



www.medecinedutravail-syndicat.org



N°45

# SOMMAIRE



- 2 Approche politique
- 10 Lettre à J.F. COPE
- 14 Propositions - Enjeux
- 18 Bulletin d'adhésion
- 20 Démantèlement en catimini

L'espace du Médecin du Travail, revue trimestrielle  
du SYNDICAT GENERAL DES MEDECINS DU TRAVAIL "SGMT"

#### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Bernard Salengro

#### COMITÉ DE LECTURE

Claudine Casagrande, Martine Delherm, Henri Kirstetter,  
Jean Nœuveglise, Patrice Fortin

#### RÉDACTION

"L'espace du Médecin du Travail"  
SGMT, 39, rue Victor Massé - 75009 Paris  
Tél. : 01 48 78 80 41  
Fax : 01 40 82 98 95

#### PUBLICITÉ

Régies Cadres  
Laurence Verrecchia  
59-63 rue du Rocher - 75008 Paris  
Tél. : 01 55 30 12 89  
regie@cfecgc.fr

#### CONCEPTION-MISE EN PAGE

Ça Imprime ! - Tél. : 09 72 98 50 63

#### IMPRESSION

Groupe Imprimerie La Fertoise - ZA La Cibole - BP 115 -  
72405 La Ferté-Bernard Cedex - Tél. : 02 43 93 00 05  
Crédit photo : ©Dmytro Konstantynov, drubig-photo, DURIS Guillaume,  
laurent hamels, Lisa Eastman, NJ, Tund - www.fotolia.com  
Le service de cette revue est assuré à tout adhérent du SGMT  
Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 1996  
Commission paritaire : 0913 S 06450

#### ABONNEMENT

Abonnement annuel : 50 euros  
Le numéro : 15 euros

Si vous ne souhaitez plus recevoir cette revue, nous vous prions  
d'en faire part à la rédaction en joignant l'étiquette d'expédition.

Les articles publiés dans le cadre des Tribunes Libres ne sont  
en aucun cas l'expression officielle du Syndicat et n'engagent que  
la responsabilité de leurs auteurs.

Ils sont les témoins du dialogue que nous voulons créer de manière  
permanente avec nos lecteurs.

# Le dossier de la médecine du travail ou de la santé au travail : dits et non-dits

## INTRODUCTION

Comment remplacer un système protecteur des salariés et contraignant pour les entreprises et l'état pour

Un système protecteur des entreprises, dégageant la responsabilité de l'état et contraignant pour les salariés

Ou dit autrement revenir du système de la libération en 1946 du Professeur DESOILLE au système de Alexis CARREL et de l'eugénisme de l'époque du Maréchal Pétain en 1942.

## LE CONTEXTE

Nous sommes dans la situation du travail et non dans la vie courante, ce qui veut dire que l'on ne s'appuie pas sur les droits du citoyen vis à vis d'autres citoyens, c'est-à-dire une égalité des droits mais l'on est dans la situation du lien de subordination juridique qui caractérise la relation du salarié vis-à-vis de son employeur. Le salarié a son travail dont les modalités sont prescrites formellement par son employeur d'où la responsabilité pleine et entière de l'employeur. C'est la différence entre un salarié et un artisan. Viennent pondérer la situation les règles du « métier » (soit non écrit et relevant de la tradition et du bon sens, soit écrit comme cela peut être le cas pour certains métiers spécifiques comme ceux de la santé par exemple) voire les règles de droit public et du droit du travail. Enfin il faut également tenir compte pour une compréhension exhaustive de la situation de la différence entre le travail prescrit (par l'employeur, par les règles et les normes) et le travail réel qui n'est jamais le même mais le fruit d'une négociation du salarié avec les différentes contraintes qu'il rencontre.

Pour être complet rappelons que ce lien de subordination s'accompagne d'un environnement de réparation très particulier et propre aux situations de travail. Il s'agit essentiellement du fruit d'un échange entre l'immunité civile de l'employeur (malmené depuis 2002 avec l'obligation de résultat de sécurité) et la présomption d'imputabilité pour le salarié qui n'a pas à faire la preuve du lien de cause à effet. L'aspect pervers du système étant que si cette indemnisation a pu paraître favorable et équilibrée en 1898, c'est actuellement la



moins bonne indemnisation de tous les systèmes, car plafonnée (ce qui est tout à fait néfaste pour ceux qui sont au dessus du plafond de la sécurité sociale), car révisable (à la différence des autres systèmes juridiques), car barémisée sur des lésions physiques essentiellement (ce qui fait que les lésions en rapport avec le stress et les risques psychosociaux ne sont pas prises en compte). Il était important de rappeler ce niveau d'indemnisation car il génère un niveau de cotisation très faiblement motivant pour les entreprises : ce n'est guère rentable de faire de la prévention !

## PRÉSENTATION RAPIDE

La **médecine du travail** est une spécialité médicale qui concerne la prévention des atteintes à la santé des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles).

Au niveau de la prévention primaire, la médecine du travail



évalue les dangers sur l'homme des ambiances de travail nocives (risque toxique, conditions d'éclairage, manutention de charges, gestes répétitifs, stress professionnel, etc.) ainsi que les contraintes physiques ou mentales qui s'exercent sur lui. La prévention secondaire s'exerce par la surveillance médicale des travailleurs: visites d'embauche, visites périodiques, visite de pré-reprise et de reprise après un arrêt du travail. Les travailleurs bénéficient d'une surveillance médicale renforcée en cas d'exposition à des risques particuliers (travail sur écran, travail à la chaleur ou exposé au bruit, travail de nuit, etc.).



La médecine du travail est une institution créée par la loi de 1946 qui constitue le cadre légal d'exercice de cette spécialité pour les entreprises et les salariés du secteur privé.

Depuis la transposition en droit français de la Directive européenne 89/391/CEE du 12/06/1988, les activités de protection des travailleurs et de prévention des risques professionnels doivent être organisées et attribuées dans toutes les entreprises du privé.

Cette obligation ne pose pas de problème aux entreprises de grande taille, où elle est prise en charge par un département hygiène sécurité, renforcé à l'occasion par l'intervention de cabinets spécialisés. Pour les entreprises de petites taille, PME et TPE qui ne peuvent héberger une telle expertise, la Commission européenne a admis que cette obligation puisse être remplie par l'adhésion à un service interentreprises. Etant donnée l'existence, en France, d'un réseau de Services interentreprises de médecine du travail, il a été logiquement proposé de lui faire porter cette nouvelle mission, ce que la

Commission a accepté, sous réserve que ce réseau évolue de la médecine du travail **vers la santé au travail** en intégrant de nouvelles pratiques dépassant la seule médecine du travail dans son approche purement clinique.

Cela aurait pu être traduit par la nécessité pour les médecins de sortir de leurs cabinets médicaux et d'aller sur le terrain, ce qui commençait à se faire depuis 1979 et qui correspondait bien à l'esprit de la loi fondatrice de 1946 !

Cela a été traduit par la nécessité de nouvelles compétences, complémentaires de celles des médecins du travail, compétences certes nécessaires mais surtout compétences pour remplacer les médecins qui étaient vécus comme des gêneurs par le patronat du fait de leur statut d'indépendance et d'exception que n'ont pas eu malheureusement les porteurs de ces nouvelles compétences.

