

Sommaire

Préface : Jean-François Bolzinger (Secrétaire Général de L'Ugict-Cgt)

Introduction : **la santé et le travail**, Serge Dufour (Espace Confédéral Santé-Travail Cgt)

- 📌 Quelques repères
- 📌 Quelles définition de la santé ?
- 📌 Prévention et maîtrise
- 📌 Le travail
- 📌 Salariat et travail
- 📌 Quatre régimes fondamentaux
- 📌 Défi social

Première partie : **la situation du système de prévention des risques professionnels**

- 📌 Rappel historique
- 📌 La situation avant la réforme
- 📌 La réforme et l'accord national interprofessionnel (Patronat, Cfdt, Cgc, Cftc)
- 📌 Les évolutions actuelles
- 📌 Le contrôle social

Deuxième partie : **la Cgt et Santé au travail**

- 📌 Le point de vue de la santé ; la centralité du travail
- 📌 La santé au travail : une question d'ordre public social
- 📌 Santé au travail et santé publique
- 📌 Prévention ; gestion des risques et visibilité
- 📌 La dégradation de la santé du fait de l'organisation du travail

Troisième partie : **la profession de médecin du travail : du côté des règles de métier**

- 📌 La mission du médecin du travail
- 📌 Qu'est-ce que l'exercice médical
- 📌 Un exercice médical spécifique et original
- 📌 Le secret médical
- 📌 Expert ou conseiller ?
- 📌 Le devoir d'indépendance
- 📌 L'obligation de moyens
- 📌 La pluridisciplinarité
- 📌 Aptitude ; inaptitude ; absence de contre-indication ; postes de sécurité
- 📌 L'activité en milieu de travail
- 📌 La prévention des risques psychosociaux
- 📌 La consultation médicale professionnelle

Quatrième partie : **se syndiquer à la Cgt lorsqu'on est médecin du travail ; pourquoi ? Comment ?**

- 📌 Pourquoi se syndiquer ?
- 📌 Qu'est ce qu'un syndicat ?
- 📌 Qu'est ce que la Confédération Générale du Travail (Cgt) ?
- 📌 Pourquoi se syndiquer à la Cgt ?
- 📌 La syndicalisation des médecins du travail à l'Ugict-Cgt

Conclusions : **nos propositions pour l'avenir**

- 📌 Préambule
- 📌 Première proposition : distinguer prévention et réparation, point de vue de la santé et gestion des risques
- 📌 Deuxième proposition : pour un service public de santé au travail
- 📌 Troisième proposition : pour un nouveau fonctionnement des services de santé au travail

Préface

Professionnellement engagés, socialement responsables

Reposant sur une expérience et une pratique de plusieurs années, cette brochure a été réalisée par le collectif « Médecins du Travail » de l'Ugict-Cgt. Celui-ci ne prétend pas détenir les clés de la médecine, ni même de la médecine du travail où interviennent nombre d'autres professionnels de la santé et sur laquelle les salariés dans leur ensemble ont eux-mêmes beaucoup de choses à dire. Il n'empêche que cette contribution repose sur une expérience et une pratique de plusieurs années et représente un apport original dans un débat crucial pour notre avenir à tous. Nous sommes à l'heure où notre système de santé est interrogé de tous côtés (remboursement des soins, moyens de l'hôpital public, logiques de privatisations...). Il est donc d'autant plus paradoxal que la conception d'une médecine du travail efficace pour prévenir maintes pathologies soit mise en cause tant par une réforme gouvernementale à contre-courant des attentes que par une absence de volonté des entreprises de sortir des logiques de rentabilité court-termistes imposées par les actionnaires. Au moment où les cadres revendiquent l'exercice d'une responsabilité sociale dans leur travail avec un droit de refus et d'alternative en cas de mise en cause de l'éthique professionnelle, travailler au respect de la déontologie médicale et à accroître le degré d'indépendance du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur est pleinement d'actualité. Les pistes ouvertes dans cette contribution méritent le débat, sont un apport pour aider à un mouvement large de réflexion et d'action de toute une profession pour faire valoir son utilité sociale et imposer un contenu concret à l'objectif d'entreprises socialement responsables que beaucoup affichent en dehors de toute réalité.

