielles les données médicales concernant les personnes (**secret médical**) ainsi que toutes les informations qu'il a eu à connaître concernant l'entreprise (**secret industriel**).

Le code de déontologie médicale stipule, dans son chapitre sur le secret professionnel, que celui-ci est d'ordre public et que « *le médecin du travail peut partager avec le personnel de l'équipe médicale, lui-même tenu au secret professionnel, les seuls renseignements indispensables à la réalisation de sa mission* ». De plus la fiche d'examen médical prévue par la Loi que le médecin adresse à l'employeur ne peut contenir aucune indication de diagnostic.

En revanche, le médecin du travail communique au salarié toutes les informations relatives à l'exposition à certains risques, comme les radiations ionisantes par exemple.

La formation du médecin du travail

L'arrêté royal du 27 mars 1998 indique, pour les services externes et internes que le médecin du travail doit être un Docteur en médecine qui :

- soit est titulaire d'un diplôme qui autorise l'exercice de la médecine du travail et qui, à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté, est attaché en qualité de médecin du travail à un ou plusieurs services médicaux du travail agréés, la liste des diplômes étant fixée par un arrêté royal du 12 janvier 1968 ;
- soit est titulaire du titre de médecin spécialiste en médecine du travail ;
- soit a réussi la formation théorique pour obtenir le titre de médecin spécialiste en médecine du travail et obtenu ce titre au plus tard dans les trois ans qui suivent.

Formation de base en médecine : six ans

Médecin spécialiste en médecine du travail : formation complémentaire d'au moins quatre années à temps plein, comprenant une formation spécifique de deux ans et des stages agréés, ainsi que la présentation d'un travail scientifique personnel.

Les instances de contrôle

La surveillance du respect de ces dispositions est confiée à l'administration de l'hygiène et de la médecine du travail (ministère de l'Emploi et du Travail) qui a recours, pour accomplir sa mission, aux services de l'inspection médicale de travail composée de médecins inspecteurs du travail et d'inspecteurs adjoints d'hygiène du travail.

Au niveau communal, une commission spéciale du ministère de la Culture et des Affaires sociales est responsable de l'homologation des services de médecine du travail.

4.4.3 –

L'Espagne (26) :

La Loi 31/1995 du 8 novembre 1995 sur la prévention des risques professionnels a permis non seulement de transposer la directive 89/391/CEE, mais aussi de moderniser le droit espagnol en matière d'hygiène et de sécurité au travail.

Cette loi prévoit la création dans chaque entreprise d'un service interdisciplinaire de prévention, dont la taille et la composition varient avec l'importance de l'entreprise et les risques auxquels les travailleurs sont soumis.

Le décret royal 39/1997 sur les services de prévention, pris pour l'application de la Loi de 1995, énumère, parmi toutes les missions de ces services, la surveillance et le contrôle de la santé de travailleurs. Il précise que ces services doivent comporter un médecin spécialiste en médecine du travail ou un médecin diplômé en médecine d'entreprise.

L'Ordre du 22 avril 1997 régit le régime de fonctionnement des mutuelles d'Accident du Travail et de Maladies Professionnelles de la sécurité sociale dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Il précise les conditions de fonctionnement de ces mutuelles en tant que services de prévention externes des entreprises qui leur sont affiliées.

Le décret royal 688/2005 du 10 juin 2005 est venu préciser le texte de 1997 et a posé le principe de la séparation, au sein des mutuelles, des activités qu'elles mènent en tant que services de prévention extérieure de leurs traditionnelles missions de gestion des risques professionnels.

Il n'y a pas en Espagne de service de prévention spécifique dédié à l'agriculture.

Exercice de la médecine du travail en Espagne

Statut juridique du médecin du travail et mode d'exercice :

Le médecin du travail est **toujours salarié** : de l'entreprise, du service de prévention externe ou de la Mutuelle des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Le médecin du travail effectue des examens médicaux à tout travailleur une fois par an, comprenant un examen médical et des examens complémentaires (NFS, VS) systématiques.

En plus de ces visites périodiques sont effectuées pour tout salarié une visite d'embauche et des visites de reprise après une absence de plus de 30 jours. Les visites périodiques et les examens sont adaptées aux risques auxquels sont exposés les travailleurs, avec des visites semestrielles par exemple pour les cas d'exposition aux solvants... voire tous les mois pour les travailleurs en atmosphère comprimée en particulier.

Le médecin du travail a un rôle essentiellement de prévention mais l'employeur peut demander au service national de santé l'autorisation pour son médecin d'exercer de fonctions thérapeutiques. Dans tous les cas le médecin du travail soignera les salariés de l'entreprise s'ils sont malades et en cas d'urgence.

les services de prévention, prévus par la loi de 1995 et qui remplacent les services médicaux d'entreprise qui existaient précédemment, peuvent prendre plusieurs formes :

- dans les plus petites entreprises, **le chef d'entreprise peut assumer lui-même** les activités de prévention, à l'exception de celles qui se rapportent à la surveillance des travailleurs ;
- le chef d'entreprise **peut désigner des travailleurs** chargés de s'occuper des activités de prévention ;
- le chef d'entreprise doit créer un **service de prévention interne** lorsqu'il y a plus de 500 salariés, lorsqu'il y a entre 250 et 500 salariés, et que l'entreprise exerce ses activités dans un secteur dangereux ou lorsque l'administration compétente le lui a demandé. Le service interne doit comporter au moins deux spécialistes de l'une des disciplines suivantes : médecine du travail, sécurité du travail, hygiène du travail, ergonomie et psychosociologie appliquée ;
- le chef d'entreprise doit recourir à un ou plusieurs **services de prévention externes** agréés lorsque la désignation de délégués à la prévention insuffisante, mais que la taille de l'entreprise ne justifie pas la création d'un service interne. Le service externe peut être organisé par la Mutuelle des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les services externes doivent comporter au moins un expert de chacune des disciplines suivantes : médecine du travail, sécurité du travail, hygiène du travail, ergonomie et psychosociologie appliquée.
- Plusieurs entreprises d'un même secteur d'activité ou d'un même zone géographique peuvent se grouper pour créer **un service commun**. Ces services communs doivent répondre aux mêmes critères que les services de prévention internes.

Ainsi tous les services de prévention qui ont des activités de « surveillance et de contrôle de la santé des travailleurs » doivent **comporter un médecin spécialiste en médecine du travail** ou diplômé en médecine d'entreprise et d'un aide technique sanitaire (infirmier d'entreprise). Ces services sont **pluridisciplinaires**.

Indépendance et secret professionnel : malgré la nécessité de coordonner les travaux des différents membres des services de prévention, la confidentialité des données médicales personnelles doit être assurée. L'indépendance et le secret médical sont garantis au médecin du travail dans la législation espagnole.

La formation du médecin du travail

Deux types de diplômes permettent d'exercer la médecine du travail :

- **le diplôme de médecin d'entreprise** : il est obtenu après un an supplémentaire de scolarisation après la fin des études médicales, à raison de trois heures par jour. L'enseignement essentiellement technique, est réalisé sous la tutelle de l'Institut national d'hygiène et de médecine du travail (qui dépend du ministère du Travail) qui est chargé de l'élaboration de la réglementation en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles.
- **le diplôme de spécialiste en médecine du travail** : la spécialité de médecin du travail s'obtient en trois ans après la fin des études médicales. L'enseignement est constitué par des cours théoriques adaptés ainsi que des enseignements pratiques dans les laboratoires de la faculté, en milieu hospitalier et à l'occasion de visites dans les

entreprises. La troisième année se déroule essentiellement sous forme de stages dont trois dans des entreprises qui ont des activités différentes.

Les instances de contrôle

La sécurité et l'hygiène du travail font partie des compétences **de l'inspection du travail**.

La Loi de 1995 a créé **la Commission nationale de sécurité et de santé au travail**. Composée de chacune des communautés autonomes et de l'administration nationale, ainsi que des organisations patronales et syndicales, cette commission est chargée de coordonner les actions de toutes les administrations en matière de prévention des risques et de faire des propositions pour améliorer la politique et la réglementation relatives à la santé et à la sécurité au travail.

4.4.4 – LA FRANCE :

La médecine du travail est instituée par la loi du 11/10/1946 qui l'a rendu obligatoire pour tout le secteur privé au bénéfice des salariés des petites et moyennes entreprises (9, 22, 28).

La Loi du 26 décembre 1966 l'a rendu **obligatoire en agriculture**.

Initialement, elle avait pour objectif principal l'examen de l'aptitude des salariés au poste de travail puis, pour répondre à une directive européenne du 12 juin 1989 qui prône la pluridisciplinarité et met l'accent sur la prévention des risques professionnels, elle a fait l'objet d'un plan de réformes lancé par le gouvernement en 1998 traduite au plan législatif dans la loi de modernisation sociale de janvier 2002. Tous ces différents textes sont codifiés aux articles L241.1, R 241.1 et suivants du Code du travail.

En France, c'est donc le code du travail qui régit le système de prévention et de santé au travail.

Depuis la création de la médecine du travail, les modalités pratiques de sa mise en œuvre ont donc évolué : son **rôle de prévention des risques professionnels** s'accroît au détriment du suivi des salariés.

Ainsi, le dernier décret en date du 28 juillet 2004 modifie la périodicité de la visite médicale qui passe de 12 mois à 24 mois et prévoit, à partir du 1er janvier 2006, l'établissement d'une fiche d'entreprise pour toutes les entreprises, quel que soit leur effectif.

Ce texte augmente également le nombre maximum d'entreprises prises en charge par un médecin du travail qui passe de 300 à 450 et le nombre maximum annuel de salariés suivis qui passe de 2 700 à 3300.

Exercice de la médecine du travail en France

Statut juridique du médecin du travail et mode d'exercice :

Le médecin du travail est **un salarié** au statut particulier qui en fait un « **salarié protégé** » : il est lié à l'employeur ou au président du service de santé au travail inter-entreprises par un **contrat de travail**.

- **Contrat de travail.**

Un certain nombre de garanties protègent sa nomination, son changement d'affectation et son licenciement.

Avant toute décision de licenciement, l'accord des instances représentatives du personnel (Comité d'entreprise ou délégués du personnel) ou de la commission de contrôle dans les services inter-entreprises, ainsi que l'accord de l'organisme de contrôle du service de santé au travail doivent être demandés.

A défaut d'accord des instances consultées ou le cas échéant de l'employeur, les décisions ne peuvent intervenir que sur autorisation de l'inspecteur du travail, prise après avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRMO).

- **Services autonomes, services interentreprises :**

La médecine du travail bénéficie à tous les salariés, quelle que soit la taille de l'entreprise. Aussi, conformément à l'obligation générale de prévention qui pèse sur l'employeur, tout employeur doit organiser soit **un service de santé au travail autonome**, soit adhérer à un **service inter-entreprises**.

Le choix entre ces 2 types d'organisation dépend du nombre de salariés placés sous surveillance médicale et du nombre d'examen médicaux pratiqués annuellement (à partir de 412,5 salariés et 400 examens, l'employeur a le choix entre un service autonome ou inter-entreprises).

En deçà de ces seuils, le recours à un service de santé inter-entreprises est obligatoire.

Si l'effectif dépasse 2200 salariés et 2134 examens, l'entreprise a l'obligation de constituer un service autonome.

- Le **service autonome** est administré par l'employeur sous la surveillance du comité d'entreprise.
- Le **service de santé inter-entreprises** est un organisme à but non lucratif qui a pour objet exclusif la pratique de la médecine du travail. Il est structuré en secteurs géographiques et administré par un président, sous la surveillance d'un comité inter-entreprises, où les représentants du personnel sont majoritaires.
- Le **service de médecine agricole** : spécifiquement dédié aux travailleurs agricoles et rendu obligatoire depuis 1966, ces services fonctionnent au sein de la Mutualité Sociale Agricole dont ils dépendent. Ce sont des services pluridisciplinaires.
- **Les Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale (CDG)** : pluridisciplinaires également, ils sont spécifiques de la Fonction Publique Territoriale et prennent en charges les collectivités territoriales adhérentes.

- **Les activités du médecin du travail :**

La médecine du travail a pour mission principale de prévenir toute dégradation de la santé des salariés du fait de leur travail. Exercée au sein d'un service de santé au travail, elle est obligatoirement organisée sur le plan matériel et

financier par les employeurs. Les missions sont les mêmes quel que soit le type de secteur d'exercice, à savoir la MSA, le secteur privé ou le secteur public.

Le médecin du travail est le conseiller à la fois de l'employeur et des salariés et il a un **rôle exclusivement préventif** qui, selon le code du travail « *consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs* ».

Pour ce faire, les activités du médecin se répartissent entre les **examens médicaux** des salariés et les **actions en milieu de travail** (tiers temps), qui est le temps consacré par le médecin à ses missions en milieu de travail (études de poste, CHSCT, visites de locaux, actions de formation..).

Il a le libre accès aux lieux de travail qu'il peut visiter de sa propre initiative ou à la demande de l'employeur ou des représentants du personnel.

Pour identifier les risques relatifs à la santé et à la sécurité, il peut également faire procéder à des analyses ou à des mesures qu'il estime nécessaires par un organisme agréé choisi sur une liste établie par le ministre chargé du travail (études de bruit, de poussière ...). Ces travaux sont à la charge financière de l'employeur.

L'employeur est tenu de mettre à sa disposition toute information nécessaire à la réalisation de sa mission.

Depuis le décret de juillet 2004, ce temps comporte au moins 150 demi-journées de travail effectif chaque année, réparties mensuellement pour un médecin à temps plein.

- **Les visites et examens médicaux :**

- A l'embauche, une visite médicale à la médecine du travail est obligatoire ou au plus tard à l'expiration de la période d'essai.
- Visite périodique : une visite a lieu au maximum tous les 24 mois, ainsi qu'après un arrêt de travail pour accident du travail d'au moins 8 jours ou un arrêt de maladie de plus de 21 jours ou en cas d'absences répétées pour raison de santé.

En cas de risques spéciaux, les salariés bénéficient d'une surveillance médicale renforcée et la visite doit avoir lieu au moins une fois par an. Il s'agit notamment :

- des salariés exposés à des risques spécifiques (ex : travaux en hauteur, travailleurs de nuit ..) ;
- des travailleurs handicapés ;
- des jeunes de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes et mères dans les 6 mois, qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement ;
- Tout salarié peut également bénéficier d'un examen médical à sa demande ou à la demande de l'employeur.

- **Les examens complémentaires :**

Le médecin peut prescrire des examens complémentaires pour déterminer l'aptitude du salarié au poste de travail ou pour dépister des maladies à caractère professionnel ou dangereuses pour l'entourage.

- **La fiche médicale de visite :**

Le médecin rend un avis médical et établit une fiche d'aptitude ou d'inaptitude totale ou partielle en double exemplaire, un pour l'employeur et un pour le salarié. Cette fiche est délivrée après chaque visite médicale.

L'inaptitude au travail peut avoir des conséquences graves et aboutir à un licenciement.

Avant de prononcer une inaptitude, le médecin doit étudier le poste de travail et examiner deux fois le salarié, à deux semaines d'intervalles.

Toutefois, en cas de danger immédiat, il peut déclarer le salarié inapte immédiatement.

En cas d'inaptitude, l'employeur est tenu de prendre en compte les propositions du médecin et d'aménager éventuellement le poste de travail ou de rechercher un autre emploi au sein de l'entreprise au salarié.

Dans le cas où le reclassement du salarié s'avérerait impossible, il est licencié pour inaptitude médicale.

Indépendance et secret professionnel : **l'indépendance est garantie** pour le médecin du travail sur le plan médical car il est inscrit à l'ordre départemental des médecins et est soumis au Code de déontologie médicale qui regroupe les règles de pratique de la médecine et les devoirs du médecin.

Comme tout médecin, il est **tenu au secret professionnel**. Ainsi, le dossier médical des salariés ne peut être communiqué qu'aux médecins régionaux du travail ou à un autre médecin. L'employeur n'a connaissance que des dispositions concernant l'aptitude du salarié.

Le médecin du travail est tenu également au secret de fabrication industriel et technique des produits employés ayant un caractère confidentiel.

La formation du médecin du travail. Les trois voies d'accès :

Les conditions requises pour exercer la médecine du travail sont énumérées à l'article R. 241-29 du code du travail, applicable aux médecins exerçant leur activité auprès des salariés de droit privé, dans des services autonomes ou des services inter-entreprises (informations du conseil de l'ordre national des médecins).

Si les médecins de prévention de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique de l'Etat et de la fonction publique territoriale relèvent d'une réglementation différente, on peut observer que les conditions d'accès à la profession, prévues par leurs différentes réglementations, sont identiques à celles en vigueur pour les médecins du travail (cf. pour les médecins de prévention exerçant dans les administrations et établissements publics de l'Etat : l'article 13 du décret 82-453 du 28 mai 1982 modifié ; pour les médecins exerçant dans les collectivités territoriales : l'article 12 du décret 85-603 du 10 juin 1985 modifié et pour les médecins du travail exerçant dans les établissements hospitaliers : l'article R. 242-4 du code du travail).

La voie du diplôme :

-Le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail :

Ce diplôme d'études spécialisées peut être obtenu soit dans le cadre du concours « normal » de l'internat soit dans le cadre du concours spécial ouvert aux médecins en exercice au sein de l'Union européenne. C'est la raison pour laquelle ce concours est habituellement dénommé «concours européen».

Il est bien entendu ouvert aux médecins inscrits en France à un tableau de l'Ordre des médecins.