Cette évolution a été actée par la réforme de 2004 qui a inscrit l'exercice de la médecine du travail dans le cadre plus large de **la santé au travail**, qui inclut la prévention collective menée en mode pluridisciplinaire avec les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), avec des problèmes statutaires (nous le verrons plus loin) qui perturbent leur fonctionnement.

Dans le nouveau dispositif de santé au travail, les compéten-



ces médicales sont ainsi complétées par une approche technique et organisationnelle délivrée par des intervenants en prévention des risques professionnels (techniciens et ingénieurs hygiène et sécurité, hygiénistes du travail, ergonomes, épidémiologistes, psychosociologues du travail, etc.).

### APPROCHE POLITIQUE

On le verra dans l'approche historique deux dynamiques se croisent, se renforcent et s'affrontent tour à tour ce sont les dynamiques du progrès des connaissances (médicales, ergonomiques, toxicologiques, psychologiques, sociologiques etc..) et de l'enjeu du bénéficiaire final : les salariés ou l'entreprise d'abord.

La **dynamique de l'enjeu est souvent occultée** alors qu'elle est fondamentale pour la compréhension du système et de sa négociation : l'enjeu est l'appropriation du système au bénéfice des salariés ou au bénéfice des employeurs.

Ainsi le même système médico-ergonomique peut :

- Soit **faciliter la production et la valeur ajoutée** en sélectionnant la main d'œuvre, en aménageant les postes de travail de manière optimale pour la production, en externalisant les blessures vers un système de soins et d'indemnisation qui n'a rien à voir avec l'entreprise (l'assurance maladie et les mutuelles plutôt que la prise en compte au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, le premier étant abondé par les cotisations des salariés tandis que le second l'est par celle des entreprises).
- Soit tout aussi bien n'avoir comme but **que la seule protection des salariés** indépendamment des répercussions sur l'entreprise et l'indemnisation. Système responsabilisant les entreprises en répercutant clairement les coûts des accidents du travail et des pathologies professionnelles, l'intérêt de cette répercussion directe étant de rendre, par voie de conséquence, la prévention rentable pour l'entreprise. C'est une protection des salariés par un dépistage précoce des affections professionnelles, une écoute ergonomique du vécu de leurs conditions de travail dans un cadre éthique et déontologique de la médecine du travail pour orienter une action d'analyse et de conseil sur les conditions d'emploi et de travail. Approche réalisée par les médecins du travail avec d'autres professionnels qui partagent la même démarche exclusivement au service de la santé des salariés.

### L'ENJEU DE FOND

L'enjeu de fond n'est pas dans les détails du système, ni même dans le choix des acteurs (médecins, pluridisciplinaires, infirmières...), l'enjeu de fond se situe au niveau du but de ce système :

- **est-il protecteur des salariés** dans le cadre de leur travail, ce que nous ne pouvons qu'approuver en tant qu'organisation syndicale,

ou

- **est-il dangereux pour les salariés** car permettant aux employeurs d'avoir une meilleure connaissance médico-génético-psycho-ergonomique des salariés et, de ce fait, facilitant la main mise des employeurs sur les salariés, ce que la confédération ne peut accepter !

Une fois l'enjeu protecteur déterminé, les choses découlent d'elles-mêmes : Il faut des **acteurs compétents, pro-actifs et indépendants** des pressions patronales. Il faut une organisation qui réponde à cet objectif avec une structuration des acteurs logique avec leur formation et leur action.

Le but étant déterminé, les acteurs déterminés ainsi que leur organisation, il reste à mettre des **traces administratives**, des documents incontournables qui devront être produits par ce système !

**Toute cette construction existe autour des médecins du travail et de leurs collaborateurs**, un système comme une belle automobile dans laquelle le conducteur n'a pas envie d'aller là où c'est prévu et dans laquelle l'essence n'est pas toujours présente.

Ce qui peut se traduire par :

### les problèmes fondamentaux qui sont

- la gouvernance qui ne doit plus être patronale mais au minimum **paritaire avec présidence alternée** (c'est le problème du conducteur de l'automobile)

→ **l'indemnisation des maladies en rapport avec le travail doit être beaucoup plus proche de la réalité** et sa répercussion financière plus accentuée sur les entreprises qu'elle n'est actuellement. (c'est le problème de l'essence sans laquelle le moteur ne tourne pas). Ceci afin qu'il devienne rentable pour l'entreprise de faire de la prévention, ce qui est le cas aux USA mais pas en France (cf les travaux de Eskenazy).

Le reste des problèmes sont des détails de fonctionnement entre professionnels qui manquent surtout d'une forte attente des entreprises dans leur prestation et d'une gouvernance qui leur permette de travailler.

## APPROCHE HISTORIQUE

### Des médecins du travail en Égypte, dès la IV<sup>e</sup> dynastie

Dès la IV<sup>e</sup> dynastie (2575-2465 av. J.-C.), certaines communautés égyptiennes connaissaient une organisation sanitaire.

Methen (IV<sup>e</sup> dynastie) porte le titre de « *médecin des colons* » (médecin des cultivateurs rattachés à un domaine).

Sous la XIX<sup>e</sup> dynastie, des documents signalent « *un chef de médecins de la nécropole thébaine* ». Ces médecins étaient affectés aux travailleurs du chantier de la nécropole. Ainsi Nefer Hé, selon le papyrus de Leyde de 1350 av. J.-C. (XIX<sup>e</sup> dynastie), était « *médecin du temple funéraire* ».

En étudiant les graffitis des parois d'une carrière de Hatnoub (ville de la moyenne Égypte, au sud d'Hermopolis, sur la rive orientale du Nil) qui exploitait la calcite, pierre nommée « albâtre égyptien », on découvre les prémices d'une véritable organisation médicale dans les mines et les carrières.

### Des réflexions anciennes pour un modèle unique dans le monde

Au cours des temps, de longues réflexions ont conduit des

hommes de savoir, penseurs et philosophes de toutes opinions et religions, médecins, scientifiques et hommes politiques, à développer le concept d'une médecine réservée au monde du travail. Leur curiosité les a conduits à la découverte des conditions d'hygiène et de sécurité dans le travail avant de les inciter à définir des règles de nature à préserver la santé des travailleurs. Nombreuses ont alors été les expériences et les études.

### Colbert

Les premières traces historiques d'une santé au travail apparaissent clairement chez COLBERT dans une ordonnance royale du 15 août 1689 pour l'assistance aux travailleurs des arsenaux. Déjà Jean Fernel (1497-1558), médecin de Henri II, décrivait la colique de plomb chez les peintres.

### Prise de conscience du monde européen du travail

Le XVIII<sup>e</sup> siècle européen marque cette grande époque de prise de conscience du monde du travail par l'apparition de divers mouvements fondamentaux d'action sociale. Les affrontements de ces courants idéologiques donnèrent naissance à des idées nouvelles en rapport avec les tâches quotidiennes des travailleurs, et qui finirent par s'imposer progressivement. C'est ainsi que peu à peu s'affirme la nécessité de prendre en compte les effets des gestes familiers des travailleurs sur leur santé, à une époque où le travail est souvent pénible et dangereux, use prématurément les organismes et où la mortalité dans le monde ouvrier est importante.