Jean-François Bolzinger
Secrétaire Général de l'Ugict-Cgt

Introduction

La santé et le travail

Serge Dufour, *Espace Confédéral Santé-Travail Cgt*

Quelques repères

La Santé d'une part et le Travail de l'autre sont des sujets quotidiens de conversation. Ce sont probablement les deux questions le plus souvent au cœur des discussions entre les gens et sur lesquelles paradoxalement ils partagent sans doute le moins de connaissances. Qu'est-ce que la santé ? Comment est-elle définie ? Le problème est qu'on y réfléchit seulement lorsqu'elle est défaillante. Quand on commence à ressentir des symptômes parce que ça handicape, que ça limite ses capacités d'agir, que cela nuit à la qualité de sa vie. De surcroît, on peut constater que d'une personne à l'autre, on n'est pas forcément malade des mêmes choses, que l'on ne résiste pas, qu'on ne se rétablit pas de la même manière. Alors pourrait-on en conclure qu'être en bonne santé, ce serait ne pas être malade, ni accidenté, ni diminué. La santé serait avant tout une question individuelle et même intime, non déterminée par les relations des individus avec la société, avec le contexte économique et politique. Ce sont ces conclusions réductrices que certains corps sociaux dominants, pour des motifs d'intérêts propres, voudraient nous faire accepter. Cela permet à certains lobbies de semer la confusion en utilisant l'équation « santé » = « absence de maladie », et « agir pour la santé » = « soigner ». Au bout du compte, il s'agit de s'appuyer sur la légitime aspiration du droit à la santé pour entretenir un marché lucratif fondé sur la maladie.

Quelle définition de la santé ?

Pour rompre avec ces vérités tronquées et construire un point de vue rationnel sur la santé au travail, la Cgt s'inspire de diverses criptions ou définitions de la santé :

☛ définition de l'Oms en 1947 : « ...Un complet état de bien-être physique, mental et social », révisée en 1977 et ratifiée par l'État français : « La santé est du ressort de nombreux acteurs professionnels au-delà des médecins... ». Selon le Professeur C.Dejours (Médecin psychiatre Directeur du laboratoire de psychologie du travail au Cnam) : « La santé, c'est, pour chaque femme, homme ou enfant, d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychique et social ... » ;

☛ propos de Jack Ralite à la consultation pluridisciplinaire du ministère de la santé en 1982 : « La santé est une capacité d'adaptation des humains aux variabilités et agressions de l'environnement, y compris à celles du travail, mais à deux conditions :

- sans prélèvement sur les capacités vitales des humains ;
 - mais au contraire, en y puisant des capacités nouvelles pour son propre développement ».
- Conférence internationale d'Ottawa – 2000 : « ... La santé est une conquête !... La santé est un équilibre individuel instable à conquérir à chaque instant, qui exige par conséquent de disposer des moyens d'agir pour établir et renouveler le compromis favorable ».

☛ selon Yves Clot, Professeur et Psychologue du travail au Cnam : « La santé est étroitement liée à l'action, et c'est parce que précisément cette action n'est pas centrée sur la maladie qu'elle s'y oppose de manière déterminante ! (...) Dans ce contexte, la santé n'a que deux destins possibles : sa construction ou son altération ! ... »

La Cgt propose aujourd'hui une définition large de la santé et de ses déterminants : « ... La santé est un droit humain, fondamental, individuel et collectif, reconnu par la Constitution. C'est aussi une conquête de tous les instants, pour l'épanouissement de l'individu, son accession à un état de bien-être physique, psychologique et social. En conséquence, le système de santé

doit traiter l'Homme dans sa globalité au sein de sa communauté de vie, en s'intéressant à la personne, à ses droits et pas seulement à la maladie ... ». (Cf. Système de santé – protection sociale, Cgt). On mesure donc bien que la santé, même si elle n'est pas totalement déconnectée de la pathologie, se situe aussi dans une autre dimension. Elle repose principalement sur la possibilité donnée ou non à chaque individu de s'épanouir dans ses trois dimensions d'être humain que sont les dimensions physique, mentale et sociale, ce qui inclut les relations avec l'environnement professionnel, social et familial. L'enjeu essentiel est donc d'abord et avant tout de créer les conditions de cet épanouissement, bien en amont des maladies, des accidents, des altérations de la santé, en définissant les exigences sociales d'une relative liberté d'agir, vitale pour la santé, au sens de l'épanouissement des individus. On peut être temporairement malade et tout de même fondamentalement en bonne santé, à condition qu'il existe une mobilisation des ressources de l'individu dans l'action sur un « objet » porteur d'épanouissement et constituant ainsi la meilleure garantie d'une probable guérison. Ne pas être malade dans l'instant, mais dans l'impossibilité d'agir pour s'épanouir, constitue sans aucun doute le plus sûr chemin vers la pathologie au plan physique et/ou mental.