-Le certificat d'études spéciales de médecine du travail :

Il s'agit là d'un diplôme relevant de l'ancien régime des études médicales qui permet à son titulaire d'exercer la médecine du travail.

-Le cas particulier du diplôme de l'Institut national de médecine agricole :

En application de l'article R 717-51 du code rural, les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine du travail en agriculture, doivent être titulaires du CES du DES ou encore du Diplôme de Médecine Agricole délivré par l'Institut National de Médecine Agricole.

La notion de médecin du travail *en agriculture* renvoie aux exploitations agricoles, mais aussi plus généralement, en application de l'article L. 717-1 du code rural, aux entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture.

Il faut ici souligner que le diplôme de l'Institut National de Médecine Agricole de Tours ne permet pas à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises susmentionnées, de même qu'il n'est pas un diplôme qualifiant.

La voie de la qualification ordinale :

Tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre comme médecins spécialistes en médecine du travail, après avoir été qualifiés par les commissions de qualification peuvent exercer la médecine du travail dans les services autonomes ou inter-entreprises de santé au travail ou en qualité de médecin de prévention, dans la fonction publique.

La demande de qualification en qualité de médecin spécialiste doit être présentée auprès du conseil départemental de l'Ordre.

La troisième voie : régularisation et reconversion.

La voie diplômante et la voie de la qualification n'ayant pas permis de recruter en nombre suffisant des médecins du travail, des mesures législatives ont dû être prises afin d'ouvrir une troisième voie.

Cette troisième voie repose sur deux mécanismes ; l'un de régularisation, l'autre de reconversion :

La régularisation :

Une première mesure de régularisation avait été prévue à titre exceptionnel par l'article 28 de la loi 98-735 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire. Elle permettait aux médecins du travail et aux médecins de prévention, en fonction le 1^{er} juillet 1998, qui exerçaient déjà en qualité de médecin du travail ou de médecin de prévention, sans être titulaires du CES, du DES ou de la qualification ordinale, de poursuivre leur activité.

Les médecins étaient tenus de suivre un enseignement théorique, conforme au programme de l'enseignement dispensé au titre du DES de médecine du travail et de satisfaire à des épreuves de contrôle des connaissances, au plus tard, à la fin de l'année universitaire 2000 – 2001.

L'article 189 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a renouvelé cette disposition exceptionnelle pour les médecins en poste à la date du 18 janvier 2002. Les médecins devaient satisfaire aux épreuves de contrôle des connaissances avant la fin de l'année universitaire 2003 – 2004.

Le décret 2002-1082 du 7 août 2002 pris en application de l'article 189 de la loi de modernisation sociale, a précisé que l'enseignement que doivent suivre ces médecins est délivré par les UFR de médecine dispensant l'enseignement de 3^{ème} cycle de médecine du travail. A l'appui de leur demande d'inscription, les médecins devaient fournir les documents attestant qu'ils occupaient effectivement un poste de médecin du travail ou de prévention à la date du 18 janvier 2002 (contrat de travail en particulier).

Deux points méritent d'être plus particulièrement soulignés. Tout d'abord, les médecins de prévention ne peuvent se prévaloir de leur exercice pour exercer en qualité de médecin du travail qu'à deux conditions : avoir satisfait au contrôle des connaissances évoqué ci-dessus et exercer postérieurement pendant trois ans. Ensuite, les épreuves de contrôle des connaissances n'ont ni pour objet ni pour effet de conférer un diplôme ou de donner une qualification.

La reconversion :

La deuxième mesure visant à remédier à la pénurie en médecins du travail figure à l'article 194 de la loi de modernisation sociale précitée. Codifiée sous l'article L. 241-6-1 du code du travail, elle permet aux médecins, pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la Loi, d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention (soit jusqu'au 18 janvier 2007) à la double condition d'exercer une activité médicale depuis au moins cinq ans et d'obtenir un titre en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels à l'issue d'une formation spécifique d'une durée de deux ans comprenant une partie théorique et une partie pratique en milieu du travail.

Un décret d'application paru le 8 octobre 2003 (décret 2003-958 du 3 octobre 2003), instaure une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels. L'accès à cette formation de deux ans, dispensée à temps complet, est subordonné à l'abandon de l'activité médicale antérieure. Cette capacité a été mise en place par arrêté du 14 novembre 2003 publié au Journal Officiel du 9 décembre 2003. Le système a été étendu aux médecins de prévention des collectivités territoriales par le décret 2005-528 du 24 mai 2005.

Le médecin qui souhaite s'y inscrire, doit communiquer le contrat d'engagement qui le lie au service de santé au travail ou au service de médecine de prévention dans lequel il effectuera la partie pratique de sa formation.

Les médecins titulaires de la capacité doivent s'engager à exercer la médecine du travail pendant au moins 4 ans. La méconnaissance de cette obligation entraîne le remboursement des frais d'inscription à la formation ainsi que de l'indemnité perçue, le cas échéant, au titre de l'abandon de l'activité antérieure.

Les modalités de l'octroi de cette indemnité, plafonnée à 5 000 €, ont été fixées par un arrêté du 12 juillet 2004 (JO du 3 août, p. 13825).

A ces différentes voies d'accès à la médecine du travail on doit ajouter les possibilités d'exercice offertes aux médecins de l'Union européenne, bénéficiaires de la liberté d'établissement liée à la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes.

S'il existe aujourd'hui des situations où un médecin peut exercer la médecine du travail sans être qualifié spécialiste ou diplômé dans cette discipline, la loi a posé un certain nombre d'exigences pour la régularisation ou la reconversion.

C'est le lieu de rappeler que le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est opposé à certains projets tendant à mettre en place une médecine du travail au rabais :

L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal

Cette interdiction trouve son fondement dans le caractère d'ordre public des exigences fixées par les différents textes relatifs aux conditions d'exercice de la médecine du travail. Plus particulièrement, la méconnaissance des conditions requises pour exercer la médecine du travail constitue une infraction pénale, conformément aux dispositions de l'article L. 241-11 du code du travail.

Du point de vue déontologique, ces exigences marquent également le souci que les salariés bénéficient des professionnels les plus compétents pour éviter toute altération de leur santé du fait de leur travail.

Dès lors, il appartient au conseil départemental, au moment de l'inscription du médecin ou encore de la communication du contrat qu'il doit conclure avec l'entreprise ou l'administration qui l'emploie, de vérifier qu'il remplit bien les conditions prévues par la réglementation.

Les instances de contrôle

En France, la prévention des risques professionnels est placée sous la responsabilité des ministères chargés du Travail et de la Sécurité sociale.

C'est un système dual : d'un côté les pouvoirs publics, de l'autre l'assurance sociale. C'est le ministère chargé du Travail, plus précisément la **Direction des relations du Travail (DRT)**, qui est en charge de la politique publique nationale de prévention sur les lieux de travail : préparation, élaboration et application de la réglementation en ce domaine.

Le ministère chargé du Travail est assisté d'un organe consultatif, le **Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels**. Celui-ci réunit des représentants des pouvoirs publics, des représentants des salariés et des employeurs, ainsi que des personnes qualifiées. Il peut proposer toutes mesures en matière de prévention sur les lieux de travail, et est consulté sur tous les projets de lois ou de règlements qui touchent à la prévention des risques professionnels.

L'action de la Direction des relations du travail (DRT) est relayée sur le terrain par les **Directions régionales et départementales du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle (DRTEFP et DDTEFP)**, et par l'**Inspection médicale du travail**. Au terme du Code du travail, les médecins régionaux inspecteurs du travail « exercent une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs au lieu de travail et participent à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs ».

Les missions de surveillance et de contrôle, ainsi que d'information et de conseil, pour tout ce qui concerne l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de travail, à la santé et la sécurité en milieu de travail, sont principalement assurées par l'**Inspection du travail**.

Modalités de contrôle dans l'agriculture

En France, pour les activités agricoles, l'inspection du travail est assurée par un service spécialisé placé sous l'autorité du ministre chargé de l'agriculture :

l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole (**ITEPSA**).

Chaque département est doté d'un service départemental (SDITEPSA) et chaque circonscription régionale (à l'exception de la Corse) d'un service régional (SRITEPSA). L'ITEPSA est chargée de veiller à l'application aux professions agricoles des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles relatives au régime du travail, applicables à ces professions.

Sont assujettis à son contrôle les employeurs des personnes affiliées au régime de protection sociale agricole dont la gestion est assurée par les caisses de mutualité sociale agricole.

4.4.5 – LE ROYAUME-UNI:

Le Royaume-Uni est l'Etat membre étudié dans ce mémoire le plus éloigné de l'organisation de la médecine du travail que nous connaissons en France et que nous retrouvons en particulier en Belgique, aussi bien dans son approche économique que sociale et dans sa conception de l'exercice médical qui en découle.

Exercice de la médecine du travail au Royaume-Uni

En effet, **la médecine du travail s'est constituée sur une base volontaire**, puisque aucun texte de portée générale n'impose ni médecin du travail dans l'entreprise, ni visite médicale préalable à l'embauche, ni surveillance médicale.

La loi du 31 juillet 1974 relative à la santé et à la sécurité du travail oblige l'employeur " **à assurer dans la mesure du possible la santé (...) des salariés** ", comme celle des tiers, et exige en retour du salarié " *qu'il prenne raisonnablement soin de sa santé* ", ainsi que de celle de ses collègues. Cette Loi s'applique également en Ecosse sous réserve de quelques dispositions réglementaires.

La loi du 26 août 1992 relative à la gestion de la santé et de la sécurité au travail, " *l'employeur est tenu de se livrer à une évaluation suffisante et adéquate des risques pour la santé et la sécurité auxquels sont exposés ses salariés au travail* ".

Il doit " *veiller à procurer à ses salariés une surveillance médicale adéquate, en considération des risques pour la santé et la sécurité qu'il a identifiés dans l'évaluation des risques* ".

L'organisation de la santé au travail est donc laissée à la libre appréciation de l'employeur, qui a pour seule obligation de faire en sorte que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé.

La loi de 1981 sur les premiers secours n'impose à l'employeur que de prévoir des soins de premiers secours adaptés et ne requiert pas la présence d'un médecin du travail.

L'employeur peut satisfaire à ses obligations en désignant une personne ayant un diplôme de secouriste et en fournissant une trousse de premiers secours.

A côté de ces textes de portée générale, des textes réglementaires spécifiques à certaines professions ou à certains secteurs particulièrement dangereux, ainsi que des **codes de bonne conduite** agréés prévoient une surveillance médicale régulière, qui est alors effectuée par les

médecins du Service consultatif de médecine du travail, service appartenant à l'Exécutif de santé et de sécurité, un des deux organismes publics mis en place par la loi de 1974.

L'employeur n'étant tenu qu'à une obligation de résultat, **la santé au travail prend des formes variées, surtout dictées par des considérations économiques.**

La médecine du travail peut être pratiquée par une infirmière spécialisée, un médecin généraliste ou un médecin spécialiste de la médecine du travail, et ceci dans des cadres différents selon la taille de l'entreprise : service autonome, service interentreprises ou simple contrat de louage de services.

Statut juridique du médecin du travail et mode d'exercice :

Les services de santé au travail existent en dehors de toute obligation et sont librement organisés par l'employeur, qui a toute latitude pour juger de la qualification du personnel employé.

Ces services doivent répondre à une double exigence de rentabilité et de qualité, car l'employeur, qui recherche une protection au moindre coût, n'hésite pas à changer de prestataire s'il n'est pas satisfait.

Ainsi la médecine du travail n'est pas nécessairement exercée par un médecin et encore moins par un médecin du travail :

L'employeur peut choisir de recourir :

- à des **infirmières spécialisées en santé du travail**. Celles-ci sont salariées ou exercent de manière libérale en se regroupant avec d'autres infirmières. Elles font une première sélection des problèmes de santé du personnel au cours d'un entretien et dirigent les cas les plus sérieux vers un médecin généraliste ;
- à un **médecin généraliste** pour qu'il effectue des actes de médecine du travail pendant une période déterminée ou à intervalles réguliers ;
- à des **services de santé autonomes** avec des équipes médicales composées d'infirmières, souvent spécialisées, de médecins généralistes ou de médecins spécialistes en médecine du travail ;
- à des **services interentreprises de médecine du travail**, qui sont des organismes privés à but lucratif : groupements de médecins indépendants ou centres médicaux appartenant à des organismes de prévoyance, des mutuelles ou des assurances médicales privées, comme la British United Provident Association Ltd (BUPA). Il peut aussi s'agir de centres intégrés dans des hôpitaux, car ceux-ci fonctionnent comme des établissements publics autonomes et doivent s'autofinancer en trouvant de nouveaux clients.

Le contrat de travail : dépend du choix d'organisation de l'employeur.

- le médecin du travail peut être lié au chef d'entreprise par un **contrat de travail** si ce dernier a créé un service de santé autonome.

- Dans les autres cas, c'est-à-dire si le chef d'entreprise s'est entendu avec un médecin pour que celui-ci effectue à **titre libéral** certaines missions ou s'il utilise les prestations commerciales offertes par un centre de médecine du travail interentreprises, il s'agit d'un **contrat de louage de services**.

Indépendance et secret professionnel :

L'indépendance du médecin du travail n'est pas garantie pas plus que le secret médical comme dans les autres pays étudiés dans ce mémoire. Le Royaume-Uni fait exception dans son approche de l'indépendance et du secret professionnel.

Secret médical : L'employeur a la possibilité de demander au médecin du travail la communication des dossiers médicaux des salariés, des anciens salariés, des candidats à l'emploi et des travailleurs intérimaires.

Cette possibilité est toutefois encadrée par la loi de 1988 sur l'accès au dossier médical, qui prévoit une procédure essentiellement écrite, destinée à protéger le salarié en l'informant, d'une part, de ses droits et, d'autre part, de la volonté de son employeur, et en établissant la preuve du consentement de l'intéressé.

Le médecin du travail, quant à lui, doit :

- s'assurer du consentement du salarié, qui peut être exprès ou tacite selon que le salarié s'est ou non manifesté au cours du délai de vingt et un jours mentionné ci-dessous ;
- respecter un délai de vingt et un jours avant de communiquer le dossier à l'employeur ;
- porter au dossier les modifications demandées, sauf à mentionner qu'elles sont portées à la demande du salarié, s'il a des objections de nature médicale.

Le médecin du travail peut toujours refuser de communiquer un dossier à l'employeur :

- si ceci risque de porter préjudice au salarié ;
- si le dossier contient des informations que le médecin préfère garder secrètes ;
- si un tiers est en jeu dans le dossier.

Indépendance : pour maintenir de bonnes relations commerciales, il est arrivé que certains médecins réalisent des dépistages en matière de toxicomanie, d'alcoolisme et de sida, à la demande des employeurs, et leur transmettent directement les résultats sans que les salariés en soient informés. Les services étant soumis à la loi du marché et à la concurrence, devant répondre à une double exigence de rentabilité et de qualité, l'employeur a toute latitude pour changer de prestataire s'il n'est pas satisfait des prestations apportées à moindre coût.

De ce fait la pression sur les intervenants en sécurité et santé au travail, qu'ils soient médecins ou non est incompatible avec un libre exercice de la médecine du travail et une indépendance véritable dégagée de toute contrainte économique.

La formation du médecin du travail

Médecin diplômé en médecine du travail : spécialité officiellement reconnue depuis 1978, et devant être **inscrit à l'ordre des médecins spécialistes**, la formation est la suivante :

- deux ans de formation professionnelle générale après l'année de formation en hôpital ;
- quatre ans de formation spécialisée supérieure essentiellement effectuée dans des postes agréés à cet effet, avec remise d'un mémoire sur un sujet de médecine du travail.

Il y a encore assez peu de médecins spécialistes en médecine du travail. Un sondage récent indique que les services de santé au travail qui utilisent du personnel qualifié en médecine du travail (médecins ou infirmières) existent dans 68 % des entreprises de plus de 25 personnes, et dans 5 % seulement des entreprises de moins de 25 employés.

Lorsque le médecin du travail est un généraliste : c'est le cas le plus fréquent.

La formation des généralistes comporte :

- deux ans de cours théoriques ;
- trois ans de cours cliniques, période pendant laquelle l'étudiant suit aussi des cours théoriques sur tous les aspects de la médecine ;
- et une année " *préalable à l'inscription définitive à l'ordre des médecins* " accomplie en hôpital.

Au cours de ces études, l'étudiant en médecine reçoit très peu d'enseignements en médecine du travail, mais peut, une fois devenu médecin, préparer un diplôme de médecine du travail sans pour autant devenir un spécialiste.

Les instances de contrôle

La loi relative à la santé et à la sécurité de 1974 a institué deux organismes publics, la **Commission de santé et de sécurité (HSC)** et l'**Exécutif de santé et de sécurité (HSE)**.

La Commission de santé et de sécurité :

Elle est chargée de conseiller le gouvernement et de faire progresser la réglementation en matière de santé et de sécurité, notamment par l'élaboration de **codes de bonne conduite**.

Ainsi, elle a approuvé les codes de bonne conduite qui prévoient une surveillance médicale particulière dans plusieurs domaines : substances dangereuses, plomb, amiante, radiations ionisantes.

L'Exécutif de santé et de sécurité :

Il veille à la mise en oeuvre de la réglementation, par l'intermédiaire de son service consultatif de médecine du travail (**EMAS**) et de ses inspecteurs de l'hygiène et de la sécurité.

- Le Service consultatif de médecine du travail (EMAS) :

Ce service, qui fait partie de l'Exécutif de santé et de sécurité, est composé d'environ 40 médecins et 60 infirmières spécialisées en médecine du travail.