### Ramazzini Bernardino, précurseur de la médecine du travail



Ce médecin italien (1633-1714) est le précurseur incontesté de la mise en évidence et de l'étude de la pathologie professionnelle. Animé par la volonté d'améliorer les conditions de travail de ses contemporains, il n'hésite pas à se déplacer et à rencontrer les ouvriers et les artisans afin de mieux connaître l'origine de l'influence de l'environnement professionnel sur les maladies.

### Une méthode intemporelle

« Je ne me suis attaché, en parcourant les boutiques des ouvriers (qui sont à cet égard la seule école où on peut s'instruire), qu'à décrire ce qui peut intéresser les curieux et surtout fournir des moyens de guérir ou de prévenir les maladies qui attaquent les artisans. Je conseille donc au médecin qui visite un malade du peuple de ne point lui tâter le pouls aussitôt qu'il est entré, comme on a l'habitude de faire sans même avoir égard à la vie d'un homme, mais plutôt de se croire un véritable juge et de s'asseoir quelque temps sur un simple banc comme sur un fauteuil doré ; et là, d'un air affable, d'interroger le malade sur tout ce qu'exigent et les préceptes de son art et les devoirs de son coeur. Il y a beaucoup de choses qu'un médecin doit savoir, soit du malade, soit des assistants ; écoutons Hippocrate « Il faut lui demander ce qu'il sent, qu'elle en est la cause, depuis combien de jours » ; mais à ces questions qu'il me soit permis d'ajouter : « et quel métier fait-il » (Ramazzini Bernardino, *De morbis artificum (traité des maladies des artisans)*, préface, Padoue, 1700) »

### Une préoccupation constante des penseurs, des hommes politiques et des scientifiques

Le bouleversement du comportement des hommes face au travail s'est imposé ensuite sous l'impulsion d'hommes politiques (Proudhon, Guizot, les saints-simoniens...), de médecins (Louis René Villermé...) et au travers des pensées socialistes et chrétiennes du début de l'ère de l'industrialisation. C'est ainsi qu'au XIX<sup>e</sup> siècle les dirigeants de la Société Industrielle de Mulhouse ont été amenés à s'intéresser aux conditions de travail et à la santé de leurs ouvriers, même si on peut penser que leurs motivations tenaient principalement à la nécessité de préserver la stabilité de leur main-d'oeuvre et de maintenir les ouvriers dans des conditions physiques convenables et propices à un certain niveau de rendement au travail.

Le développement industriel, très rapide, et l'organisation du travail, soumise aux règles édictées par le profit, ont dicté et généré de telles initiatives bien avant que ne s'instaure une véritable évolution des esprits face aux aspects néfastes, voire dangereux, de la situation des ouvriers.



La révolution industrielle fit exploser ces problèmes de santé, le Docteur L.R.VILLERME en tira un rapport sur l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures. Ce rapport provoquera la première loi sociale en France : **la loi du 22 mars 1841** interdisant l'admission des enfants au travail avant l'âge de 8 ans, elle fixe également

**la durée de travail journalière** à 8 heures pour les enfants de 8 à 12 ans, à 12 heures pour les enfants de 12 à 16 ans.

**Orfila (1783-1853)** est considéré comme le fondateur de la toxicologie avec son fameux traité.

La physiologie du travail apparaît dans cette dernière partie de siècle avec les Prs MAREY, MAGENDIE, CLAUDE BERNARD.

### 1855 Maillard de la Gournerie

Dès 1855 le problème surgit dans les propos de **Maillard de la Gournerie**, polytechnicien, ingénieur des Ponts et Chaussées, déclarant au CNAM que « cet enseignement (la santé au travail) serait dangereux, **toujours en lutte avec les nécessités de la fabrication même**, l'hygiène aurait souvent à critiquer la disposition des ateliers, la plupart des procédés industriels; elle serait toujours en opposition avec l'enseignement technique des autres chaires ».

Si quelques éléments du patronat, mus par une culture chrétienne, mirent en place une médecine d'usine, beaucoup le firent car ils s'étaient aperçus que des travailleurs en bonne santé étaient source d'une meilleure productivité.

Face à cette récupération de la médecine du travail d'alors par le patronat de l'époque il fut constitué un corps de médecins indépendants qui fit d'ailleurs l'objet de vives attaques des employeurs qui leurs reprochaient d'encourager les ouvriers à se reposer sous le couvert de l'assurance contre les accidents du travail.

Pour se donner une idée de la situation d'alors on peut relire les écrits de Zola très bien documentés ou simplement cet article du Figaro en date du 29 août 1894 :

« nous pourrions citer une maison, ou journallement 48 ouvrières brossent des chapeaux de soie avec des sels de plomb. En 3 ans leur compte est réglé. Le patron éviterait 48 assassinats en remplaçant le sel de plomb par le sel de zinc, mais il perdrait 8,5% de ses bénéfices. Il n'hésite pas ».



#### 1904 Georges Clémenceau,

Georges Clémenceau, avant d'être l'homme politique célèbre, le tigre, était médecin à Montmartre et s'occupait des peintres à la céruse (le plomb qui donne le saturnisme première maladie professionnelle reconnue grâce aux écrits de G. Clémenceau). Dans un article paru le 4 août 1904 en première page :

« Après tous, on n'a pas plus **le droit de tuer une créature humaine par l'excès de travail**, que par le fer, le feu ou le poison. On limita les heures de travail pour donner à la vie humaine une première garantie élémentaire. Les hommes socialement forts, qui trouvaient plus avantageux d'abuser à leur guise des hommes spécialement faibles, firent entendre plus de plaintes que n'avait jamais fait entendre la foule hébétée de ceux qu'on décimait de labeur. Il fallut parlementer discuter : tout ce que je peux constater, c'est qu'il n'est plus permis, théoriquement du moins, de tuer les hommes par l'abus de travail.

Ce genre de meurtre voit enfin devant lui une réglementation du travail appuyée d'une sanction plus ou moins efficace...

Mais il y a un cas qui semble défier la réforme : c'est le manie-  
ment industriel des poisons...Les meurtres industriels sont des meurtres, de quelque nom qu'on les déguise. »

Il rajoute plus loin des propos d'une brûlante actualité :

« Ce n'est pas qu'on ne fasse rien...Oh ! l'on prend des précautions, et surtout l'on ordonne d'en prendre. Les recommandations abondent, quelques-unes même sont ridiculement minutieuses. Qu'importe puisque l'on sait qu'**il n'y aura ni les moyens ni le temps de s'y conformer ? »**

Il termine l'un de ses nombreux articles : « **Les médecins sont**

**des gêneurs avec leurs prescriptions hygiéniques. Il faut d'abord et avant tout produire ».**

**1927 Jules AMAR(1879-1935)**, peut être considéré comme le précurseur de la physiologie actuelle. Sa thèse en 1909 porta sur « **le rendement de la machine humaine** », en 1927 « organisation et hygiène sociale, **essai d'hominiculture** ». Ses ouvrages les plus importants ont été préfacés par Le Chatelier connu pour être l'introduit en France des travaux de Taylor !

L'école Française fut une des plus importantes de l'époque, amplifiée par les travaux parallèles portant sur les applications militaires et aéronautiques.

#### 1940 La médecine du travail de l'époque Pétain, sous l'inspiration de Alexis CARREL, s'établit.

D'abord par la circulaire du 9 juin 1940 puis par une loi du 28 juillet 1942. La médecine du travail ainsi créée était **très imprégnée des travaux sur l'eugénisme (travaux d'Alexis Carrel) et l'ambiance de l'époque était plus à la sélection de la main d'œuvre.**

**1946** A la libération on a repris l'idée et les structures, mais dans une ambiance diamétralement opposée : **ce n'était plus la sélection qui était majoritaire mais la protection qui était prédominante !** C'est un virage à 180 degrés de la structure.

Il fallait mettre les moyens en priorité sur la prévention c'est ainsi que la mission des médecins a été clairement décrite comme étant de conseiller pour permettre de prévenir.

La loi de 1946 votée à l'unanimité, sans débat préalable.

**« 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 »**

L'ordre des missions y est bien clair : d'abord les conditions

de travail, puis la surveillance de l'état de santé, or c'est l'inverse qui a été mis en place !

L'erreur des législateurs d'alors a été de laisser la gouvernance aux employeurs qui ont pu corriger l'inflexion donnée par la libération d'autant que la population présentait des maux criant qui avaient de quoi occuper les médecins comme la tuberculose qui florissait .

C'est ainsi que l'action des médecins fut d'abord de l'examen clinique, celui ci permettant le dépistage et l'information des populations, c'était l'urgence du moment.

Cette approche exclusivement individualisante présentait également, pour les employeurs, l'intérêt du message implicite que s'il y avait problème de santé c'était d'abord au niveau de l'insuffisance des personnes ! Et non d'une quelconque responsabilité des conditions de travail.

**1979** pour rectifier le tir.

**C'est l'introduction du « Tiers-temps »** pour les médecins du travail (décret du 20/3/1979) : le médecin du travail est tenu de consacrer **un tiers de son temps de travail à ses activités en milieu du travail...** (Pour réaliser des études de poste, des Fiches d'Entreprise, des observations du travail réel pour en évaluer les risques, des conseils auprès des responsables et des salariés,...)

Cela n'est pas encore respecté ! Et ce n'est pas par la volonté des médecins du travail mais bien de leurs employeurs et par l'absence d'incitation et d'appui des représentants des services déconcentrés du ministère, qui ont quand même le rôle du gendarme dans la situation !

**1989** directive européenne et acte unique.

**Le patronat s'aperçoit qu'il ne maîtrise pas bien ces doc-**  
**teurs** qui prétendent donner des conseils sur la façon de travailler et profite du texte de la directive européenne pour changer sa stratégie et remplacer les médecins par du per-

sonnel plus docile. Les employeurs gênés par ces médecins qui s'occupaient maintenant de plus près des conditions de travail changèrent de stratégie alors qu'ils défendaient la médecine du travail notamment dans les structures internationales, prirent prétexte de cette directive assez floue pour réclamer d'autres intervenants plus dociles pour s'occuper des conditions de travail et réclamèrent des ergonomes.

La moitié de médecins se forma à cette ergonomie.

Ce n'était pas le but recherché. De nombreux rapports furent réalisés pour étudier et préparer le terrain, une tentative de réforme avec les fameux art 13 et 14 permettant aux médecins du travail de libérer un peu de temps pour s'occuper des conditions de travail qui ne furent pas suivis par les directeurs de services, ce qui resta lettre morte !

**2002**, Dans de nombreux articles du Code du Travail, le terme « santé » est remplacé par « **Santé physique et mentale** ». Il est implicite que la santé mentale fasse partie de la santé, mais il avait été nécessaire de mettre l'accent : La médecine du travail doit désormais se préoccuper, explicitement, non seulement de **l'intégrité physique des salariés**, mais également de **l'influence de leur travail sur leur état mental**.

**2002**

L'état qui jouait les Ponce Pilate est rappelé par les juges à sa responsabilité finale de la santé au travail en particulier pour l'amiante. Dès lors l'état n'a plus eu qu'une pensée : Quelle stratégie pour se dégager de cette encombrante responsabilité.

**2004**

**Les services de Médecine du Travail deviennent des Services de santé au Travail.** La principale modification de cette réforme de la Médecine du Travail, concerne la compétence pluridisciplinaire que doit apporter le service de santé aux entreprises, par l'intermédiaire des **IPRP**.

On agrandit les mailles du filet en espaçant la fréquence des visites et en instituant la pluridisciplinarité sous l'autorité du

directeur, lui-même désigné par les employeurs.

La priorité est donnée aux médecins du travail de faire le tiers temps et l'étude des conditions de travail par rapport aux examens cliniques. Le constat est, là encore, que cela ne change pas grand-chose dans l'activité des médecins. Le nœud se situant au niveau de la gouvernance patronale qui est sans contrôle ni retenue.

**2007** Le constat devient public des intérêts financiers que permettent la gestion patronale des services de santé au travail au profit des organisations syndicales des employeurs. Ce constat n'entraîne aucune réaction de la part des pouvoirs publics ! Les médecins du travail se sont mis en grève dans plusieurs services (Pau, Toulon, Toulouse etc...) sans aucune réaction des autorités publiques qui ont pourtant la tutelle de ces services par l'agrément.

## LECTURE POLITIQUE DE L'HISTOIRE PRÉCÉDENTE

**Ainsi on peut identifier les deux courants :**

**1 → L'un protecteur des hommes contre les agressions du travail, on y retrouve Maillard de la Gournerie, Clémenceau et l'esprit de la libération qui créa le système en fonction actuellement.**

**2 → L'autre étudie également la machine humaine, son rendement pour ne pas dire son exploitation, mais comment lire autrement l'hominiculture de Jules Amar !**

**Ces deux courants se retrouveront dans l'esprit des réformes proposés, n'hésitant pas à se masquer derrière de fort louables intentions ou en empruntant le langage de l'autre.**

## LES PROPOSITIONS ACTUELLES

**Le gouvernement :**

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces,770/travail,771/dossiers,156/sante-et-securite-au-travail,301/les-services-de-sante-au-travail,1657/la-reforme-des-services-de-sante,1804/les-axes-de-la-reforme-des,10899.html#plus> en phase.

**FO :**

Le maintien pur et simple du système

**CFDT**

Priorité à la pluridisciplinarité est le mot d'ordre qui cache une conception de la CFDT qui voit mal la fragilité statutaire de ces techniciens et qui cache mal sa volonté de se passer des médecins du travail .

Les médecins du travail sont, pour eux, des obstacles à leur grand projet de préventeurs syndicaux, sortes de permanents CFDT qui iraient prêcher la bonne parole de santé au travail dans les entreprises (surtout les petites) en n'oubliant pas la promotion de l'adhésion CFDT.

N'estime pas nécessaire la gouvernance paritaire qui prendrait beaucoup de militants.

**CGT**

Elle réclame une gouvernance à majorité syndicale, mais au cours de la négociation rallie la proposition CFE-CGC de proposition paritaire.