Sa mission s'effectue auprès du gouvernement, de la Commission santé et sécurité, des organisations d'employeurs, des syndicats et des praticiens en médecine du travail. Elle consiste à les informer et à les conseiller en matière de santé et d'emploi. Par ailleurs, ces médecins et infirmières réalisent des enquêtes dans le domaine des maladies professionnelles.

Ils ont les mêmes pouvoirs que les inspecteurs de l'Exécutif de santé et de sécurité. La surveillance médicale des personnels exposés à certains risques comme le plomb, l'amiante et les radiations, prévue par des textes spécifiques, est mise en oeuvre par les médecins du Service consultatif de médecine du travail ou par des médecins agréés par ce service.

- Les inspecteurs de l'hygiène et de la sécurité

Le corps d'inspecteurs de l'hygiène et de la sécurité fait partie de l'Exécutif de santé et de sécurité.

Sa mission, assortie de pouvoirs très larges, est de contrôler la bonne application de la réglementation, y compris dans le domaine de la médecine du travail.

Ces inspecteurs ne contrôlent pas l'activité des médecins du travail, mais le respect par l'employeur de ses obligations dans le domaine de la santé et de la sécurité. Ils peuvent notamment adresser des mises en demeure aux employeurs.

Les inspecteurs de santé environnementale :

A côté de ce corps d'inspecteurs, il existe des **inspecteurs de santé environnementale**, qui sont **nommés par les autorités locales** et qui ont les mêmes attributions que les précédents, mais qui n'interviennent que dans les entreprises commerciales et de service. Leur rôle tend à se développer et leur nombre dépasse celui des inspecteurs de l'Exécutif de santé et de sécurité.

4.4.6 – LE LUXEMBOURG:

La loi du 17 juin 1994 relative aux services de santé au travail, qui a transposé la directive 89/391/CEE dans le secteur privé, organise une surveillance médicale des travailleurs sur les lieux de travail.

Elle la confie à des médecins du travail exerçant dans des services de santé au travail d'entreprise, dans des services de santé interentreprises ou dans le Service national de santé au travail (SNST).

Exercice de la médecine du travail au Luxembourg

Statut juridique du médecin du travail et mode d'exercice :

Au Luxembourg, le médecin du travail peut être **salaire ou libéral**.

Il peut exercer selon la loi de 1994 dans **trois catégories de services de santé au travail**, qui constituent les cadres dans lesquels le médecin du travail exerce ses fonctions et qui se substituent aux anciens services de santé, autonomes ou interentreprises, qui s'étaient créés sur une base volontaire.

Les services d'entreprise, interentreprises et service national de santé au travail :

- Les services de santé au travail d'entreprise :

ils sont obligatoirement organisés à l'intérieur de l'entreprise par :

- tout employeur occupant régulièrement plus de 5.000 travailleurs;
- tout employeur occupant régulièrement plus de 3.000 travailleurs dont au moins 100 travailleurs occupés à un poste les exposant à un risque de maladie professionnelle ou à un poste de sécurité.

Le médecin du travail est alors lié à l'employeur par un **contrat de travail**.

En pratique, seules deux grandes entreprises, Dupont de Nemours et les Chemins de fer luxembourgeois, ont créé chacune un service autonome dans lequel elles emploient un médecin du travail. ·

- Les services de santé au travail interentreprises :

ils sont créés par des entreprises qui se regroupent. Il y a quatre grands services interentreprises correspondant aux secteurs sidérurgique, bancaire, industriel et hospitalier.

Ils emploient respectivement trois, trois, six et deux médecins du travail.

Le nombre des médecins du travail est considéré comme insuffisant dans les services interentreprises du secteur bancaire (trois médecins pour environ 23.000 salariés) et du secteur industriel (six médecins pour environ 41.000 salariés). Les médecins du travail sont alors, comme dans les services de santé d'entreprise, liés à l'employeur, c'est-à-dire à l'association d'entreprises à l'origine de la création du service, par un **contrat de travail**.

A côté de leurs centres médicaux, ces grands services interentreprises ont aménagé dans certaines entreprises des locaux pour pratiquer des examens médicaux. ·

- Le Service national de santé au travail (SNST)

Selon la loi du 17 juin 1994, les entreprises qui n'ont pas opté pour l'un des deux systèmes précités doivent recourir au SNST.

C'est un établissement public doté de la personnalité juridique, placé sous la surveillance du ministère de la Santé et sous l'autorité d'un comité directeur paritaire (représentants des salariés et des employeurs) dont le président est un fonctionnaire de l'Etat.

Il emploie actuellement vingt médecins du travail et dispose de quatre grands centres régionaux pour s'occuper d'environ 112.000 salariés.

Son financement est assuré intégralement par une cotisation à la charge de tous les employeurs optant pour le recours à ce service.

Ce service assure la santé au travail dans les petites et moyennes entreprises, notamment celles du commerce et de l'artisanat et couvre ainsi la grande majorité des salariés du secteur privé.

Dans le SNST, les médecins du travail ont à ce jour le statut de salarié du secteur privé. Cependant, des modifications devraient être adoptées, car la loi précitée devrait être amendée prochainement et un règlement grand-ducal relatif au statut du personnel du SNST devrait paraître permettant à ces médecins d'exercer sous statut libéral.

Nomination – licenciement : quel que soit leur employeur, l'ensemble des médecins du travail est soumis à la législation du travail de droit commun : il n'existe aucune procédure particulière pour les nommer ou pour mettre fin à leur contrat.

Examens médicaux : la loi, si elle impose des examens médicaux, n'en précise cependant pas la nature, sauf dans des textes spécifiques relatifs à la surveillance médicale de salariés exposés à certains risques. Pour réaliser sa mission, le médecin du travail a libre accès à tous les lieux de travail, aux installations, aux informations ayant trait aux procédés, normes de travail, produits, matières et substances.

Indépendance et secret professionnel :

L'indépendance du médecin du travail et le secret médical sont garantis au Luxembourg par la Loi de 1994.

Le secret médical doit être strictement observé. Le médecin du travail ne fait état que de l'aptitude ou de l'inaptitude du salarié pour le poste envisagé sans indication de diagnostic.

L'employeur ne peut en aucun cas consulter le dossier médical du salarié.

Le médecin du travail est tenu de garder le secret de toute information confidentielle qu'il pourrait recueillir (secret industriel).

La formation du médecin du travail

Il n'y a pas d'universités au Luxembourg. Les étudiants en médecine luxembourgeois partent donc à l'étranger pour suivre leurs études : 80 % vont en Belgique, les 20 % restant choisissent l'Allemagne ou l'Autriche, puis la France.

L'autorisation d'exercice de la médecine est soumise à la reconnaissance par le Luxembourg du diplôme obtenu.

La moitié des médecins du travail sont de nationalité étrangère : française, belge ou allemande.

L'article 11 de la loi de 1994 prévoit que le médecin du travail doit remplir l'une des conditions de qualification suivantes :

- être un médecin spécialiste en médecine du travail ;
- être autorisé à exercer la profession de médecin spécialiste dans une spécialité autre que la médecine du travail et justifier en outre d'une formation spécifique en médecine du travail de deux ans au moins, sanctionnée par un diplôme ou titre ;
- Pour tenir compte du nombre insuffisant de médecins du travail au moment de l'entrée en vigueur de la loi, celle-ci a prévu que les médecins ayant pratiqué la médecine du travail à temps plein pendant au moins cinq ans et qui en ont fait la demande au ministre de la Santé peuvent être autorisés à exercer.
- A titre transitoire, pendant une période de cinq ans, la loi autorise les services de santé au travail à avoir recours à des médecins ne remplissant pas les conditions de formation précitées et exerçant également la médecine de manière libérale.

Les instances de contrôle

L'article 7 de la loi de 1994 a créé **une division de la santé au travail auprès de la direction de la santé.**

Elle dépend du ministère de la Santé et remplit sa mission en étroite collaboration avec **l'inspection du travail et des mines** qui dépend du ministère du Travail et de l'Emploi.

Sa mission est d'assurer la coordination et le contrôle des services de santé au travail en ce qui concerne leur organisation et leur fonctionnement.

Elle assure conjointement avec l'inspection du travail et des mines l'application de la réglementation.

Par ailleurs, cette division fait office d'instance de recours contre les constats d'aptitude ou d'inaptitude établis par le médecin du travail. La loi relative à la santé et à la sécurité de 1974 a institué deux organismes publics

Le médecin du travail ne fait donc l'objet d'aucun contrôle direct de la part de la division de la santé au travail.

4.4.7 – quelques spécificités dans le reste des Etats membres de l'Union Européenne:

- La Finlande : médecine préventive et de premier secours, la médecine du travail a été rendue obligatoire en 1979. Il s'agit d'une médecine nationalisée concernant tous les salariés. La formation du médecin du travail est courte (6mois à l'Institut de santé du

travail). Le médecin du travail peut délivrer des certificats d'aptitudes aux salariés mais pas aux exploitants agricoles. Les entreprises ont le choix entre quatre sortes de service : services autonomes, services interentreprises, affiliation à un centre de santé municipal ou à un cabinet médical privé.

- La Suède : les salariés agricoles bénéficient d'un **service spécifique agricole** pérennisé par l'action de la fédération des agriculteurs suédois en 1983 (l'affiliation aux services de santé n'est pas obligatoire). Les salariés bénéficient d'un examen médical tous les 2 ans et d'action sur le milieu du travail par les médecins du travail et les services pluridisciplinaires.
- Le Danemark : la surveillance médicale des salariés est fonction de leur appartenance à certains secteurs d'activité spécifiques. Les services de santé sont essentiellement préventifs et les examens médicaux de dépistages sont considérés comme une atteinte à l'intégrité des salariés. Aussi les actions du médecin du travail se limitent-elles aux soins d'urgence et aux conseils aux entreprises et aux médecins traitants.
- Les Pays-Bas : la création de services médicaux pour les entreprises a été rendue obligatoire en 1961 pour les entreprises de plus de 500 salariés, complétée par une surveillance médicale obligatoire pour certaines catégories de personnels selon leur exposition professionnelle. La visite d'embauche de tous ces salariés est la seule obligatoire. Les services de santé au travail sont soit autonomes soit interentreprises.
- L'Italie (29) : Un service national de santé a été créé en 1978 ; Il est constitué de services de prévention, d'unités sanitaires locales (USL) qui dépendent du ministère de la santé et qui ont un caractère multidisciplinaire. Les grandes entreprises sont couvertes de façon correcte par ce système à l'inverse des petites entreprises. Les services interentreprises sont à développer. Les médecins du travail intervenant en SST ne sont pas tous des spécialistes. Dans les PME (petites et moyennes entreprises) ce sont des médecins conventionnés soit avec l'entreprise soit avec l'USL qui effectuent les examens périodiques et préventifs imposés par la Loi.
- Le Portugal : la médecine du travail ne couvrait avant la directive 89/391/CEE que 20% de la population salariée et n'était pas organisée sur le plan législatif et réglementaire. Les services interentreprises sont existants mais développés le plus souvent à but lucratif et à caractère privé.

5 – SYSTEMES ET STATISTIQUE AT/MP DES ETATS MEMBRES DE L'UE (9, 10, 20, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38)

5.1 – Introduction :

« Chaque accident du travail et chaque maladie professionnelle est un accident et une maladie de trop », déclare Vladimír Špidla, commissaire à l'emploi, aux affaires sociales et à l'égalité des chances. Même lorsqu'ils ne sont pas mortels, leurs conséquences sont inacceptables, aussi bien pour les personnes concernées que pour l'économie. Tous les ans, dans l'Union européenne, des millions de travailleurs sont victimes d'accidents qui les obligent à rester chez eux pendant au moins trois jours ouvrables, ce qui coûte énormément à l'économie ».(34)

Même si les statistiques ne racontent pas tout, elles constituent un élément essentiel de toute analyse portant sur des questions de santé et de sécurité. Elles dévoilent, par exemple, les vérités suivantes (31, 39):

- toutes les trois minutes et demie, quelqu'un meurt au sein de l'Union européenne de causes liées au travail
- chaque année, 142 400 personnes décèdent au sein de l'UE à la suite de maladies professionnelles et 8 900 à la suite d'accidents liés au travail
- jusqu'à un tiers de ces 150 000 décès chaque année peuvent être imputés à l'utilisation de substances dangereuses au travail dans l'UE y compris 21 000 décès attribuables à l'amiante.

Chaque année, 5 720 personnes meurent dans l'Union européenne suite à des accidents liés au travail, selon les statistiques d'EUROSTAT.

Par ailleurs, d'après l'Organisation internationale du travail (OIT), 159 500 travailleurs supplémentaires succombent à des maladies professionnelles chaque année au sein de l'UE.

A titre de comparaison, quelques 2,3 millions d'hommes et de femmes meurent d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle chaque année dans le monde, dont 360 000 d'accidents mortels et 1,95 millions de maladies professionnelles incurables.

l'agriculture (40, 41, 42, 43, 44) :

L'agriculture, y compris le secteur forestier, joue un rôle important dans la vie économique, culturelle et politique de l'Europe et est une composante importante des plans pluriannuels de l'UE. C'est une activité dans laquelle de nombreux travailleurs sont tués et blessés au cours d'accidents du travail ou souffrent de maladies professionnelles (7, 12). Les taux d'accidents mortels de ce secteur étaient de 12,6% pour 100 000 travailleurs en 2000 (1 200/an) dans l'UE des 15.

En ce qui concerne les accidents entraînant une absence de plus de trois jours, le taux est supérieur à 6 000 pour 100 000 travailleurs. Il s'agit de quelques taux parmi les plus élevés pour l'ensemble de l'industrie (hors secteur de la construction). Dans les anciens États membres, 4 % seulement de la population active travaille dans l'agriculture tandis que dans les nouveaux États membres, ce chiffre s'élève à 13,4%.

L'agriculture représente un des 3 secteurs d'activité les plus dangereux tant dans les pays industrialisés que ceux en voie de développement.

Plus de 10 millions de personnes travaillent en Europe dans l'agriculture à comparer aux 1,3 milliards (7) de travailleurs qui, dans le monde, participent à la production agricole (soit la moitié de la population économiquement active au niveau mondial). Ces travailleurs correspondent à 9% des travailleurs dans les pays industrialisés et presque 60% dans les pays en voie de développement.

Il existe des différences significatives entre les 15 états membres d'avant 2004 et les nouveaux Etats membres.

Dans les premiers 4% de la population active travaille dans l'agriculture tandis que cette proportion est de 13,4% dans les seconds.

Dans le monde, le Bureau International du Travail estime que 170 000 travailleurs agricoles meurent chaque année à la suite d'un accident de travail (10, 35).

Il existe une grande diversité d'approche dans la législation nationale sur la santé et la sécurité au travail des différents pays au niveau mondial (7) mais aussi européen, tous les pays ne présentant pas un éventail complet de dispositions applicables au secteur agricole (9) ni de service de médecine spécifique.

Le BIT stipule qu'un développement agricole durable dans le nouveau millénaire ne peut être garanti sans l'accès des travailleurs agricoles et de leur famille à des conditions adéquates de travail, de vie, de santé et de bien-être. De la même manière, l'équilibre entre l'accroissement de l'agriculture et la protection de l'environnement reste tout aussi crucial pour le futur et pour la pérennité de la production d'aliments (7).

la construction :

Environ 1 300 travailleurs trouvent la mort chaque année, l'équivalent de 13 employés sur 100 000, plus de deux fois la moyenne des autres secteurs.

l'éducation :

Quelque 15 % des employés du secteur de l'enseignement en Europe, des enseignants aux cuisiniers en passant par le personnel administratif, ont été victimes de mauvais traitements physiques ou verbaux sur leur lieu de travail.

le secteur des soins de santé :

Le taux d'accidents dans le secteur des soins de santé dépasse de 34 % la moyenne de l'UE.

les petites et moyennes entreprises :

L'UE compte 19 millions de petites et moyennes entreprises (PME), qui emploient presque 75 millions de personnes. Les PME enregistrent, cependant, 82 % de tous les accidents du travail, un pourcentage disproportionné, allant jusqu'à atteindre près de 90 % pour les accidents mortels.

le stress :

Au sein de l'Union européenne, plus d'un travailleur sur quatre est confronté au stress lié au travail.

les jeunes travailleurs :

En Europe, les jeunes de 18 à 24 ans courent un risque d'être blessés sur le lieu de travail supérieur d'au moins 50 % à celui des travailleurs plus expérimentés âgés de 45 à 54 ans.

TMS (troubles musculo-squelettiques) :

Les troubles lombaires touchent 60 à 90 % des personnes à un certain moment de leur vie. À tout moment, entre 15 et 42 % des personnes sont touchées.

le bruit :

Environ un tiers des travailleurs en Europe, soit plus de 60 millions de personnes, sont exposés à des niveaux sonores élevés pendant plus d'un quart de leur temps de travail.

les travailleurs migrants :

un accident professionnel sur 3 concerne une personne de nationalité étrangère

la précarité de l'emploi :

Une enquête du ministère français du travail a mis en évidence la corrélation qui existe entre la précarisation du statut d'emploi et les accidents du travail :

- les salariés sous contrat temporaire (22 % des accidentés) sont trois fois plus accidentés que les salariés sous contrat à durée indéterminée ;
- Les intérimaires ont presque deux fois plus de risques que les autres personnes salariées de subir un accident du travail avec arrêt (8,6 % contre 4,5 %, pour l'année qui précède l'enquête) et il est généralement plus grave.

5.2 – Détail des systèmes de réparation AT /MP dans les six Etats membres :(24, 40, 45)

Il s'agit donc de l'organisation des systèmes AT - MP concernant l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France, le Luxembourg et le Royaume-Uni.