**ENJEUX ANNEXES**

**La question de l'aptitude**

La lettre envoyée à Mr COPE résume la thématique et ses débats :

Monsieur Jean François COPE  
Président du groupe UMP  
Assemblée Nationale  
126 rue de l'Université  
75355 07 SP



Paris le 2010

Monsieur le Président,

J'ai eu l'honneur d'assister à la présentation de la contribution du groupe UMP le 9 juin au sujet de la nécessaire réforme de la médecine du travail.

J'ai pu apprécier la qualité et la profondeur des réflexions à ce sujet, de nombreuses propositions nous semblent aller dans le bon sens d'une réorganisation permettant le décloisonnement et une plus grande efficacité avec une meilleure coordination des acteurs. On retrouve ce constat partagé depuis les échanges et réflexions initiées en 2000 autour des négociations d'alors.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur quelques points cardinaux sans lesquels la protection des salariés et le conseil aux entreprises peuvent être sans intérêt :

- Le paritarisme réel, c'est-à-dire avec des représentants issus des confédérations salariales et patronales représentatives.
- La commission médico-technique ou la commission de projets dans un fonctionnement qui corresponde à ce qu'à voulu le législateur. Il lui faut un médecin pilote élu pour trois ans (renouvelable une fois).
- Une indépendance des médecins du travail et des IPRP garanti par l'inspection du travail, le directeur n'a ni le statut, ni les compétences ni le rôle pour garantir l'indépendance du médecin et des IPRP, c'est au contraire détruire cette indépendance que de le faire dépendre de lui.
- L'aptitude médicale qui doit être maintenue car elle est protectrice des salariés et est claire à interpréter pour les employeurs.

Voici nos arguments :

**Le paritarisme**

L'importance du paritarisme dans le pilotage national et régional ainsi que dans la gouvernance des services nous paraît fondamentale au point que nous avons la position du paritarisme strict avec présidence alternée et une désignation par les organisations nationales patronales et salariales représentatives. Si les employeurs mettent en jeu leurs investissements les employés mettent en jeu leur santé, ceci vaut bien cela si ce n'est plus !

Ce paritarisme conditionne la fin de nombreux abus tels que les détournements de l'objet de l'association porteuse de la santé au travail ainsi que les détournements financiers et d'usage. Ce paritarisme est une garantie sérieuse pour un fonctionnement du service dans l'indépendance et l'adéquation des moyens à l'objet social officiel.

Ce paritarisme s'accompagne de la possibilité de formation des représentants par l'organisation qui mandate et non par les organismes patronaux comme actuellement.

### **La commission médico technique**

La commission médico-technique devenant la commission de projets est tout à fait intéressante et dans son rôle, le médecin coordonnateur avec un statut d'élu en précisant une périodicité d'élection de trois ans et l'impossibilité de faire plus de deux mandats paraît tout à fait nécessaire pour un fonctionnement qui corresponde à ce qu'a voulu le législateur.

### **La capacité d'un directeur à garantir l'indépendance des médecins**

On se pose beaucoup de questions sur la capacité d'un directeur à garantir l'indépendance des médecins, cela paraît contradictoire en ce sens que ce directeur n'a lui-même aucune indépendance par rapport au conseil et au président surtout si patronal ! L'indépendance est garantie par une gouvernance paritaire stricte avec alternance de la présidence, c'est la seule réelle garantie, c'est la pierre d'angle du système ! La garantie par l'agrément octroyé par les services déconcentrés du ministère du travail aurait du remplir ce rôle mais ne l'a jamais rempli, ces derniers étant trop sensibles aux sirènes locales !

L'ordre des médecins s'est d'ailleurs clairement prononcé sur ce sujet :

*« L'indépendance des médecins du travail ne doit pas être altérée par de nouvelles règles de gouvernance des services de santé au travail. »*

*Il ne peut appartenir au directeur du service de santé au travail de définir de son propre chef les orientations et objectifs médicaux du service. Le directeur doit se centrer sur un rôle de coordination et d'organisation du travail, indispensable au bon fonctionnement du service et doit être le facilitateur des missions que la loi confie aux médecins du travail.*

*Les objectifs locaux et orientations doivent être mis en cohérence avec des objectifs nationaux. Ils doivent être élaborés et validés en commission médico-technique (CMT) et ne peuvent porter atteinte à l'indépendance médicale. »*

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-reforme-de-la-sante-au-travail-passee-au-crible-de-la-deontologie-medicale-1004>

### **La notion d'aptitude**

Certains s'élèvent régulièrement contre la notion d'aptitude qui serait un vestige de l'eugénisme, c'est une aberration et une erreur historique et juridique profonde.

Nous soutenons sans réserve l'aptitude médicale telle qu'elle est conçue actuellement par les textes. Elle est pleinement protectrice pour le salarié tout en étant claire à interpréter par l'employeur !

Les partenaires sociaux ne s'y sont pas trompés qui ont régulièrement soutenu cette notion d'aptitude dans les échanges du COCT sur le sujet.

Le conseil d'état dans son arrêt de juin 2004 a bien défini les limites :

*« Considérant que l'article L. 241-2 du code du travail prévoit que le rôle des médecins du travail est exclusivement préventif ; que l'article R. 241-32 du même code prévoit que le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions et que celles-ci sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge ; que le code du travail a ainsi établi un régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecine du travail et de médecine d'aptitude ; qu'ainsi, la note du directeur des ressources humaines de la SNCF ne pouvait légalement prévoir que les examens d'aptitude prévus par l'arrêté du 30 juillet 2003 seraient réalisés par les médecins du travail ;... »*

La « médecine d'aptitude », telle que citée étant une médecine de sélection (comme cela se pratique pour les pilotes d'avion

par les services de l'armée ou les chauffeurs routiers par les services de la préfecture) et non de protection  
A noter que le conseil d'Etat n'a pas remis en cause le concept de la médecine du travail préventive

Le système mis en place par Alexis CARREL et organisé dans l'esprit du Pétainisme n'a rien à voir avec ce qui a été mis en place à la libération sous le chapeau législatif général par le Professeur DESOILLE :

**« éviter l'altération de la santé du fait du travail »**

C'est un contre sens que d'amalgamer ces deux systèmes, même si les rôles de médecin agréé et de médecin de prévention dans la fonction publique sont bien différents, cette différence ne permet pas d'inférer une quelconque confusion de rôles chez les médecins du travail.

Les juges en cassation ne s'y trompent pas qui assimilent systématiquement visite d'aptitude faite par le médecin du travail et protection des salariés dans le même sens de prévention que les multiples décisions sur l'obligation de résultat de sécurité.