5.2.1 – L'Allemagne (19, 46) :

Il est à noter qu'une réforme, principalement organisationnelle, est en cours.

Le 1er juillet 2007, la fédération centrale des caisses d'assurance (**BG** ou *Berufsgenossenschaften*) du secteur de l'industrie, du commerce et des services (le **HVVG** ou *Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften*) et celle du secteur public (le **BUK** ou *Bundesverband des Unfallkassen*) ont fusionné pour former la **DGUV** (*Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*, Assurance accidents légale allemande).

La DGUV assure désormais 70 millions de personnes et 3,7 millions d'entreprises contre les AT-MP.

Soit : $BG + HVVG + BUK = DGUV$

Cette réforme prévoit également une fusion des structures qui, d'ici à 2012, seront au nombre de 9 BG pour l'industrie, le commerce et les services et de 17 caisses pour le secteur public (contre respectivement 23 BG et 27 caisses actuellement).

En Allemagne, la santé et sécurité au travail sont réglées par les inspections publiques du travail et les caisses de prévoyance des accidents professionnelles (*Berufsgenossenschaften*).

- Les entreprises du commerce, de l'industrie et des services doivent s'affilier à la *Berufsgenossenschaft* (BG ou Fédération Centrale des Caisses d'Assurance) dont elles dépendent en fonction de leur activité.

- Les BG sont des associations professionnelles de droit public à gestion paritaire. Ce sont des organismes tripartites, ce qui signifie que les employeurs, les petits paysans et les salariés sont tous responsables de la sécurité au poste de travail. Dans les grandes entreprises, les dispositions sur la santé et la sécurité au travail sont plutôt bien respectées, alors qu'il y a toujours de nouveaux problèmes dans les petites entreprises.

Les BG accomplissent les tâches qui leur incombent sous leur propre responsabilité. Elles sont autonomes pour leur gestion, mais financièrement solidaires entre elles. La prévention des risques professionnels est l'un de leurs devoirs fondamentaux.

- Les conséquences des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles sont assurées par les BG.

- Le financement par cotisation est à la seule charge des employeurs dans le cadre d'un système de répartition.

- Actuellement les BG sont rassemblées en 14 branches pour l'industrie, le commerce et les services.

- Les AT sont codés au niveau de la BG, puis les données sont centralisées par le HVVG (désormais DGUV), qui les transmet au ministère du Travail. Un contrôle de cohérence et de qualité est opéré à différents points du processus.

- Pour la reconnaissance des MP, un système mixte (système de liste et système complémentaire) est en application.

Le Tableau allemand compte 68 maladies professionnelles (2006).

5.2.2 – La Belgique (27) :

Trois régimes composent le système de sécurité sociale belge : les travailleurs salariés du secteur privé, les travailleurs indépendants et les fonctionnaires.

Dans le secteur privé le système d'assurance AT MP est dual. Les accidents du travail et de trajet relèvent de l'assurance privée et les maladies professionnelles de l'assurance publique.

En matière de contrôle étatique et pour l'établissement des statistiques, les accidents du travail et de trajet sont de la responsabilité du Fonds des accidents du travail (**FAT**) tandis que celles des maladies professionnelles incombent au Fonds des maladies professionnelles (**FMP**).

Ces deux organismes publics de sécurité sociale à gestion paritaire sont des éléments constitutifs du régime des travailleurs salariés dénommé **Service public fédéral de sécurité sociale des travailleurs salariés**.

L'Office national de sécurité sociale (ONSS) assure la perception des cotisations sociales patronales et salariées (sauf les primes d'assurance pour les accidents liés au travail) par lesquelles il finance les différentes branches de la sécurité sociale.

Le financement de l'assurance AT-MP est à la charge unique de l'employeur. Une cotisation de 0,3 % de la masse salariale pour les AT et de 1,1 % pour les maladies professionnelles est due et versée à l'ONSS. Pour s'assurer contre les accidents du travail et de trajet, l'employeur versera en sus une prime à son assureur du secteur privé.

Accidents du travail et accidents de trajet : les FAT

Tout travailleur assujéti à la sécurité sociale l'est de facto à la loi sur les accidents du travail dès lors qu'un travail est effectué sous l'autorité d'un employeur contre rémunération.

Il n'est pas nécessaire que le contrat de travail soit écrit ou légal faisant ainsi bénéficier de la loi les travailleurs sans permis de travail ou travaillant au noir.

Les gens de mer sont couverts par le FAT.

La loi stipule que l'employeur doit assurer tous ses salariés, dès le premier jour de travail, auprès d'une société d'assurances privée agréée par la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA).

Au mois de février 2008, treize sociétés disposaient de cet agrément dont huit assurances à primes fixes (également appelés "assureurs-loi") et cinq caisses communes.

Pour la détermination du montant des primes d'assurance, le principe de la libre appréciation des risques prévaut. Cela signifie que les paramètres pris en compte peuvent varier d'un assureur à l'autre. La concurrence entre assureurs peut jouer. Les primes sont assises sur la masse salariale plafonnée ou non. Leurs montants peuvent être fixés forfaitairement à la signature du contrat (pour les gens de maison) mais sont le plus souvent modulés en fonction des risques présents dans l'entreprise.

En cas de défaut d'assurance de la part de l'employeur, le FAT indemnise la victime. Il fonctionne comme un fonds de garantie. Il récupère les sommes versées et inflige une amende à l'employeur qui est passible de sanctions pénales.

L'assureur dispose d'un droit de visite de l'entreprise assurée. Il peut vérifier l'état des lieux de travail, de l'outillage, les conditions d'exploitation et, d'une manière générale, tous les facteurs susceptibles d'influer sur les risques professionnels.

Le preneur de l'assurance s'engage à prendre des mesures de prévention. A défaut, il s'expose à des majorations de prime.

L'assureur peut résilier le contrat.

Afin de stimuler les entreprises pour qu'elles s'impliquent davantage dans la prévention, un **système de bonus-malus** ainsi que le concept du **risque aggravé de manière disproportionnée** sont entrés en vigueur le 1er janvier 2009.

Pour ce qui est du bonus-malus, les entreprises d'assurance doivent obligatoirement l'appliquer aux entreprises en sus de la base libre pour le calcul de la prime d'assurance. De mauvaises statistiques en sinistralité conduiront à une augmentation de la prime de 30 % et de bonnes statistiques la réduiront de 15 % pour les petites entreprises.

Ces dispositions ne s'imposent pas aux grandes entreprises car elles s'appliquent déjà dans la pratique.

En résumé, pour les accidents liés au travail, le système s'organise autour d'une gestion privée et d'un contrôle public.

Le FAT contrôle les employeurs sur le plan du respect de l'obligation d'assurance et de la déclaration de l'assurance.

Il contrôle les assureurs sur les plans technique et médical.

Enfin, il entérine les accords intervenus entre les entreprises d'assurance et les victimes.

Maladies professionnelles : FMP

Le FMP, institution publique de sécurité sociale, est l'assureur du risque MP dans le secteur privé. A ce titre, il est qualifié pour examiner les demandes, prendre des décisions et payer les indemnités. Il a également une mission de prévention et procède à l'étude des maladies professionnelles. Au sein du FMP, existe un Fonds Amiante (AFA) chargé de verser des indemnités aux victimes de l'amiante. Le FMP publie des statistiques annuelles. Le système est intégralement public.

Le Fonds est financé par une cotisation de 1,1 % assise sur les salaires. Le médecin du travail qui constate ou est informé d'une MP avérée ou d'une maladie dont l'origine professionnelle est soupçonnée qu'elle soit ou non sur la liste, doit la déclarer au FMP. Ce dernier invite alors la personne concernée ou ses ayants droit à introduire une demande en réparation.

Il appartient à la victime d'introduire la demande d'indemnisation auprès du FMP.

La législation relative aux MP institue un **système d'indemnisation mixte** composé d'un système de liste et d'un système ouvert. Les statistiques de chaque système sont présentées de manière distincte.

Système de liste : Quand la maladie invoquée dans la demande de reconnaissance figure dans la liste des MP, la réparation s'effectue dans le cadre du système de liste. L'indemnisation est due lorsque la victime, atteinte d'une MP de cette liste, a été exposée au risque professionnel de cette maladie par son appartenance à une branche d'activités, à une profession ou à une catégorie d'entreprises. Le rapport de cause à effet n'a pas à être prouvé du fait de cette présomption légale.

Système ouvert : il permet d'indemniser une maladie ne figurant pas sur la liste si la cause déterminante et directe de la maladie dont souffre la victime se situe dans l'exercice de son activité professionnelle. Il appartient à la victime d'apporter elle-même la preuve du rapport de causalité entre la maladie et son exposition au risque professionnel.

5.2.3 – L'Espagne (20, 26, 32) :

Le système espagnol contre les risques professionnels de la sécurité sociale comprend un régime général (salariés de l'industrie et du secteur des services) et des régimes spéciaux couvrant les autres secteurs de la production (**travailleurs agricoles**, indépendants, mineurs, marins et pêcheurs et employés de maison).

Dans la très grande majorité, les employeurs s'assurent contre les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles auprès de l'une des « mutuas de accidentes de trabajo », mutuelles patronales auxquelles ces entreprises sont affiliées. Ainsi l'assurance espagnole contre les risques professionnels est gérée par 29 mutuas, qui sont des associations d'employeurs privées sans but lucratif puisque chargées de gérer un service public et qui collaborent avec le service public de sécurité sociale, c'est à dire avec l'**INSS** (Instituto nacional de la Seguridad Social).

Les mutuas sont agréées par le ministère du Travail et des Affaires sociales. Pour ce faire, elles doivent entre autres conditions réunir au minimum 50 employeurs et 30 000 salariés.

Si l'indemnisation des victimes d'accidents du travail est devenue obligatoire en 1900, l'obligation pour l'employeur de s'assurer auprès de mutuas d'accidents du travail ou de compagnies d'assurances privées ne l'a été qu'en 1932.

En 1963, la loi de base de sécurité sociale instaure un système unique de protection sociale et seules les mutuas sont autorisées à continuer à gérer les risques professionnels.

Suite à une forte concentration de ces mutuas dans les années 80, leur nombre est passé de 155 en 1986 à 29 actuellement.

Toutes les mutuas ou presque sont adhérentes à l'**Asociacion de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT)**, créée en 1986 pour représenter et défendre leurs intérêts. Elle regroupe 20 mutuelles en 2008.

Les organes de gestion de chaque mutua sont :

- une assemblée générale (junta general) qui rassemble les représentants de toutes les entreprises adhérentes ;
- un conseil de direction (junta directiva) qui comporte au maximum 20 membres (dont un représentant des salariés) et qui assure la gestion quotidienne de la mutua.

Il existe aussi des organes de participation tels que la commission des prestations spéciales (compétente pour attribuer des prestations de soutien/réinsertion financée par 10% des bénéficiaires des *mutuas*) et la Commission de contrôle, toutes deux paritaires.

Les employeurs ont également l'obligation d'assurer leurs salariés contre les risques professionnels. La cotisation est à la charge exclusive de l'employeur. Ce dernier est libre de les assurer à une mutua ou à l'INSS. Pour les travailleurs de la mer, les employeurs doivent s'assurer auprès d'un organisme spécifique, l'ISM (Instituta Social de la Marian).

Si le recours à une mutua n'est pas obligatoire, 96% des employeurs se sont assurés auprès d'un de ces mutuelles en 2005.

Concernant les Maladies Professionnelles, le décret royal 1299/2006 (BOE du 19 décembre 2006) a approuvé un nouveau Tableau de MP adaptant ainsi celui de 1978 en y transposant notamment le contenu de la recommandation européenne 670/2003.

Le tableau est enrichi d'une liste complémentaire de MP dont l'origine professionnelle pourrait être suspectée.

5.2.4 – Le Luxembourg :

Au **Luxembourg**, c'est une assurance unique qui prend en charge le risque AT/MP.

C'est l'Association d'Assurance contre les Accidents (AAA) qui est organisée sous forme de mutuelle de tous les employeurs établis au Luxembourg.

Elle comprend **deux sections** (industrielle et **agricole**/forestière) qui sont des établissements publics administrés chacun par une assemblée générale composée de membres employeurs et par un comité directeur présidé par un fonctionnaire nommé par le gouvernement.

Le comité directeur de la section industrielle est composé de 6 membres employeurs et de 3 membres salariés ; la représentation est toutefois paritaire lorsqu'il s'agit de déterminer les indemnités dues aux victimes ou d'élaborer des règlements concernant les mesures préventives contre les accidents.

5.2.5 – Le Royaume-Uni (47) :

Au **Royaume-Uni**, c'est l'État qui gère les différentes assurances sociales ;

La protection sociale britannique se subdivise en deux branches : celle des **soins de santé**, regroupant les prestations en nature, et celle de l'**assurance nationale**, qui sert l'ensemble des prestations en espèces. La protection sociale se divise en deux branches : les soins de santé (NHS) et L'Assurance Nationale qui couvre en particulier les accidents du travail.

Le NHS :

« Le National Health Service : une institution pérenne en pleine transformation ». C'est le **ministère de la santé** qui assure la direction du N.H.S.

Les origines du système britannique de santé sont anciennes. Le *National Health Service* (NHS) ou Service National de Santé a été créé en 1948, six ans après le rapport Beveridge de 1942 qui fixe les grandes lignes du système de santé. Il repose sur le principe de l'universalité et de l'uniformité des prestations. Il est géré par le ministère de la santé.

Le NHS offre donc une **couverture universelle et gratuite pour tous**. La santé publique, financée par l'impôt, est en situation de monopole.

L'Assurance National :

L'assurance contre les risques professionnels est ainsi gérée par le ministère chargé du Travail et des Affaires sociales (*Department for Work and Pensions*) au Royaume-Uni, sous tutelle du **ministère de la sécurité sociale**. L'assurance nationale regroupe l'ensemble des prestations en espèces. Cette assurance fait parti de la sécurité sociale publique. Universelle, elle a vocation à couvrir l'ensemble de la population résident au Royaume-Uni, salariés, travailleurs indépendants et non-actifs. On peut distinguer trois grandes catégories de prestations :

- les prestations contributives qui regroupent les pensions de retraite, d'invalidité, de veuvage, d'accidents du travail, les allocations de chômage et les indemnités de maladie ;
- - les prestations non contributives et non soumises à condition de ressources, parmi lesquelles les allocations familiales, les prestations destinées aux handicapés et les pensions militaires d'invalidité ;
- - les prestations non contributives et soumises à condition de ressources, c'est-à-dire le revenu minimum, les allocations de logement et la prise en charge des impôts locaux.

Comme dans le domaine des soins, depuis quelques années, la protection sociale complémentaire privée s'est beaucoup développée. Elle prend la forme de contrats d'assurances privées offrant par exemple des compléments d'indemnités journalières en cas de maladie, des capitaux-décès... Par ailleurs, de plus en plus, l'Etat incite les salariés à choisir un régime de retraite complémentaire privé et à se constituer, de leur propre initiative, des plans d'épargne retraite individuelle.

5.2.6 – La France (28) :

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (**CNAMTS**) gère deux Branches de la sécurité sociale :

- la Branche Maladie-Maternité-Invalidité-Décès
- la Branche Accidents du travail-Maladies Professionnelles.

La loi du 25 juillet 1994 a rappelé le principe de la gestion distincte de ces deux assurances sociales.

La CNAMTS a notamment pour mission de définir les orientations stratégiques de chacune de deux Branches. Elle anime par ailleurs le réseau des organismes de sécurité sociale qui sont chargés de mettre en œuvre ces orientations : les 128 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les 16 Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) et les 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS- dans les départements d'Outre-mer).

Etablissement public à caractère administratif géré par un conseil représentant les salariés et les employeurs, la CNAMTS est chargée de définir et de mettre en œuvre la politique de prévention et d'assurance des risques professionnels. Elle concourt également, à travers la tarification du risque, à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre des comptes.

Les grandes orientations dans ces trois domaines sont décidées par la commission des accidents du travail- maladies professionnelles (CAT-MP). Composée de façon strictement paritaire, cette commission est assistée par 9 comités techniques nationaux (CTN), organisés par branche d'activité et paritaires eux aussi. Ces comités donnent des avis sur les taux de cotisations, réalisent des études sur les risques des professions qu'ils représentent et les moyens de les prévenir.

En **France**, pour les petites entreprises, le taux de cotisation est fixé en fonction de l'activité exercée, tandis que pour les grandes entreprises, il dépend fortement de la sinistralité observée dans l'établissement. L'existence d'un régime spécial pour l'indemnisation des mineurs fait que le régime général n'a pas, de fait, à supporter le poids très coûteux des silicozes dont cette population peut être atteinte.

Le régime agricole et la MSA (48) :

Le régime agricole dispose de ses propres tableaux de maladies professionnelles applicables aussi bien aux salariés qu'aux non salariés.

Pour mener à bien sa mission de service public, la MSA est organisée en réseau et agit de manière décentralisée.

La Caisse centrale (CCMSA) représente la MSA au niveau national, notamment auprès des pouvoirs publics.

La MSA est le seul régime de protection sociale à prendre en charge, dans son secteur d'activité, la médecine du travail et la prévention des risques professionnels. Elle mène aussi des actions à caractère sanitaire et social en complément de la protection sociale légale, tout en développant des services adaptés aux besoins de l'époque.

Enfin, et c'est l'une de ses principales caractéristiques, la MSA est un organisme mutualiste.

Guichet unique : comme elle gère la protection sociale de façon globale, de la santé à la famille en passant par la retraite et le recouvrement, la MSA est l'interlocuteur unique de ses ressortissants, particuliers ou entreprises.

Les différents régimes (régime général, régime agricole régime des mines) sont réunis au sein des **URCAM** (unions régionales des caisses d'assurances maladies (au nombre de 22).

5.2.7 – Résumé des organismes gestionnaires dans l'ensemble des l'Europe des 15 (38) :

- L'État : au Royaume-Uni et en Irlande.
- Des organismes de droit public souvent à gestion paritaire : en Allemagne, en Autriche, en Italie, au Luxembourg, en France et en Suède.
- Des organismes de droit privé : en Finlande et en Espagne.
- Une gestion mixte "privé/public" : au Portugal, en Belgique et au Danemark.

Remarque : les risques professionnels font l'objet d'une assurance spécifique dans tous les pays de l'Union européenne, sauf en **Grèce** et aux **Pays-Bas**, où ils sont couverts par les assurances maladie et invalidité au même titre que les accidents ou pathologies non professionnels.

5.3 – comparaison des données statistiques dans l'UE ; (37, 49)

5.3.1 - Incidence des accidents graves du travail :

Un accident du travail est «un événement de courte durée survenant au cours d'une activité professionnelle et occasionnant un préjudice physique ou psychologique».

Ces dernières années, **le taux d'incidence des accidents graves du travail a chuté**, à tel point qu'en 2004, il avait diminué de 21 % par rapport à 1998 dans l'EU-25. Il s'agit des accidents ayant entraîné un arrêt de travail de plus de trois jours.

Seuls trois États membres ont enregistré une plus grande incidence des accidents graves du travail en 2004 par rapport à 1998: l'Estonie (24 % de plus), Chypre (3 % de plus) et la Roumanie (également 3 % de plus). L'incidence d'accidents graves en Bulgarie et en Slovaquie a en revanche diminué presque de moitié entre 1998 et 2004. Les États membres de l'Europe des 15 enregistrent tous des baisses de cette incidence.

Dans les figures suivantes sont soulignées en rouge les six pays étudiés en détail dans le chapitre 4 (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Luxembourg et Royaume-Uni).

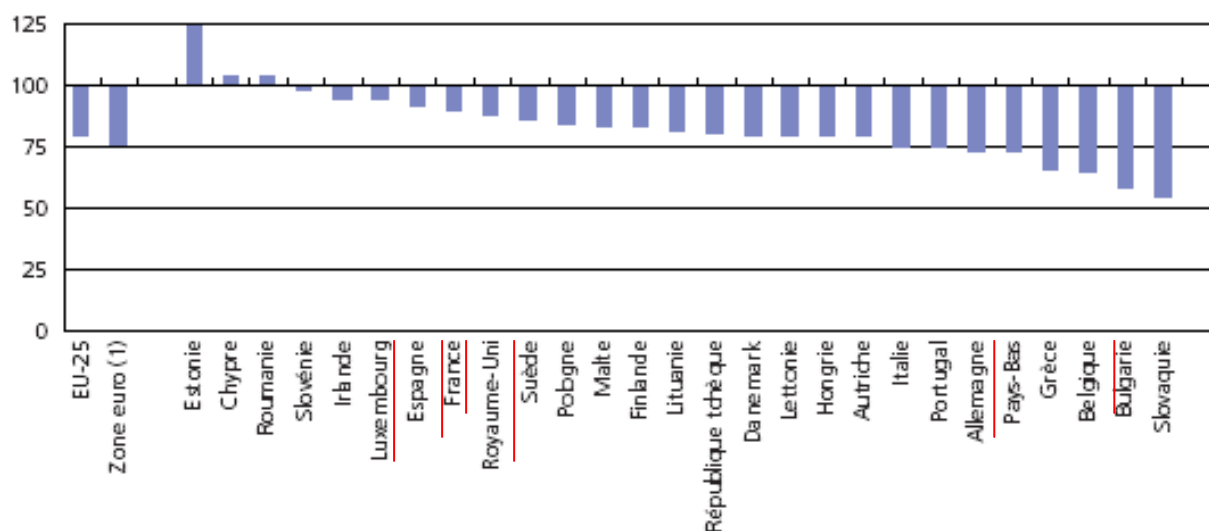


Figure 3 : Incidence des accidents graves du travail en 2004 dans l'Union Européenne

- L'indice montre l'évolution du taux d'incidence des accidents du travail graves depuis 1998 (=100).
- Le taux d'incidence = (nombre d'accidents du travail avec plus de 3 jours d'arrêt de travail survenus durant l'année / nombre de personnes au travail dans la population de référence) x 100 000.
- Sont inclus les accidents durant le travail de la victime hors de l'enceinte de son entreprise, même causés par des tiers et les empoisonnements aigus.
- Sont exclus les accidents sur le chemin du travail, les cas d'origine uniquement médicale et les maladies professionnelles (source Eurostat).

5.3.2 – Incidence des accidents graves par sexe

Les hommes sont particulièrement plus enclins à avoir un accident ou à décéder au travail. Cette propension est due en partie à la plus grande proportion d'hommes qui travaillent dans des secteurs et des professions à plus haut risque. Par ailleurs, les hommes travaillent plus fréquemment à temps complet. Ces caractéristiques expliquent sans doute en partie pourquoi l'incidence des accidents a eu tendance à chuter plus rapidement pour les hommes que pour les femmes.

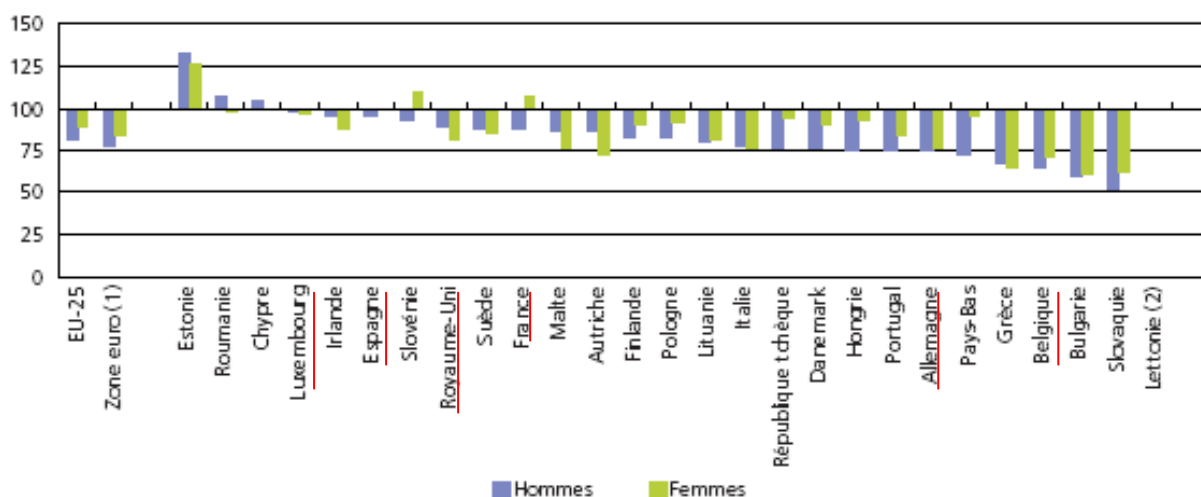


Figure 4 : incidence des accidents graves par sexe en 2004 dans l'Union Européenne

5.3.3 - Incidence des accidents mortels du travail :

Pendant la même période 1998 à 2004, on a assisté à **une réduction** de 24 % des accidents du travail mortels dans l'EU-25 (figure 5 ci dessous).

Il est à noter que ces chiffres reflètent en partie l'évolution structurelle de l'économie européenne vers les services, où les risques d'accidents et de décès au travail sont généralement moindres que dans l'agriculture, l'industrie ou la construction.

La majorité des États membres a enregistré une **réduction** de l'incidence des accidents du travail mortels, bien que ce ne soit pas le cas en Lituanie (+13 %), en Autriche (+7 %), en Roumanie (+3 %), en Finlande (+2 %) et en Allemagne (pas de changement). L'Italie, le Danemark et le Luxembourg ont tous réduit leur incidence d'accidents mortels d'environ la moitié sur la période considérée.

En termes absolus, la plus forte incidence des accidents du travail graves et mortels a été enregistrée dans le secteur de la construction. Les secteurs de l'agriculture et du transport affichent également des valeurs relativement élevées.

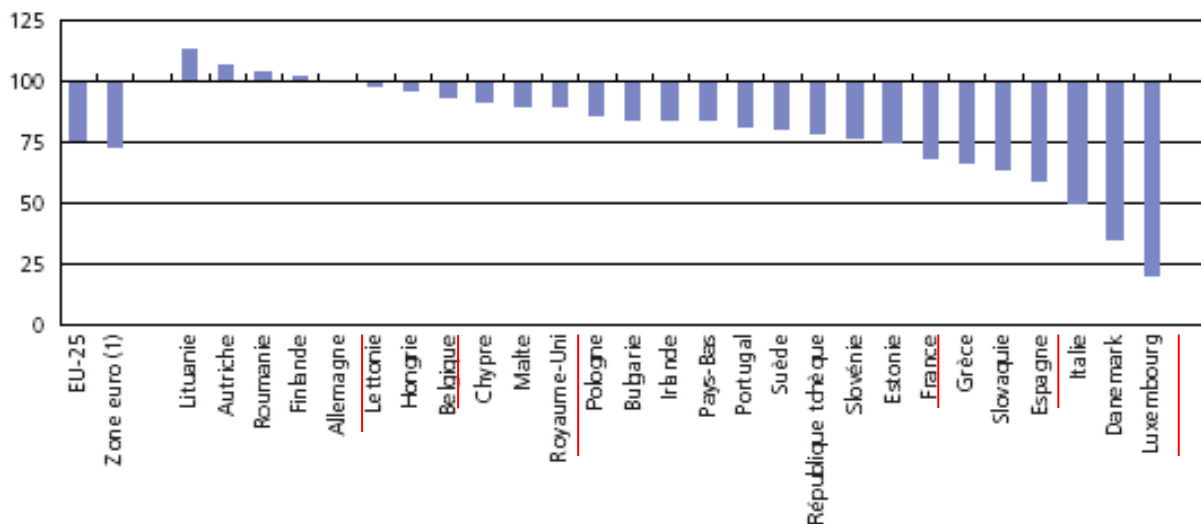


Figure 5 : Incidence des Accidents du Travail mortels en 2004 dans l'Union Européenne

La comparaison des niveaux d'accidents du travail entre pays européens est délicate en raison de l'hétérogénéité des concepts et des modes de mesure.

Les taux de déclaration peuvent varier de façon importante en fonction des systèmes institutionnels nationaux.

La France organise un système de déclaration obligatoire de tout accident du travail (article L 441-1 à L 441-6 du code de la sécurité sociale). Le défaut de déclaration de l'accident par l'employeur à la CPAM est sanctionné pénalement. La France fait ainsi partie des pays qui garantissent un très haut niveau de déclaration des accidents avec arrêt de travail.

D'après les résultats de l'enquête statistique menée par la DARES et l'INSEE sur les conditions de travail en 1998, la France connaît un taux de sous-déclaration très faible.

Les taux de fréquence affichés par d'autres pays peuvent paraître enviables mais sont en réalité tronqués.

En effet, le champ des statistiques n'est pas homogène d'un pays à l'autre car les salariés de la fonction publique sont inégalement pris en compte.

Les statistiques françaises concernent principalement le régime général et ne couvrent pas les fonctions publiques dans leur intégralité, où la fréquence des accidents du travail est peu importante. Compte tenu de ces restrictions, il existe une surévaluation de l'incidence globale des accidents du travail en France par rapport à l'effectif des travailleurs de droit privé ou de droit public.

Ces éléments rendent donc les écarts difficiles à quantifier.

En France (40), les données statistiques établies par la CNAMTS confirment une stabilisation du **nombre d'accidents du travail dans le secteur privé**. Ces données visent l'ensemble des entreprises, y compris celles dont l'effectif est inférieur à 50 salariés (figure 6).

Toutefois, **l'indice de fréquence des accidents du travail** poursuit sa baisse tendancielle. L'indice de fréquence est le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail pour 1000 salariés (figure 7).

L'évolution est remarquable concernant les accidents du travail : en 30 ans, le nombre des accidents du travail avec arrêt a été diminué par 1,5, celui des accidents graves par 2,3 et celui des accidents mortels par 31.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'accidents avec arrêt	711 035 + 3,1%	743 435 + 4,6%	737 499 - 0,80%	759 980 + 3%	721 227 - 5%	692 363 - 4%	699 217 1%	700 772 0,2%
Nombre d'accidents graves	46 085 - 2,1%	48 096 + 4,4%	43 078 -10,43%	47 009 + 9%	48 774 + 3,8%	51 789 +6,2%	51 938 0,3%	46 596 -10,3%
Nombre de décès	743 + 3,3%	730 - 1,7%	730 =	686 - 6%	661 - 3,6%	626 - 5,3%	474 - 24,3%	537 13,3%

Figure 6 : évolution des données statistiques en France
Source CNAMTS

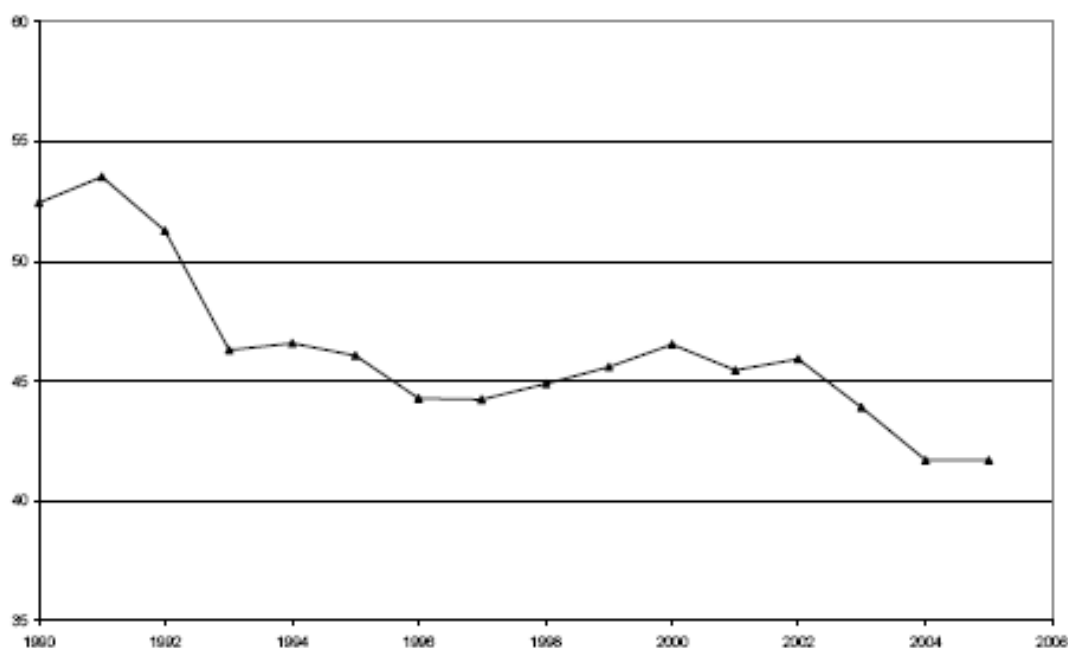


Figure 7 : incidence de fréquence des accidents du travail avec arrêt en France de 1990 à 2006

Accidents du travail chez les salariés agricoles en France

Chaque année, plus de 70 000 accidents, dont moins d'une centaine sont mortels, touchent des salariés dans le cadre de leur activité professionnelle proprement dite.

Près de 45 000 font l'objet d'un arrêt de travail. La fréquence de ces accidents, à hauteur de 34,5 par million d'heures de travail en 2005, baisse depuis 2001, après une période de quasi-stabilité de 15 ans. Ce taux de fréquence annuel peut être très différent selon les activités: de l'ordre de 5 pour les organismes professionnels, mais supérieur à 40 pour les exploitations de culture et d'élevage, et dépassant 80 en travaux forestiers. Selon un autre indicateur, la

fréquence globale, toutes activités confondues, est proche de 60 accidents (avec et sans arrêt) pour 1000 salariés.

L'évolution récente des principaux indicateurs de gravité (taux de gravité, durée moyenne d'arrêt, proportion d'accidents graves, taux moyen d'incapacité) semble traduire une stagnation de la situation; toutefois le nombre et la fréquence des accidents mortels évoluent favorablement.

SECTEURS PROFESSIONNELS	NOMBRE D'ACCIDENTS *			
	avec et sans arrêt de travail	avec arrêt de travail	graves non mortels	mortels
Culture et élevage	25 342	19 321	2 696	28
Travaux forestiers	4 759	3 698	536	3
Travaux agricoles	10 489	8 257	782	7
Artisans	585	455	65	s
Coopération	10 355	7 447	922	9
Organismes professionnels	7 283	2 439	472	s
Divers	4 820	1 408	253	-
Apprentis	3 639	2 879	160	-
ENSEMBLE	67 272	45 904	5 886	52
RAPPEL 2005	64 035	43 852	5 259	76

Figure 8 : détail du nombre d'accidents dans l'agriculture en France en 2006 (statistiques MSA)

5.3.4 - Le taux standardisé d'accidents du travail avec arrêt de plus de trois jours :

Ce taux est passé de 5 689 à 4 615 en France (soit une baisse de 15 %) contre une baisse de 27% dans l'Union européenne (figure 9).