*« Sa mission fondamentale (loi de 1946) est d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail. Force de proposition auprès de tous les acteurs de l'entreprise (direction, représentants du personnel, salariés...), il conduit des projets en vue d'action de préservation et de prévention de la santé en mobilisant les ressources internes du SST : l'équipe pluridisciplinaire (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP), assistante santé au travail, infirmier(e) de santé au travail). Il peut solliciter des ressources externes : IPRP, consultants, ergonomes, institutionnels (CARSAT\*, OPPBTP\*, ARACT\*, INRS\*, INVS\*...) »*

« Son rôle essentiel est :

d'assurer le suivi médical individuel des salariés lors des différents visites,

de développer des actions en milieu de travail, par l'évaluation des risques professionnels et de proposer des solutions d'ergonomie correctives ou mieux de conception

de participer à la prévention collective en collaborant à la veille sanitaire (INVS), en s'inscrivant dans le plan régional et national de santé au travail par la réalisation d'enquêtes, d'études épidémiologiques ou le recueil des maladies à caractère professionnel,

de réaliser ou de transférer des actions de prévention dans les entreprises, d'alerter sur des altérations de la santé du fait de ses expériences auprès des autres secteurs d'activité, de par sa connaissance de l'histoire de l'entreprise (le Médecin du Travail, membre de droit du CHSCT est souvent la mémoire du fonctionnement de l'entreprise). »

Ces missions ne supportent pas quelconque amalgame avec une activité de contrôle ou de sélection, ce serait faire un contre-sens historique et juridique

**Cet outil qu'est l'aptitude permet aux médecins du travail de remplir leur rôle notamment pour tout tenter pour le maintien au poste tel que l'article L. 240-10-1 le lui prescrit.** Cet outil permet au salarié d'avoir une interface de confidentialité vis-à-vis de son employeur quant à sa santé ne faisant connaître par son médecin du travail que d'éventuelles nécessités d'adaptation de poste à sa demande. Ce que confirme l'ordre :

« Secret médical, indépendance professionnelle et accès au dossier médical personnel. Le législateur doit prendre toute mesure pour garantir la confidentialité absolue des données de santé à l'égard des employeurs dès lors que la consultation du DMP par

le médecin du travail pourrait le conduire à en reporter des éléments dans le dossier médical de médecine du travail. Il faut également envisager que le médecin du travail puisse compléter le DMP pour que le médecin traitant du salarié ait connaissance des risques professionnels auxquels est exposé le patient qu'il prend en charge. »

Cette disposition permet au salarié de conserver la confidentialité de ses données de santé et à l'employeur d'éviter la discrimination sur des prétextes de santé.

Vous trouverez l'ensemble des positions sur la santé au travail dans une publication récente disponible sur le net :

<http://www.medecinedutravail-syndicat.org/actualites/propositions%20CFECCreforme200906.pdf>

Je suis bien sûr à votre disposition, ainsi que mes confrères pour tout échange et entretien que vous jugeriez nécessaire. Soyez assuré de mes salutations distinguées et respectueuses.

#### **Dr Bernard SALENGRO**

Références :

##### **La position officielle sur la médecine du travail du syndicat santé au travail cfecgc**

<http://www.medecinedutravail-syndicat.org/actualites/propositions%20CFECCreforme200906.pdf>

et le site du syndicat santé au travail CFE-CGC

<http://www.medecinedutravail-syndicat.org>

##### **Le site travailler mieux :**

<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Le-Medecin-du-Travail,409.html>

##### **L'histoire de la médecine du travail**

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire\\_de\\_la\\_m%C3%A9decine\\_du\\_travail](http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_m%C3%A9decine_du_travail)

##### **La position de l'ordre des médecins**

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-reforme-de-la-sante-au-travail-passee-au-crible-de-la-deontologie-medecale-1004>

## LA QUESTION DE LA DÉMOGRAPHIE

### LES CHIFFRES DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 15 955 000 salariés<sup>1</sup> bénéficiaient d'un suivi de leur état de santé par les médecins du travail regroupés au sein de 949 services de santé au travail (SST).

#### Nombre de SST % Population suivie %

#### Nombre de médecins du travail % SST d'entreprise ou d'établissement

649 SST d'entreprises soit 68,4% du nombre de sst et 1,054 million salariés suivis soit 6,6% des salariés avec 648 médecins du travail équivalent temps plein (ETP) soit 11,6% des médecins

#### SST interentreprises

300 SST interentreprises soit 31,6% des SST  
14,901 millions de salariés suivis soit 93,4 % des salariés  
4 941 médecins du travail équivalent temps plein (ETP) soit 88,4% des médecins du travail

#### TOTAL

949 SST service de santé au travail  
15,955 millions de salariés  
5 589 médecins équivalent temps plein (ETP)

*Evolution des effectifs de médecins du travail depuis 2007 (nombre de contrats de travail)*

#### Temps plein Temps partiel

**Au 1<sup>er</sup> janvier de l'année nombre % nombre %**

#### TOTAL

**2007** → 3 397 sont en temps plein soit 48,6 % des médecins tandis que 3 596 médecins soit 51,4% sont en temps partiel soit au total pour 2007 : 6 993 médecins du travail en exercice.

**2008** → 3 410 sont en temps plein soit 48,8 % des médecins tandis que 3 583 médecins soit 51,2% sont en temps partiel soit au total pour 2008 : 6 993 médecins du travail en exercice.

**2009** → 3 222 sont en temps plein soit 46,9 % des médecins tandis que 3 652 médecins soit 53,1% sont en temps partiel soit au total pour 2009 : 6 874 médecins du travail en exercice.

*(Source : Inspection médicale du travail et de la main d'oeuvre et bilan annuel des conditions de travail 2009)*

#### Ce que l'on constate à la lecture de ces chiffres :

**1 • aucune autre profession n'a autant de temps partiel, plus de la moitié de la population.** Même si pour certaines il s'agit de temps choisi, doit on pour cela laisser détériorer tout ce système sous ce prétexte sans essayer de l'adapter !

**2 • une baisse des effectifs** puisque le résultat de 2009 soit 5 589 médecins est légèrement inférieur à celui de 2007 qui est de 5829.

Mais incontestablement la pyramide des âges fait augurer un départ important dans les quelques années qui viennent.

**3 • une partie de l'explication** vient de la non recherche de médecins par les services de santé au travail, le syndicat a publié des annonces anonymes de recherches d'emploi sans avoir reçu la moindre réponse !

**4 • une autre partie de la réponse** est la conséquence de la formation universitaire : Celle-ci mal défendue s'est arrêtée quelques années et puis a repris dans un cadre malthusien de la spécialité par internat. Les universitaires ont cru renforcer l'action des médecins du travail en leur faisant obtenir le titre de spécialiste par le passage par le concours et une durée d'études supplémentaire de quatre ans (dix à onze ans de formation, bonjour la retraite) !

L'inconvénient c'est l'accès à cette formation par le concours de l'internat à l'issue de la sixième année de médecine, c'est l'absence de passerelles entre les spécialités et entre les spécialités et la médecine générale ce qui a considérablement abaissé l'attractivité de la profession.

**Le syndicat des médecins du travail CFE-CGC demande** que

- l'on améliore l'attractivité de l'exercice par une rémunération équivalente aux autres formes de spécialité, par des possibilités de passerelle plus faciles avec les autres modes d'exercice de la médecine.
- la possibilité de formation complémentaire pour les médecins généralistes en exercice, formation par alternance avec validation des acquis de l'expérience.

### LA PLURIDISCIPLINARITÉ : UNE NÉCESSITÉ ET UN PIÈGE !

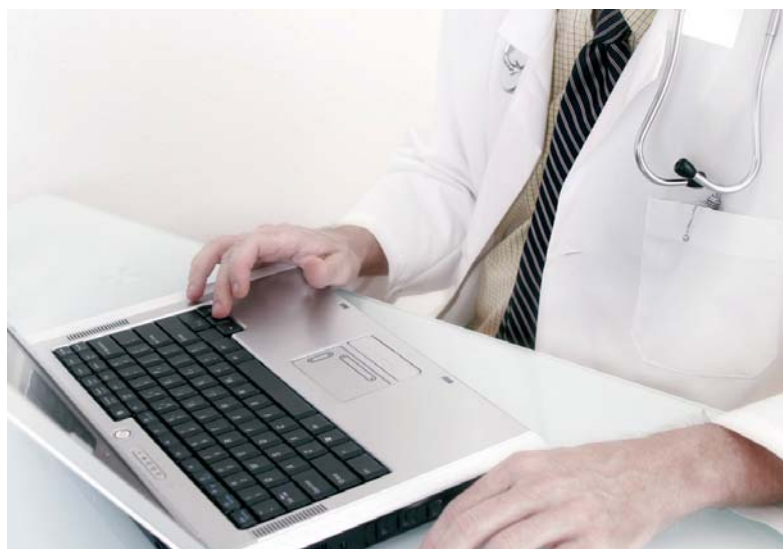
La pluridisciplinarité est nécessaire en santé au travail, au niveau de la prise d'informations pour repérer, révéler un problème, le médecin (accompagné de ses auxiliaires) est suffisant. Par contre dès qu'il faut aller plus loin et rechercher dans le travail les sources de la souffrance révélée par le médecin il est souvent besoin de compétences complémentaires. Celles-ci peuvent être très variées, que cela soit de la toxicologie, de la chimie, de sociologie ou de la psychologie, de l'anthropométrie ou de la kinésithérapie, de l'ergonomie ou de la compétence en management, les possibilités sont à la hauteur des complexités rencontrées.

La difficulté est que si cette compétence est nécessaire à la prestation santé au travail chargé de la protection des salariés, ses acteurs ne bénéficient pas du même statut que le médecin du travail, ils sont sous la dépendance directe du directeur du service et donc du président patronal.

Cela crée des difficultés de fonctionnement avec le médecin. Cela crée des problèmes de crédibilité des travaux réalisés puisque l'indépendance n'existe pas sérieusement

Plus pervers encore, ils sont hébergés par le service de santé au travail et se présentent donc aux salariés avec la même étiquette que le médecin, mais sans les garanties de ce dernier ! Il y a tromperie organisée.

La seule solution est de leur donner un statut analogue à celui du médecin pour ceux qui ont une réelle expertise et qui ont un fonctionnement autonome, tandis que les auxiliaires du médecin (technicien de métrologie par exemple) seraient dans le service sous son autorité.



### L'INEFFICACITÉ ORGANISÉE

→ IT les services de l'inspection du travail ont peu de moyens réels d'influence tant la justice et leurs supérieurs hiérarchiques les suivent peu.

Les médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre ou les Mirtmo sont sans pouvoir autre que d'influence, ils conseillent les directeurs régionaux sur l'agrément des services, mais leurs avis sont peu suivis, ils ont pour beaucoup démissionné.

→ CARSAT les ingénieurs et agents de ces services de prévention sont eux aussi très contraints et ne peuvent se servir des outils que tout bon assureur utilise c'est-à-dire le bonus et le malus ! De ce fait ils n'ont pas le pouvoir d'influence qu'ils pourraient avoir du fait de leur rôle officiel

Les médecins du travail peuvent être comparés à des experts comptables, ils examinent les données et conseillent les entreprises, la différence essentielle est que si on ne suit pas les conseils de l'expert comptable on a à faire avec l'inspection du fisc et de l'URSSAF qui ne sont pas des tendres et ont, eux, des moyens de contrainte sérieux ! ce que l'on ne peut pas dire des agents des CARSAT ni des inspecteurs du travail.

→ De nombreux acteurs agissent au niveau de la prévention des risques professionnels :

Près de 7000 médecins du travail avec quelques techniciens

Près de 2000 agents des services de prévention des CARSAT  
Près de 200 agents dans les ARACTs et l'ANACT.

Sans compter les ingénieurs de prévention des services régionaux du travail et de l'emploi ainsi que les agents de l'OPPBTB spécialisés dans le BTP.

La difficulté est le manque de coordination et de culture commune de tous ces acteurs, ce qui donne des galéjades comme la publication de modèles de prévention différents par chaque institution, cela ne va pas dans le sens de l'efficacité.

Cela avait déjà été mis sur le tapis lors des négociations à l'occasion de la refondation sociale en 2000 mais sans grand conséquence si ce n'est de belles déclarations !

### LES ENJEUX REELS

#### Pour le patronat

C'est d'abord de paralyser un système et des acteurs qui, s'ils étaient libres de leurs gestes, pourraient mettre en visibilité les dégâts réalisés par les conditions de travail actuelles et créer une **dynamique réduisant la rentabilité immédiate** de l'activité professionnelle.

C'est de conserver un outil à la main des employeurs **permettant de financer leurs sièges et une partie de leur personnel** et accessoirement de leurs menus dépenses des organisations patronales. C'est parfois, dans certains cas utilisé au seul profit des employeurs locaux et de leurs intérêts financiers.

Ces dépenses générées par de mauvaises conditions de travail imputent les comptes sociaux de manière considérable. Rappelons l'estimation du BIT pour le seul stress = 3% du PIB.

Il faut tenir compte dans ces estimations non seulement du coût direct (salaire et indemnités) et coût indirect (production perturbée, rentabilité diminuée). Or ces comptes sociaux sont alimentés par des prélèvements sur les salariés pour l'assurance maladie ou des prélèvements alimentés par les entreprises pour les accidents et maladies professionnelles ! Améliorer la reconnaissance des accidents du travail et des

maladies professionnelles provoquerait l'augmentation des cotisations des entreprises à l'assurance qu'ils ont vis-à-vis des risques professionnels qu'ils créent, c'est-à-dire à la branche accidents du travail, maladies professionnelles ! **Ils préfèrent que cela s'impute sur le compte de l'assurance maladie** et qu'ils n'en ressentent pas le surcoût ainsi transféré !

C'est enfin un outil permettant de **créer l'image implicite aux salariés de leur responsabilité** dans ce qui peut leur arriver au point de vue santé. En effet ne réaliser que des examens médicaux en ne s'arrêtant qu'au niveau de l'examen clinique (c'est-à-dire ne pas s'occuper des conditions de travail qui ont été révélées comme nocives dans les entretiens médicaux), ne conservant que les constatations médicales de santé publique (tabac, alimentation, hygiène personnelle, maladies personnelles) c'est renvoyer le message implicite aux salariés que



leurs problèmes sont d'origine personnelle et qu'ils n'ont rien à voir avec les conditions de travail ! C'est le message actuel des directeurs et présidents de service médical.

Cela se dénomme parfois médicaliser ou psychologiser les problèmes !

C'est pourquoi la réforme du tiers temps relancée récemment n'est toujours pas appliquée ! Mais déjà Villerme le soulignait :

*« La visite des ateliers est l'unique moyen de constater la fréquence, la gravité des accidents du travail, d'en vérifier toutes les causes sur les lieux mêmes où ils se produisent et d'en*

déduire les moyens de préservation. » (Villermé, *Des associations ouvrières*, 1849) ».