Le taux standardisé d'incidence est égal à (nombre d'accidents du travail avec plus de 3 jours d'arrêt de travail survenus durant l'année / nombre de personnes au travail dans la population de référence) x 100 000. La comparaison des niveaux des indices de fréquence est délicate entre pays, du fait de l'hétérogénéité des concepts et des modes de mesure, mais la comparaison des évolutions dans le temps a une signification plus assurée.

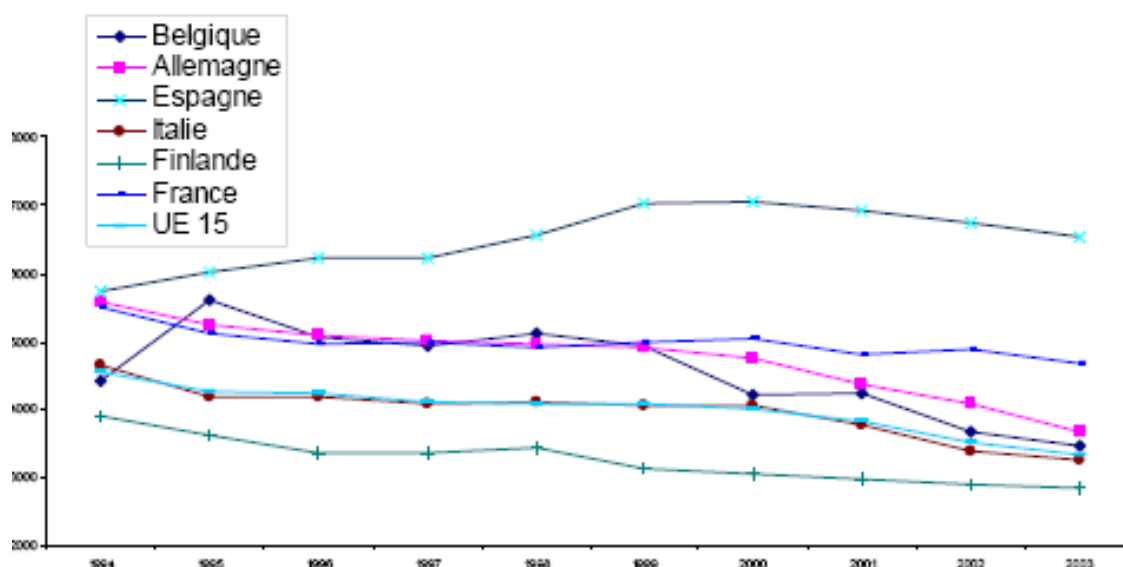


Figure 9 : taux standardisé des accidents du travail en Europe avec plus de 3 jours d'arrêt

5.3.5 - Evolution du nombre de maladies Professionnelles reconnues

En France, ce nombre est en nette augmentation et témoigne d'une prise en considération croissante des pathologies induites par le travail et de l'évolution constante des Tableaux des Maladies Professionnelles aussi bien du Régime général que du Régime agricole.

L'adaptation des tableaux de maladies professionnelles du Régime Agricole français:

Le régime agricole dispose de ses propres tableaux de maladies professionnelles applicables aussi bien aux salariés qu'aux non salariés.

Après plusieurs années d'inactivité, la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (C.O.S.M.A.P.) a entamé un important travail de toilettage des tableaux de maladies professionnelles en agriculture de façon à prendre en compte les nouvelles connaissances scientifiques et techniques, à réduire les écarts qui ont pu exister ici ou là avec les tableaux du régime général et à adapter les dits tableaux aux spécificités de l'agriculture.

Un dialogue social très constructif se déroule au sein de cette commission. Les deux premiers tableaux examinés concernent les surdités professionnelles et les affections liées aux poussières de bois, mais le programme de la commission est très ambitieux puisqu'il vise à revoir l'ensemble des tableaux portant sur les cancers professionnels liés notamment à l'amiante, à la silice ou à l'arsenic.

Les demandes de reconnaissance en 2006

La demande de reconnaissance, effectuée auprès de l'organisme d'assurance contre les maladies professionnelles, vise à faire reconnaître le caractère professionnel d'une pathologie afin d'ouvrir des droits à la victime (ou ses ayants droit), et notamment le versement de prestations.

En comparant les données 2006 avec celles de 2000, l'on constate que le Danemark, la France et la Suède restent les pays dans lesquels sont déclarées le plus de maladies professionnelles, soit respectivement 626, 401 et 349 pour 100 000 assurés.

A contrario, c'est au Luxembourg et au Portugal que les demandes sont les moins nombreuses (respectivement 66 et 80 demandes pour 100 000 assurés).

Plusieurs facteurs peuvent influencer sur le nombre de demandes de reconnaissance enregistrées :

- la connaissance du système qu'en ont les médecins et le grand public d'une part ;
- l'attractivité de la démarche pour la victime d'autre part, sont les principaux facteurs.
- dans une moindre mesure, le caractère plus ou moins ouvert de la procédure peut également avoir un impact sur le nombre de demandes de reconnaissance. Dans six pays, un seul acteur, l'employeur, la victime, le médecin qui diagnostique la maladie, la Caisse d'assurance maladie peut déclencher la procédure. En revanche, en Allemagne et en Autriche, ce sont tous ces différents acteurs qui peuvent le faire.

5.3.6 - L'influence du contenu de la liste de maladies professionnelles dans le nombre de cas reconnus

La plupart des cas de pathologies reconnus comme étant d'origine professionnelle le sont au titre de la **liste nationale** de maladies professionnelles. Une maladie qui ne figure pas sur la liste peut néanmoins être reconnue au titre du "système complémentaire".

C'est alors à la victime d'apporter la preuve du lien entre la pathologie et son exposition professionnelle. Mais, les cas de maladies professionnelles reconnus dans ce cadre sont rares (ils ne représentent que 1 % à 10% des reconnaissances selon les pays).

Le contenu de la liste nationale et les critères légaux appliqués par l'organisme d'assurance sont donc déterminants quant au volume de cas reconnus dans un pays. Or les listes et les

critères diffèrent sensiblement selon les pays, puisqu'il n'existe pas de réglementation communautaire contraignante en la matière.

La **liste européenne des maladies professionnelles** (recommandation européenne) n'a en effet qu'un caractère indicatif (50, 51).

Contrairement à une directive ou à un règlement, une recommandation européenne n'a pas force de loi et n'est pas contraignante pour les Etats membres.

La mise au point d'une liste européenne des maladies professionnelles vise principalement trois grands objectifs:

- une meilleure connaissance du phénomène au niveau européen (collecte et comparabilité des données) ;
- le renforcement de la prévention: les États membres sont invités à définir des objectifs quantifiés en vue de réduire le taux de ces maladies;
- l'aide aux travailleurs touchés qui pourront plus facilement prouver le lien entre leur activité professionnelle et leur affection et demander une indemnisation.

Les Etats membres ont déjà largement appliqué les recommandations de la Commission concernant l'adoption d'une liste européenne des maladies professionnelles (90/326/CEE du 22 mai 1990; JO L160 du 26 juin 1990) et Recommandation 2003/670/CE de la Commission du 19 septembre 2003.

Les connaissances scientifiques sur bon nombre de maladies ayant évolué, elles ont été intégrées dans une nouvelle recommandation (2003), complétée par deux annexes. L'annexe I reprend les maladies directement liées à l'activité exercée. L'annexe II contient les maladies dont l'origine professionnelle est soupçonnée.

Ainsi, l'écart est important entre les pays :

- comme la France et la Suède qui reconnaissent le plus de maladies professionnelles (respectivement 282 et 267 cas pour 100 000 assurés en 2006) ;
- et ceux comme le Luxembourg, l'Italie, l'Allemagne et l'Autriche qui en reconnaissent le moins.

Or l'étude montre que les pays qui reconnaissent le plus de maladies professionnelles sont aussi ceux qui reconnaissent le plus de troubles musculo-squelettiques (TMS). Il s'agit de la France, de l'Espagne, et dans une moindre mesure de la Suède.

Un autre facteur important à prendre en compte est le caractère plus ou moins fort de la **présomption d'origine professionnelle** que confère la liste.

En France par exemple, les "tableaux" de maladies professionnelles désignent les maladies, mais aussi le délai de prise en charge et liste parfois de façon indicative les principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies. Si les conditions de reconnaissance inscrites dans ces tableaux sont remplies, la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie est automatique.

Dans les autres pays, les listes de maladies professionnelles sont souvent moins précises et l'organisme d'assurance compétent enquête davantage au cas par cas sur la possible origine professionnelle de la pathologie.

Enfin, il convient de signaler une particularité propre à l'Allemagne et au Luxembourg. :

Pour certaines maladies fréquemment déclarées (comme les dermatoses, les lombalgies ou les maladies obstructives des voies respiratoires), la réglementation exige pour reconnaître formellement la maladie comme professionnelle et l'indemniser :

- que la gravité de la maladie soit telle que l'assuré soit contraint d'abandonner toute activité professionnelle dangereuse.

Ces situations ne sont pas formellement reconnues comme maladies professionnelles et n'apparaissent donc pas dans les statistiques.

5.3.7 - Évolution des maladies professionnelles : trois groupes de pays distincts

L'observation de l'évolution des demandes de reconnaissance et des cas reconnus sur les cinq dernières années (2002 à 2006) permet de répartir les pays couverts par l'étude en trois groupes en fonction de tendances nettement contrastées (36) :

1- en Allemagne, Belgique, Finlande et Suisse, l'on constate une tendance à la baisse. L'explication donnée est que les risques traditionnels liés au travail sont de moins en moins nombreux.

En effet, certaines activités industrielles se raréfient, voire disparaissent (fermeture des mines de charbon et de houille, réduction des effectifs dans la sidérurgie...) pour laisser place à des activités de type plus intellectuel.

Or les pathologies susceptibles d'être causées par le travail du secteur tertiaire (lombalgies, maladies psychiques...) ne sont pas aussi nombreuses à être reconnues que celles provoquées par ces anciens métiers particulièrement dangereux.

Ces pays avancent également le fait que les efforts de prévention ont porté leurs fruits, qu'il s'agisse de réglementations plus exigeantes ou de pratiques plus efficaces (meilleure surveillance médicale dans les entreprises...).

2- Quatre pays couverts par l'étude enregistrent une certaine stabilité des demandes de reconnaissance et des cas reconnus. Il s'agit de l'Autriche, du Danemark, de l'Italie et de la Suède.

Mais il faut noter qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Par ailleurs, les dernières évolutions réglementaires (voir plus loin) modifieront sans doute la tendance au Danemark et en Italie.

3- Enfin, en Espagne, en France, au Luxembourg et au Portugal, l'on constate une tendance à la hausse. Celle-ci est régulière et accentuée sur toute la période de l'étude 1990-2005 dans les deux premiers pays.

Cette tendance à la hausse s'explique par l'impact évident du contenu des listes de maladies professionnelles et des pratiques de reconnaissance, et notamment par la "généreuse" prise en compte des TMS dans ces pays.

Ces pathologies constituent depuis quelques années la catégorie de maladies professionnelles la plus reconnue, et de manière écrasante en ce qui concerne l'Espagne et la France.

La hausse s'explique également par une prise de conscience croissante au cours des quinze dernières années, tant des salariés que des médecins, du lien possible entre l'activité professionnelle et la pathologie. Et, comme déjà évoqué, les victimes ont une meilleure connaissance du système de reconnaissance des maladies professionnelles.

	1996 ^a	1997 ^a	1998 ^a	1999 ^a	2000 ^a	2001 ^a	2002 ^a	2003 ^a	2004 ^a	2005 ^a	Variation % (2005/2004)
Nombre de maladies déclarées, constatées, reconnues	13 658	15 554	17 722	24 208	30 224	35 715	41 673	44 653	48 131	52 979	10,07%
Nombre de 1 ^{er} règlements ou d'incapacité permanente	10 120	11 588	13 127	17 750	21 917	26 717	31 461	34 862	37 422	41 707	11,45%
Nombre de décès	96	95	104	161	239	365	410	517	522	432	-17,24%

a : dénombrement définitif (dénombrement arrêté au 31 décembre de l'année N+2, connu au 1^{er} semestre N+3).

Figure 10 : évolution du nombre de Maladies Professionnelles reconnue en France de 1996 à 2005 (source CNAMTS)

Maladies Professionnelles chez les salariés agricoles en France

En ce qui concerne les salariés, le nombre total de maladies professionnelles, qui s'était stabilisé en 2004 après une croissance exponentielle, augmente sensiblement en 2005.

L'évolution défavorable depuis 1993 est, pour partie, liée à l'évolution du tableau des maladies professionnelles concernant les affections périarticulaires (n° 39) et à la création en 1999 des tableaux (nos 57 et 57 bis) relatifs aux affections chroniques du rachis lombaire.

5.3.8 - L'évolution des coûts des maladies professionnelles (MP) (52)

En France, ce coût est aussi en nette augmentation et cela de façon proportionnelle au nombre de maladies Professionnelles reconnues sur la même période.

Par exemple en 2006, les 32 500 MP indemnisées au titre des affections péri-articulaires ont engendré la perte de 7 millions de journées de travail et 710 millions d'euros de frais couverts par les cotisations des entreprises.

L'ampleur du phénomène que représentent les TMS (troubles musculo-squelettiques) a conduit l'Etat français à en faire une préoccupation majeure inscrite au Plan Santé au Travail et l'une des priorités de la prévention des risques professionnels.

Sans ces déclarations de MP et sans le coût qu'elles engendrent en terme de réparation envers les salariés par les entreprises, leur reconnaissance et surtout la priorité de leur prévention n'auraient pas évolué au cours des années et les prises de conscience des employeurs et de la société serait encore illusoire.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
coût total des pathologies indemnisées en millions d'euros (M€)	412,11	485,3	630,07	635,25	815,12	1121,46	1246,89	1481,79	1613,50	1733,66
indice (base 100 en 1995)	133	156	203	205	262	361	402	477	520	558

Figure 11 : évolution des coûts des maladies professionnelles en France de 1997 à 2006

Pays	Coût (en millions d'euros)	Population assurée	Ratio pour 100 000 assurés (en millions d'euros)
Allemagne	1 223	34 000 000	3,59
Autriche	29,3	4 248 360	0,69
Belgique	334	2 656 456	12,57
Danemark	67	2 523 878	2,65
Italie	1 069	18 300 000	5,84
Portugal	36,7	5 113 100	0,72
Suisse	46,52	3 442 331	2,11

Figure 12 : coût de la réparation des maladies professionnelles en 2000 en Europe

Pays	Ratio coût MP / coût total risques professionnels	Ratio nombre MP / nombre total d'AT et MP reconnus
Allemagne	16,5%	1,24%
Autriche	10%	0,8%
Danemark	25,9%	13,6%
France	5% à 6%	2,55%
Italie	21%	1%
Suisse	8%	1,38%

Figure 13 : poids des Maladies Professionnelles dans le coût total des risques professionnels en 2000 en Europe

Le premier constat que l'on peut faire est que le ratio « coût des MP » est bien plus élevé que le ratio « nombre ».

Une MP coûte manifestement en moyenne plus cher qu'un accident du travail sans doute en raison de certaines pathologies reconnues en grand nombre et d'une gravité telle qu'elles justifient le versement d'une rente maximale (exemple du mésothéliome).

Ainsi, l'accident du travail peut avoir des conséquences financières et humaines très importantes (33).

La protection assurantielle permet la prise en charge d'une partie des contrecoups de l'accident du travail, pour autant qu'il soit reconnu comme tel.

La personne accidentée elle-même, parfois son entourage, est mobilisée financièrement puisque les indemnités journalières ne compensent qu'une partie de son salaire, sans parler des réductions ultérieures de revenu qui sont susceptibles de découler d'une invalidité ou de

difficultés à retrouver un emploi. La victime voit souvent son pouvoir d'achat et son niveau de vie baisser.

Dans certaines situations, la charge financière est de fait transférée à la famille.

Tous ces éléments représentent une socialisation des coûts des accidents du travail aux dépens de l'ensemble des personnes qui cotisent à l'assurance invalidité et à l'assurance chômage ainsi que des contribuables.

En outre, il ne s'agit ici que des coûts des accidents (ou des maladies professionnelles) reconnus. Le coût des autres atteintes à la santé d'origine professionnelle (englobant les accidents non déclarés, les séquelles d'accidents non identifiées comme telles, mais surtout toutes les maladies liées au travail qui ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles), est en réalité bien plus élevé et les entreprises n'en assument qu'une faible part. Les employeurs profitent donc de la solidarité sociale de l'ensemble de la population.

5.3.9 - Les réformes ou changements réglementaires intervenus ces dernières années

Au Danemark, une réforme de l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

Elle a notamment accompagné l'introduction d'une nouvelle liste de maladies professionnelles. Celle-ci définit désormais des critères moins stricts de reconnaissance pour les maladies déclarées après le 1/1/2005, notamment pour les TMS.

Il faut noter des particularités importantes par rapport aux autres pays que sont l'inscription sur la liste du cancer du poumon lié au tabagisme passif et du stress post-traumatique.

Très récemment, en juillet 2008, l'Italie a également adopté une nouvelle liste de maladies professionnelles, qui en comprend 85 contre 58 pour la liste précédente. La liste est aujourd'hui plus détaillée et ressemble davantage aux tableaux de maladies professionnelles français. Les TMS figurent dorénavant sur cette liste.

Deux pays ont annoncé des réformes relativement importantes de l'assurance « accidents du travail et maladies professionnelles »: il s'agit de la Finlande et du Luxembourg.

6 – DISCUSSION CONCERNANT LA CONFRONTATION DES SYSTEMES DE SST ET DE REPARATION ET DES DONNEES AT ET MP DANS L'UNION EUROPEENNE

Les différents chapitres de ce travail ont clairement fait apparaître que la diversité en matière d'organisation de la SST aussi bien que dans l'abord de la réparation des atteintes à la santé des travailleurs victimes d'Accidents du Travail ou de Maladies professionnelles en Europe est la règle.

Ainsi l'Union Européenne se construit dans le respect de la culture et de l'histoire de chaque Etat membre et recherche une mise en commun non seulement des richesses sur le plan économique mais aussi de valorisation des valeurs humaines.

Des législations nationales radicalement différentes comme celles de la France et du Royaume-Uni, qui constituent en quelque sorte les « bornes frontières » en matière conceptuelle sociologique et économique, cohabitent grâce à cet espace communautaire qui constitue un creuset concourant à l'amélioration de la vie quotidienne des citoyens et des salariés comme l'a prouvé l'histoire et l'ensemble des données statistiques concernant l'UE.

La confrontation des résultats statistiques des AT - MP des Etats Membres, décrits dans le détail dans ce mémoire, avec le type d'organisation de la SST qu'ils ont mis en place font apparaître :

- que quel que soit le type d'organisation de la SST, il n'y a pas statistiquement de système supérieur à un autre, l'évolution des incidences des AT-MP étant globalement à la baisse dans l'ensemble des pays de l'Europe des 15.

En effet dans les deux systèmes extrêmes que sont la France et le Royaume-Uni ne se démarquent pas l'un de l'autre dans leurs résultats. Il en va de même des organisations des autres Etats membres et aucun système ne prend l'avantage sur l'autre.

Cependant des biais dans les résultats existent pour comparer les données entre les pays comme l'inégale couverture des travailleurs indépendants par les organismes nationaux, l'inégal traitement des accidents de mission et de circulation car certains Etats membres n'incluent pas ces données parmi les accidents de travail et les différences de taux de déclaration d'accidents du travail.

Il en est de même des maladies professionnelles du fait de tableaux de reconnaissances de maladies professionnelles variables d'un pays à l'autre avec des maladies non reconnues (exemple des TMS) mais aussi des inégalités dans la catégorisation des salariés, certains pays dans l'agriculture ne retenant dans leurs statistiques que les agriculteurs salariés stricto sensu à l'exclusion des autres salariés.

Le traitement des AT MP par les organismes d'assurance étant différent d'un Etat à l'autre, avec au Royaume Uni une indemnisation forfaitaire faible qui incite le salarié à se retourner contre l'employeur alors qu'en France le système d'indemnisation est tel que son recours engage le salarié à ne pas intenter de procédures contre son employeur, induit des sous déclarations qui peuvent être un biais supplémentaire à la comparaison des données.

Ainsi, si le Royaume Uni et les Etats membres ayant une approche similaire de la SST peuvent s'enorgueillir de résultats flatteurs dans la diminution des AT - MP similaires aux autres systèmes comme la France ou la Belgique, force-est de constater que la couverture, la reconnaissance et la sous-déclaration de ces AT – MP sont certainement sous évaluées dans leurs résultats statistiques bruts.

- Dans les systèmes anglo-saxons, une part plus importante est laissée à la responsabilisation de l'employeur en incitant les salariés victimes d'AT – MP par des indemnités moindres à recourir à des procédures judiciaires en réparation contre ces derniers.

Ceci a le mérite d'alléger la « note sociale » de l'Etat et le coût du travail.

Par contre il est indéniable que le salarié se retrouve moins protégé par les institutions et qu'il est laissé à lui-même dans ses recours.

C'est par l'incitation financière et judiciaire induite par ces recours que ces systèmes souhaitent provoquer des améliorations de la SST. Il en découle que les réparations ne sont pas homogènes et que si certaines peuvent bénéficier de largesses de jugement, elles demeurent juge-dépendantes et donc à fortiori potentiellement inégalitaires.

A l'inverse les systèmes comme la France se substituent à l'employeur et au juge, dans une certaine mesure, dans le souci de ne pas laisser de salariés sur le bord du chemin et de traiter de façon égalitaire et impartiale les cas de chacune des victimes des AT – MP. L'égalité de droit et de traitement est donc la règle mais les indemnisations pouvant en découler sont pré-déterminées et ne peuvent certainement pas atteindre celles d'outre-manche. L'employeur est cependant lui aussi responsabilisé sous une autre forme du fait de cotisation AT – MP proportionnelles à la sinistralité de

l'entreprise, du moins pour les grosses sociétés, les petites entreprises bénéficiant d'un système de mutualisation du risque qui peut freiner la mise en place d'amélioration de la SST.

- Dans son souci de normalisation la France a développé une organisation de la SST et de la médecine du travail jusque dans le détail en répondant aux besoins en santé et sécurité des différentes branches d'activité par des structures spécifiques comme pour l'agriculture ou les mineurs.

Ce souci du détail semble spécifique des systèmes « à la Française » qui a un problème donné répondent par une solution particulière. Ce découplage de la SST régime général / régime agricole (sans parler de la particularité de la Fonction Public tant d'Etat que Territorial) constitue une rareté dans l'UE et si cela peut apparaître comme une redondance, cette organisation semble bien garantir aux usagés et salariés une plus grande proximité dans le traitement de leurs dossiers.

La spécialisation des services (MSA, CDG ...) apporte la garantie de la connaissance du milieu de travail et des acteurs de ces activités dans un souci unique de qualité. Quelques aberrations subsistent, typiquement tricolores, dans cette organisation comme la reconnaissance des diplômes de médecine du travail qui, si son encadrement peut et doit garantir un haut niveau de compétence, ne permet pas de pont entre les différents diplômes reconnus pour exercer la médecine du travail en France.

En effet, les risques professionnels que connaît l'agriculture sont variés et les accidents du travail sont parmi les plus élevés des branches d'activités hors construction.

Ainsi, si le diplôme de médecine agricole permet un exercice dans le secteur à risque de l'agriculture, il ne permet nullement l'exercice dans les autres secteurs d'activité (comme les services interentreprises de l'industrie ou le la fonction publique).

Il existe en particulier dans la Fonction Publique des tolérances d'exercice mais qui ne garantissent pas de protection pour le médecin salarié en cas de litige.

Alors que les autres Etats membres font usage de niveaux de qualification différents de médecins exerçant la médecine du travail (médecin d'entreprise/médecin du travail spécialiste) sans que les résultats de la SST semblent en pâtir, la France malgré la pénurie reste axée sur la seule reconnaissance du DESS, qui est loin de refléter la réalité des situations et des exercices.

Sans aller jusqu'à confier la surveillance des salariés aux seules infirmières (qui restent limitées dans leur exercice comme cela est démontré au Royaume-Uni) ou a des généralistes déjà débordés par la prise en charge du somatique, des passerelles entre la médecine en agriculture et le reste de la SST semble nécessaire et cohérent au regard de l'activité en MSA de ses médecins en tout point similaire au secteur privé ou public effectué par les DESS, les résultats en matière de SST de la MSA témoignant pour eux.

- Quant à la primauté du libre marché sur une organisation de la SST réglementée et normalisée, les dérives de la médecine du travail en Allemagne, qui ont conduit à la création d'organismes de surveillance des médecins du travail libéraux, et du Royaume-Uni avec une « valse » possible des prestataires de SST, témoignent de la fragilité de ce type d'organisation.

Si le libre marché génère de la souplesse, il induit une course à la concurrence économique telle que la quantité des prestations prévaut sur la qualité.

Les récents exemples d'échec d'autorégulation des marchés financiers, toutes proportions gardées, montrent bien que le profit l'emporte à terme sur le simple bon sens.

Le système « doctrinaire » du DESS à la Française qui lui n'apporte ni souplesse ni oxygène au système comme montré précédemment n'est pas non plus la voie de la sagesse.

Ainsi, loin de répondre aux besoins du marché et de garantir la qualité des services, dans un contexte de pénurie grave de la profession, l'orientation d'augmenter l'espacement de la périodicité des visites médicales (53, 54) et de sous traiter certaines activités vers des infirmiers certes du travail, tend à sacrifier, pour que cette doctrine se maintienne, des acquis pour les salariés et les entreprises sous des dehors d'actions recentrées vers le milieu du travail.

- En somme deux conceptions de société s'affrontent, l'une privilégiant l'initiative individuelle régulée par la pression du marché et de la rentabilité économique (pays anglo-saxons), l'autre privilégiant la protection étatique, avec une centralisation des responsabilités et des réparations, dans un souci de normalisation des situations et d'égalité de traitement sans surenchère induite par la concurrence.

A chacun selon sa sensibilité de choisir sa voie.

- Dans le souci de la préservation du bien être et de la santé du salarié, qui est avant tout un être humain, raison pour laquelle la plupart des médecins ont choisi cette vocation, un Etat protecteur et respectueux de ses concitoyens semble être la meilleure des garanties contre les dérives d'un système économique de marchandisation et de déshumanisation des salariés, surtout des plus fragiles.

Le système à la Française avec ses imperfections semble apporter beaucoup de réponses à la problématique de la SST, bien qu'il nécessite des améliorations et qu'il doive s'inspirer de ses voisins sans avoir pour autant ni à rougir de ce qu'il est, ni à se vider de sa substance.

C'est un système qui privilégie la protection de l'individu jusqu'à présenter une structure paternaliste parfois excessive. Ainsi la promotion d'une protection sociale qui réponde aux accidents et maladies de chacun est un devoir de la part des Etats, sinon un droit des citoyens. Cela est d'autant plus vrai quand c'est le travail qui est source de lésions parfois irréversibles voire mortelles.

Chacun est en droit d'en attendre une indemnisation juste et proportionnelle au préjudice subit qui constitue une reconnaissance de la société. La garantie de cette prise en charge systématique sans avoir à formuler soi-même ou ses ayants droit de recours en justice pour obtenir réparation est un gage d'égalité de traitement et de justice impartiale car dégagée de contraintes économiques.

Un zeste de souplesse est cependant à assurer avec l'abandon de réflexes de replis corporatistes, des ponts entre les différentes branches de la médecine du travail étant nécessaires à sa survie et à la pérennité d'un service de qualité.

La pluridisciplinarité qui a été introduite dans les services de SST en est un avant goût et démontre chaque jour sa pertinence même si la collaboration des différents intervenants doit être encore approfondie (20).

De même, une responsabilisation plus forte des employeurs est à envisager et l'expérience du Royaume-Uni qui n'est pas à rejeter en bloc a montré une efficacité certaine. Il convient aussi de repenser la reversion de cotisation du risque des petites entreprises afin que ce ne soit plus une tentation pour les grandes entreprises de leur sous-traiter les activités les plus à risque sous prétexte que ces dernières disposent d'une plus grande mutualisation de la prise en charge de ces risques.

La responsabilisation financière des AT – MP des employeurs doit se coupler avec des services d'inspection du travail efficaces afin de garantir l'application de la législation.

Car qu'on ne s'y trompe pas, le « bâton » avec son coût financier pour les entreprises a été, dans la mise en place des mesures de sécurité, probablement plus efficace que l'appel à la misanthropie.

En conséquence le renforcement des contrôles doit être une priorité et l'indépendance de ces services doit être garantie par l'Etat. Là, la course à la rentabilité prend tout son sens. Les entreprises ont alors un intérêt évident à investir dans la prévention plutôt qu'à payer des surprimes d'assurances qui se majorent au fil des accidents et maladies professionnelles. De plus, ce développement de la prévention leur garantit de ne pas se priver de la productivité de leur main d'œuvre.

- La reconnaissance des Maladies professionnelles est de plus en France une des plus larges des Etats membres.

Pourtant à l'usage dans nos services de SST nous sommes confrontés régulièrement à la sensation que les tableaux de Maladies Professionnelles sont trop restrictifs. Que dire alors de ceux de nos voisins qui pour certains ne prennent même pas en considération les TMS ?

La poursuite du développement des tableaux de maladies Professionnelles tant du régime général que du régime agricole doit être poursuivie afin de répondre aux pathologies et risques émergents ainsi qu'au développement des risques psychosociaux.

En cela le système à la Française présente un net avantage pour les salariés dans la mesure où s'associe à ces listes une indemnisation adaptée.

- Le développement de la prévention n'est rien d'autre qu'une course sans fin après les risques et les mentalités sans une formation adéquate en amont.

L'Etat doit s'impliquer fortement dans la formation que ce soit des acteurs de la SST mais aussi de l'ensemble de la société afin que la prévention soit une partie intégrante de la culture de la nation et de l'Union Européenne.

Certes, il n'y a pas d'activité sans risque et dans un monde en pleine évolution il faut de la réactivité, mais celle-ci ne peut se faire sans discernement et l'action sans réflexion n'est que mouvement. Et ce sont des mouvements à risque.

Ces notions de formations des populations font partie des stratégies 2007-2012 de l'UE en matière de SST.

- Entre ces deux conceptions anglo-saxonne et française, les autres pays de l'UE ont aussi leur originalité et ont développé des stratégies qui mixent les différents systèmes entre eux. Ils n'emportent pas forcément le meilleur des deux mondes ni le plus mauvais d'ailleurs et là aussi aucun système ne prévaut sur l'autre comme le démontre les résultats statistiques des différents Etats.

- La réglementation européenne, aussi contraignante qu'elle soit, a indéniablement amené un semblant d'harmonisation. Elle a également mis en place des gardes-fous pour l'ensemble des systèmes, cela concourant à l'amélioration de la SST dans l'Union comme le montre les résultats des statistiques des nouveaux Etats membres depuis leur candidature puis adhésion à l'UE. Cela les a obligés à des réformes structurelles et institutionnelles importantes.

La confrontation des différents systèmes au sein d'une même Union conduit à repenser pour l'avenir la conception des services de SST et la manière d'appréhender cette problématique.

La réglementation européenne crée un système ouvert de libre concurrence entre les Etats qui loin de les appauvrir les enrichit de l'expérience de chacun sur la base d'un socle commun qu'est l'acte unique européen et la directive cadre 89/391/CEE.

- De fait aucun Etat membre ne peut se prévaloir d'avoir réalisé la synthèse parfaite de tous ces « mondes ». Celle ci reste à faire et c'est l'objet permanent de la succession des plans stratégiques de l'UE.

7 – CONCLUSION

La sécurité et la santé au travail sont inscrites sur l'agenda européen depuis un certain nombre d'années et des évolutions positives ont déjà pu être constatées, que ce soit dans les pays de l'Europe des 15 ou dans ceux nouvellement intégrés. C'est une des priorités de L'Union européenne.

Toutefois, le nombre d'accidents du travail et de maladies d'origine professionnelle demeure à un niveau élevé « inacceptable » avec près de 167 000 décès par an dus à des accidents du travail (7 500) ou des maladies professionnelles (159 500).

Les conséquences humaines et économiques de cette situation sont importantes. La santé de la personne s'en voit affectée, tout comme son emploi, etc.

Réduction de la force de travail, perte de productivité dans l'entreprise, dépenses publiques de santé et de sécurité sociale accrues sont autant de conséquences économiques qui touchent la société en tant que telle.

Si les causes de cette situation sont multiples, l'une des principales explications réside dans l'absence de culture de la prévention des risques de SST.

Cette lacune revêt deux facettes: des connaissances insuffisantes, tant sur les risques existants dans la vie professionnelle que sur la façon de les prévenir.

Pour faire face à ces défis et préparer l'avenir (55), l'Union européenne a déterminé des plans successifs de **stratégie communautaire de santé et de sécurité** (13) dont le dernier 2007 – 2012 Ce plan a pour vocation l'anticipation des risques nouveaux et émergents afin de faciliter les actions préventives. Il se fixe comme priorité de promouvoir la coopération des États membres en matière de recherche et de partage d'informations.

L'incidence des mutations que connaît le monde du travail constitue un défi capital pour l'Union européenne dans le domaine de la SST.

Les changements démographiques (féminisation, vieillissement des salariés...), ainsi que les modifications touchant à l'organisation du travail, aux processus et aux méthodes de production, peuvent engendrer de nouveaux types de risques ou exiger de nouvelles solutions. Les actions dans ce domaine visent à faciliter l'accès aux informations sur les bonnes pratiques à travers l'Europe et à garantir l'échange d'informations sur les solutions aux risques liés à la SST.

L'identification et la diffusion de solutions aux risques en matière de SST complètent obligatoirement la législation et autres mesures relatives à la SST dans les plans stratégiques de l'UE.

Des solutions ont été développées à l'échelle de l'Europe en réponse aux défis rencontrés par les personnes impliquées dans la SST. Il reste à les identifier à l'aide de critères clairs de bonnes pratiques et de garantir l'échange de ces bonnes pratiques à travers l'Europe.

À cette fin, l'Union Européenne encourage la **coopération des États membres** dans le domaine de la collecte d'informations et de la recherche et le partage des connaissances sur les solutions de bonnes pratiques au niveau du lieu de travail.

Elle met en particulier l'accent sur la collecte d'informations techniques vérifiées, validées et de qualité dans différents domaines clés importants pour le développement d'une culture de prévention en matière de SST.

La stratégie communautaire reconnaît la nécessité de recourir à des **mesures incitatives économiques** pour motiver les entreprises à appliquer les bonnes pratiques dans leur travail de prévention.

Bien que l'objectif à long terme soit d'encourager des investissements économiques dans les bonnes pratiques au sein de l'ensemble des organisations, les institutions financières, telles que les compagnies d'assurance, et les organisations susceptibles d'offrir des mesures incitatives économiques constitueront, dans un premier temps, le public cible des campagnes d'information du plan stratégique 2007 - 2012.