Ainsi que ses successeurs :

« Les médecins devraient se rendre dans l'usine pour vérifier les conditions hygiéniques individuelles et collectives des travailleurs, pour surveiller leur effort et faire sur le travail professionnel telles remarques qui leur paraîtront nécessaires (Leclerq, Mazel, Dujarric de la Rivière, 1917) ».

### Pour le salariat

Il est normal d'être fatigué par le travail, il est anormal d'en être malade, cette thématique envahit le monde du tertiaire et plus encore tous ceux qui sont en responsabilité (de leurs collègues, d'un projet, d'une équipe, d'une technique ou d'une expertise).



La santé au travail et ses moyens permettent de rendre visible ces atteintes et ces souffrances, pour proposer des solutions alternatives avec un coût humain plus acceptable.

→ C'est dire l'importance de cette fonction de thermomètre de la réalité de la santé au travail, qui ne peut se faire qu'avec

du personnel compétent et indépendant c'est-à-dire des médecins spécialistes en cette matière ! Cela sous entend que pour **cette fonction diagnostique et mise en évidence cela ne peut se réaliser qu'avec des médecins** et non des infirmières, des secrétaires ou autres assistants qui ne sont pas formés à la séméiologie (l'étude des signes médicaux qui permettent l'élaboration d'un diagnostic). Ces aides, assistants, secrétaires et infirmières sont nécessaires pour soulager le médecin de tâches annexes, mais sous sa direction et dans leurs compétences.

→ C'est l'importance d'une indépendance de ces acteurs, non seulement pour le diagnostique médical mais également **dans le conseil et les propositions** qui sont la conséquence logique de ces constatations. Ce qui veut dire l'importance de **l'indépendance garantie par un représentant de l'état (inspection du travail) pour les médecins et pour les IPRP (intervenants sur les conditions de travail)**. Ce qui sous entend que le personnel des infirmiers, secrétaires, assistants et autres dépendent administrativement du médecin sous l'autorité duquel ils travaillent, et non du directeur administratif nommé par le président patronal.

→ Au-delà de l'intérêt immédiat d'une **bonne santé**, la **satisfaction** de réaliser un travail dans des conditions plus respectueuses de l'humanité des personnes, c'est aussi de **moindres cotisations** à l'assurance maladie par l'arrivée moins fréquentes de maladies et par une plus juste imputation des coûts à la branche accidents du travail maladies professionnelles.

C'est aussi la matérialisation d'une interface de sauvegarde vis-à-vis de la volonté des employeurs de vérifier le « matériel humain » dans le cadre d'une bonne gestion de leur entreprise. Le médecin du travail avec son **secret médical** matérialise ce rempart, la santé des salariés est leur affaire et ils ne la citent qu'à leur demande explicite et qu'avec un intermédiaire de confiance qui est le médecin du travail.



Santé au Travail

# → BULLETIN D'ADHÉSION



SGMT

## → Cotisation Médecins du travail : 230 €

Cotisation retraités : demi-tarif, soit 115 €

## → Cotisation Autres Membres de l'équipe Santé au Travail : 156 €

Cotisation retraités : demi-tarif, soit 78 €

- L'adhésion au Syndicat ouvre droit à un abattement fiscal de 66 % de la cotisation, sous forme de crédit d'impôt. Cette réduction s'applique bien à l'impôt, et non au revenu imposable.
- Une attestation fiscale à joindre à votre déclaration de revenus 2008 vous sera adressée après paiement de votre cotisation.
- Le paiement semestriel est possible : dans ce cas joindre 2 chèques et un récapitulatif des dates de remise. Toutes les mentions sont obligatoires pour un bon enregistrement de votre adhésion

Nom ..... Prénom .....

Adresse.....

Code postal ..... Ville .....

Tél. .... Fax .....

Email .....

• **Nom de l'Employeur** (Entreprise ou service inter).....

• **Adresse de l'entreprise où vous travaillez** .....

• **Formation en Santé au Travail** (CES, DES, Internat européen, BTS, DUT, Ingénieur...) .....

• **Métier**.....

### → Modalité de paiement :

- soit un chèque à l'ordre de CFE-CGC Santé au Travail
- soit en remplissant la demande de prélèvement que vous trouverez ci-après

Santé au Travail CFE-CGC • 39, rue Victor Massé • 75009 PARIS • Tél. : 01 48 78 80 41 • Fax : 01 40 82 98 95  
www.medecinedutravail-syndicat.org / santeautravail@fassfecgc.com.fr





PP35 10/09/2010/15.00

**CFE-CGC**59 rue du Rocher  
75008 Paris

☎ : 01 55 30 12 12

www.cfecgc.org

Service Communication

Pierre Jan

☎ : 01 55 30 12 92

Fax : 01 55 30 12 60

Mél : pierre.jan@cfecgc.fr

### Santé au travail Démantèlement en catimini

Au beau milieu des amendements sur la retraite, le gouvernement glisse subrepticement d'autres amendements qui démantèlent la santé au travail ! Il efface ainsi la loi de 1946 qui avait institué la protection des salariés et la remplace par une loi pour la sécurité des employeurs !

Ce n'est ni plus ni moins qu'un transfert de pouvoir et de mission du médecin du travail à l'employeur, et ce en totale opposition avec ce que préconise l'Ordre des médecins.

Sont installés dans le cadre de la médecine du travail d'autres professionnels, souvent nécessaires mais sans aucune protection légale ni indépendance statutaire. Quel crédit auront-ils auprès des salariés ?

Les problèmes de tension démographique ne seront pas réglés par le système de formation installé, celui-ci subissant depuis quinze ans un véritable goulot d'étranglement. Le gouvernement n'évoque même pas la possibilité de formation des médecins par des voies plus proches du terrain, sur le modèle de la formation en alternance voire en contrat intergénérationnel. Si un ministre peut passer de Bercy à la Santé au travail en huit jours, il faut rappeler qu'un médecin est astreint à une formation de quatre années supplémentaires !

Le statut des médecins du travail est lui-même éborgné puisque celui-ci devient dépendant de l'employeur par le biais du directeur du service de santé au travail, alors qu'auparavant il était salarié protégé par l'inspecteur du travail : cela tourne à la farce !

Mais le plus inquiétant est le changement d'objectif : le médecin du travail avait pour mission « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Avec cette réforme, il n'est plus en charge de cette mission, tandis que le directeur de service de santé au travail se doit de conduire « des actions de santé au travail visant à préserver la santé physique et mentale des travailleurs ». Autrement dit, « on fera ce qu'on peut ». C'est beaucoup moins ambitieux et surtout cela évite d'être responsable !

Le gouvernement répond ainsi aux seuls désirs du MEDEF d'asseoir plus fortement son pouvoir afin de contrôler ces acteurs dont il se méfie. Ainsi il continue de gérer sans contrôle sérieux les cotisations de la médecine du travail, pour le plus grand profit des structures patronales territoriales.

La CFE-CGC s'opposera à cette révolution qui donne aux employeurs les clés du système de santé des salariés au travail...



Le + syndical