La stratégie communautaire invite l'EU-OSHA à collecter et diffuser des informations destinées à soutenir le développement de campagnes de **promotion de la santé au travail**.

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne, tels que le lieu de travail.

Il n'en existe pas deux versions différentes, l'une au travail et l'autre en dehors.

Des conditions de travail sûres et saines associées aux choix de santé personnels de l'individu contribuent à un bon état de santé et, partant, à l'amélioration de la qualité de vie et au prolongement des années de travail en bonne santé.

La stratégie communautaire souligne le fait que les effets positifs des politiques de prévention peuvent être renforcés en encourageant les travailleurs, dans un environnement de travail sain, à adopter des habitudes de vie qui améliorent leur état de santé général, même s'il est clair que l'employeur ne peut être tenu responsable des décisions liées au mode de vie. Les services de médecine du travail et les systèmes de gestion peuvent jouer un rôle majeur à cet égard.

Les priorités spécifiques du plan de stratégie communautaire seront fonction des ressources disponibles et de la participation des parties prenantes, mais pourraient inclure des sujets tels que l'identification et l'élimination des risques pour la santé au travail, la surveillance de la santé des travailleurs, la réduction des conséquences négatives des facteurs psychosociaux, l'activité physique et la prise en charge des accoutumances. Les produits d'information seront suivis d'activités de promotion.

La prise en compte ou l'«**intégration**» de la **SST dans l'éducation** est reconnue dans la stratégie communautaire car elle joue un rôle clé dans le développement d'une culture de prévention, en apprenant aux enfants et aux jeunes adultes à vivre et à travailler en toute sécurité.

La création d'une culture de prévention ne doit pas nécessairement commencer lors de l'entrée dans le monde du travail: La connaissance du risque et les comportements sans risque peuvent être inculqués dès l'enfance de façon à ce que les jeunes aient déjà intégré ces notions avant leur entrée dans la population active.

L'éducation à la santé et à la sécurité au travail devrait donc faire partie des matières enseignées à l'école ou être une matière à part entière dans les filières professionnelles.

Les sujets liés à la SST évoluent à mesure que change la face de l'Europe (**changements sociaux et démographiques**).

De ce fait, le vieillissement de la main d'œuvre, le nombre croissant de jeunes travailleurs occupant des emplois temporaires, l'augmentation de l'immigration et la hausse de la participation des femmes au travail ont tous des conséquences importantes pour la SST.

Ainsi l'Europe communautaire a prouvé depuis sa création son utilité dans la stabilisation des Etats européens, en constituant un espace de démocratie et de développement économique et social durable.

Elle constitue un moteur performant pour l'amélioration des conditions de vie des citoyens des pays membres et entre autre de la sécurité et de la santé au travail comme l'a montré ce travail en reprenant l'historique de la construction européenne et des directives et Traités principaux.

Cette entité européenne, constituée d'Etats-nations, a les inconvénients de ses avantages à savoir un manque de proximité du citoyen et une complexité induite par sa nature d'union de Nations qui rendent opaques son fonctionnement et parfois incompréhensibles ses décisions.

Les Etats entretiennent régulièrement la confusion en invoquant l'Union Européenne lorsqu'ils rencontrent des difficultés et en s'attribuant ses mérites lorsque les décisions de l'UE ont un impact positif et visible.

Sa construction est l'œuvre d'hommes et de femmes qui ont su dépasser le poids de l'histoire et des clivages politiques pour se rassembler sur des valeurs communes humanistes et progressistes.

Demain, cette construction se poursuivra selon la bonne volonté des Etats et des citoyens.

La ré appropriation de l'idée européenne que constitue l'Union Européenne par les citoyens et donc les salariés est une priorité.

C'est elle qui fait bouger les Etats en les rassemblant au-delà de leurs différences, c'est elle qui garantit l'amélioration des conditions de vie et de travail de millions de citoyens, c'est elle qui garantit un avenir progressiste dépassant les seuls intérêts partisans pour l'avenir.

« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose qu'une pierre. Mais de collaborer, elle s'assemble et devient Temple ».

Antoine de Saint-Exupéry

BIBLIOGRAPHIE

- 1 – Commission européenne : Emploi, Affaires Sociales et Egalité des chances
Visite 10 août 2009
Sécurité et santé au travail
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=148&langId=fr>
- 2 – REIF
Galvis-Narino (F), Gouëlle (M).-2009,
Dossier d'actualité, La politique européenne de santé et sécurité au travail
- 3 – Annuaire EUROSTAT 2008, 517-521 p.
Visite 10 juin 2009
Le lien entre les statistiques et les politiques européennes
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001-14/FR/KS-CD-07-001-14-FR.PDF
- 4 – Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
18 décembre 2007
<http://www.temps.travail.gouv.fr/dossiers/sante-securite-au-travail/reperes-historiques/securite-sante-lieux-travail-quelques-reperes-historiques.html>
- 5 – journal officiel n°L 183 du 29/06/1989 p. 0001-0008
Directive 89/391/CEE du conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:fr:HTML>
- 6 – Bienvenue au sénat
Novembre 1999
L'organisation de la médecine du travail
<http://www.senat.fr/lc/lc63/lc630.html>
- 7 – Bureau International du Travail, programme sur la sécurité et la santé au travail et sur l'environnement, Département de la protection du travail
Juin 2000
Sécurité et santé dans l'agriculture
- 8 – Santé et sécurité au travail : l'Europe en panne
Visite 15 juin 2009
<http://www.ilo.org/public/french/dialogue/actrav/publ/126/renaut.pdf>
- 9 – GROSJEAN-JOTHY (A-C).-1996
La Médecine agricole dans les pays de l'Union Européenne : Organisation de la médecine du travail, surveillance et protection sociale des salariés.
Mémoire de Médecine Agricole, 57 p.

- 10 – Wikipédia
Visite 10 août 2009
Accident du travail
http://fr.wikipedia.org/wiki/Accident_du_travail
- 11 – Stratégie européenne 2007-2012
Visite 10 août 2009
25 % d'accidents du travail en moins d'ici 2012-la nouvelle stratégie de l'UE
<http://ec.europa.eu/social/main/jsp?catId=151&langId=fr>
- 12 – Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
Visite 10 août 2009
Agriculture
<http://osha.europa.eu/fr/sector/agriculture>
- 13 – Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail
Décembre 2008
Stratégie de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail 2009-13,52 p.
- 14 – Strasbourg l'européenne : centre d'Information sur les Institutions Européennes
Visite 19 août 2009
Les pays membres de l'Union européenne
<http://209.85.229.132/search?q=cache:JHR6kW8RVRsJ:www.strasbourg-europe-eu/pays-membres,3322,fr.html+strasbourg+l'européenne+les+pays+membres+de+l'union+européenne&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
- 15 – Strasbourg l'européenne, Centre d'information sur les Institutions Européennes
2007
Explications détaillées sur les institutions de l'union européenne
<http://www.strasbourg-europe.eu/explications-détaillées-sur-les-institutions-de-l-union-européenne,3214,fr.html>
- 16 – La régulation européenne des risques professionnels et les relations de travail
Visite 10 juin 2009
<http://latts.in2p3.fr>
- 17 – Strasbourg l'européenne, Centre d'information sur les Institutions Européennes
Visite 19 août 2009
Les grandes étapes de la construction européenne
<http://www.strasbourg-europe.eu/les-grandes-etapes-de-la-construction-européenne,3375,fr.html>
- 18 – EUROGIP infos 57
Septembre 2007
Obligation d'évaluer les risques : quelle transposition de la directive cadre dans l'UE-15 ?
- 19 – Occupational Health Services in Germany-Good care for all according to need
Visite 15 juin 2009
http://www.csgb.gov.tr/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/konfsunum/brigitte_froneberg.doc

- 20 – FERREIRA (M) .-2007
La pluridisciplinarité au sein des services de prévention dans l'Union européenne, Etat des lieux et perspectives en Espagne
Documents pour le médecin du travail, 110, 149-159 p.
- 21 – European Agency for Safety and Health at Work, FORUM 11
Mai 2004
Monitoring occupational safety and health in the European Union, Combining data systems
<http://osha.europa.eu/en/publications/forum/11>
- 22 – NetPME
Mars 2007
La médecine du travail, médecine de prévention
<http://www.netpme.fr/dossiers-drh/943-medecine-travail-medecine-prevention.html>
- 23 – Europa
Visite 22 août 2009
L'organisation Territoriale et administrative de la Pologne
<http://www.unilim.fr/prospeur/fr/prospeur/ressources/membres/pologne/iii/III.i.htm>
- 24 – Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale
18 février 2005
Plan Santé au travail 2005-2009
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/PST.pdf>
- 25 – Ministère du travail, Travailler mieux : la santé et la sécurité au travail
Visite 22 août 2009
Les organismes de la prévention en France
<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-organismes-de-la-preventio-en.html>
- 26 – SERRA (J).-1998
Organisation de la médecine du travail en Espagne
Mémoire de Médecine Agricole, 42 p.
- 27 – Eurogip, Ref.Eurogip-38/F, juin 2009
Point statistique AT-MP BELGIQUE, Collection de données statistiques relatives aux accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) dans les pays de l'Union européenne, 19 p.
- 28 – INRS
Mis à jour 17 juillet 2007
Le système français de prévention des risques professionnels
[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParIntranetID/OM:Rubrique:3E106A8975D7B64DC1256C7100446CAC/\\$FILE/Visu.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParIntranetID/OM:Rubrique:3E106A8975D7B64DC1256C7100446CAC/$FILE/Visu.html)
- 29 – Eurogip, Ref.Eurogip-35/F, décembre 2008
Point statistique AT-MP ITALIE, Collection de données statistiques relatives aux accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) dans les pays de l'Union européenne, 19 p.

- 30 – Revue interrogations n°6
Juin 2008
Partie thématique, Accidents du travail; la régularité de l'improbable
<http://www.revue-interrogations.org/article.php?article=131>
- 31 – Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
Visite 10 août 2009
Statistiques
<http://osha.europa.eu/fr/statistics>
- 32 – Eurogip, Ref.Eurogip-37/F, janvier 2009
Point statistique AT-MP ESPAGNE, Collection de données statistiques relatives aux accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) dans les pays de l'Union européenne, 23 p.
- 33 – centre pour la recherche économique et ses applications
2004
Santé et sécurité au travail.Quelques éclairages économiques et internationaux
<http://www.cepremap.ens.fr/depot/docweb/docweb0501.pdf>
- 34 – Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
13 juin 2008
Réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles grâce à une meilleure évaluation des risques
<http://osha.europa.eu/fr/press/press-releases/reduire-les-accidents-du-travail>
- 35 – Organisation internationale du travail, journée mondiale de la santé et de la sécurité au travail 2009
Avril 2009
Le point sur la santé et la sécurité au travail
- 36 – EUROGIP infos 61
Septembre 2008
EUROGIP publie les résultats d'une nouvelle étude sur les maladies professionnelles en Europe
- 37 – Annuaire Eurostat 2008, 189 – 216 p.
Visite 10 juin 2009
La Santé
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001-03/FR/KS-CD-07-001-03-FR.PDF
- 38 – EUROGIP
Janvier 2005
La branche « accidents du travail-maladies professionnelles » dans les pays de l'UE-15
http://www.eurogip.fr/docs/EUROGIP_18F_La_branche_AT-MP_dans_les_pays_de_l_UE_15_janvier_2005.pdf

- 39 – agri-info.eu
Visite 13 août 2009
Santé et sécurité au travail
http://www.agri-info.eu/francais/t_safety.php
- 40 – Délégation aux Affaires Européennes et Internationales, octobre 2008
8^{ème} Rapport D'application De La Charte Sociale Européenne Révisée Du Conseil De L'europe, 56 p.
- 41 – agri-info.eu
Visite 13 août 2009
Santé et sécurité au travail : comparaison entre les pays
http://www.agri-info.eu/francais/tt_safety.php
- 42 – Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
Visite 10 août 2009
L'agriculture dans l'UE : informations statistiques
http://osha.europa.eu/fr/sector/agriculture/eu_stats
- 43 – Conférence internationale du travail, 89^{ème} session 2001, Rapport IV (2B)
Sécurité et santé dans l'agriculture, 30 p.
- 44 – LARRAT (J-P), CHRETIEN (J-C), VIAROUGE (N).-2007,
L'observation des risques professionnels et du machinisme agricole
La revue du praticien,57,29-32.
- 45 – Bienvenue au sénat
Visite 10 juillet 2009
Note de synthèse
<http://www.senat.fr/Ic/Ic10/Ic100.html>
- 46 – Eurogip, Ref.Eurogip-31/F, mai 2008
Point statistique AT-MP ALLEMAGNE, Collection de données statistiques relatives aux accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) dans les pays de l'Union européenne, 12 p.
- 47 – Coopération sociale européenne
Visite 10 juillet 2009
Fiche de synthèse, Royaume-Uni « Le National Health Service : une institution pérenne en pleine transformation »
[http://www.cse-d.eu/csesite/accueil.nsf/url/rattachementfichesml/\\$file/fiche_synthese_RU.pdf](http://www.cse-d.eu/csesite/accueil.nsf/url/rattachementfichesml/$file/fiche_synthese_RU.pdf) de
- 48 – Mutuelle Santé Agricole
5 février 2009
La MSA au service des territoires ruraux, carte d'identité
http://www.msa.fr/front/id/msafr/s1096461900275/S1096559781098/S1098122682370/publi_Carte-d--39-identite.html

49 – EUROSTAT

28 avril 2004

Les accidents du travail dans l'UE, diminution des accidents du travail graves et mortels dans l'UE

http://www.amblav.it/Download/EUROSTA-Comunicato_55-2004_del_28-4-2004.pdf

50 – EUROPA

Visite 10 juillet 2009

Liste européenne des maladies professionnelles

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/c11112_fr.htm

51 – Prevent

Visite 10 juillet 2009

Nouvelle liste européenne des maladies professionnelles

<http://fr.prevent.be/net/net01.nsf/p/E7D8B49B64073D2CC1256DC700359828>

52 – Eurogip, Ref.Eurogip-08/F, août 2004

Coût et financement des maladies professionnelles en Europe, 16 p.

53 – Lamy social 2009

Visite 10 août 2009

Médecine du travail, le nouveau projet d'accord patronal sur la médecine du travail

<http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/13517/le-nouveau-projet-d-accord-patronal-sur-la-medecine-du-travail.html>

54 – Bienvenue au Sénat

JO Sénat 25 décembre 2003, page 3677.

Devenir de la médecine du travail, question écrite n°10397 de M. Gilbert Chabroux (Rhône-soc)

<http://www.senat.fr/questions/base/2003/qSEQ0331210397.html>

55 – L'est-éclair

Paru le 31 juillet 2009

La médecine du travail redoute de disparaître

http://www.lest-eclair.fr/index.php/cms/13/article/334455/La_medecine_du_travail_redoute_de_disparaitre

Résumé

L'Europe Communautaire s'est construite initialement pour répondre aux besoins économiques dont avaient besoin les pays européens au lendemain de la deuxième guerre mondiale. A cette fin cet espace européen avait besoin d'une coopération des Etats acceptant de participer à cette nouvelle aventure afin de garantir un espace de paix et de prospérité. Les institutions européennes ont été créées pour répondre à ce défi de la création d'une nouvelle structure continentale et ce travail reprend l'histoire de la construction de l'UE et de ses institutions ainsi que de la législation qui en découle. C'est autour de valeurs humanistes communes qu'a progressé cette législation européenne et ses implications dans les Etats membres avec le développement d'un marché commun ont nécessité le partage de réglementations minimales. Cela a conduit à la création d'une législation spécifique de la santé et de la sécurité au travail. Ce travail est l'occasion de détailler l'organisation de la médecine du travail, de la sécurité et de la santé au travail (SST), des systèmes de réparation des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles dans six Etats membres. De plus est réalisé un bilan statistique sur les Accidents du travail et les Maladies Professionnelles sur ces dernières années et plus particulièrement dans ces six derniers Etats. Au regard de ces résultats est réalisée une confrontation des différentes organisations de médecine du travail et de santé et sécurité au travail à la lumière des résultats statistiques des Accidents du travail et des Maladies Professionnelles. Enfin cette confrontation permet de faire ressortir les points d'intérêt des différents types d'organisation de la sécurité et de la santé au travail dans l'Union Européenne et d'en déduire d'éventuelles améliorations à apporter à nos systèmes dans l'avenir de la construction européenne.

Mots clés : Médecine du travail ; Union Européenne ; Service de Santé et de sécurité au travail ; Accidents du Travail ; Maladies Professionnelles ; Agriculture.

Abstract

The Europe Community was originally built to meet the economic requirements needed by the European countries after the Second World War. To this end the European space needed cooperation of states agreeing to participate in this new adventure to secure the area of peace and prosperity. The European institutions have been created to meet the challenge of creating a new continental structure and this work tells the story of the construction of the EU and its institutions and the ensuing legislation. It is about common human values has increased the EU legislation and its implications for Member States with the development of a common market required the sharing of regulatory minimum. This led to the creation of specific legislation for health and safety at work. This work is an opportunity to detail the organization of occupational health, safety and health (OSH) system in repair of Labor Accidents and Occupational Diseases in six member states. More is done on a statistical work accidents and occupational diseases in recent years and especially in those six states. In view of these results is made comparisons of different organizations and occupational health and safety in the light of statistics of occupational accidents and diseases. Finally, this confrontation brings out points of interest of different types of organization of safety and health in the EU and suggests possible improvements to our systems in the future European construction.

Keywords: Occupational medicine; European Union; Department of Health and Safety at Work Accidents of Labor Occupational Diseases; Agriculture.