Prévention et maîtrise

L'objectif fondamental en matière de santé, particulièrement au plan social, est par conséquent de s'attaquer à éradiquer, combattre, supprimer, réduire, rendre inoffensif, **à sa source**, tout risque de nature à altérer ou même seulement à entraver les possibilités d'épanouissement des individus. Que ce soit au plan physique, mental ou social. Le premier risque pour la santé aujourd'hui, est probablement celui de l'isolement (physique ou social) des individus. Celui de la perte des solidarités, par une mise en concurrence qui prive les individus de leur capacité à faire face ensemble, à transmettre, à échanger, à coopérer, à mettre en commun leurs expériences, leurs savoir-faire, leurs connaissances. La prévention de ces probables altérations de la santé repose d'abord sur l'analyse de la situation et des risques qu'elle engendre, permettant ultérieurement leur suppression, leur réduction, ou au moins leur maîtrise. Cela ne signifie pas qu'il s'agisse d'éradiquer tout danger et tout risque de l'environnement social ou naturel. La confrontation au danger et au risque constitue aussi une source d'apprentissage et de construction de l'individu. Cette confrontation, quand l'individu en sort victorieux, amène au dépassement qui lui permet de grandir. Ainsi l'expérimentation du danger conduit à la mobilisation et la construction de nouvelles ressources. Toutefois, il est fondamental de veiller socialement à ce que l'individu soit maître de son destin face aux défis et que la décision de les relever lui appartienne. Il faut aussi lui ménager la possibilité absolue de s'en extraire s'il le souhaite ou pour le protéger. Or, faire de la maladie un marché, c'est en même temps, faire de l'exposition de la santé des sujets aux risques, une source de profit, de rentabilité financière, et tenter même d'en faire une source de reconnaissance sociale conforme à l'esprit du libéralisme, c'est-à-dire au mépris de l'éthique.

Le travail

Qu'est-ce que le travail ? Comment est-il défini ? Voilà une véritable énigme. Plus grave : le travail paraît tellement banal pour chacun d'entre nous, qu'il croit en savoir assez pour ce qui le concerne et s'estime autorisé, même s'agissant de celui des autres, à en parler de manière péremptoire. Le mot « travail » exprime à lui seul plusieurs choses. D'abord, il désigne l'objet (produit ou service) résultant de l'action du travailleur. Ensuite, il désigne, en même temps, l'action du travailleur. Mais qu'on interroge quiconque sur son travail désignera la fonction sociale qu'il occupe (boulangier, plombier, ouvrier, ingénieur, etc.), son métier mais aussi son emploi. Au-delà, cela le conduira à la confusion entre « le travail » et « l'emploi », entre le but : « la tâche » et l'action : « l'activité », « la qualité » et « la quantité » et puis à une confusion entre « travailleur » et « salarié ». Par ailleurs, si l'on interroge sur le travail en tant que mode opératoire, on va avoir un descriptif d'une succession de tâches qui s'emboîtent dans des logiques

plus ou moins accessibles pour l'auditeur ou l'observateur. Puis, si l'on prend le temps (il en faut pour étudier cette question !) on va s'apercevoir que ce qui est décrit est souvent une petite partie du visible qui ne rend pas compte de tout ce qui est réalisé, de tout ce que cela met en jeu. Il reste de l'invisible. Par exemple on peut ne pas percevoir forcément ce qui relève de la personnalité du travailleur : ce qu'il est, le parcours qu'il a emprunté pour y parvenir. Moins encore ce qu'il aspire à être, l'image qu'il a de lui, celle qu'il attend et perçoit de lui dans le regard de ceux qui jugent son travail. Comment faire pour rendre évidente l'estime de soi que procure l'action et la réalisation du travail, la fierté qu'il peut susciter, la jouissance que peut en éprouver le travailleur ? Au-delà de l'investissement humain, personnel, original, une analyse doit également prendre en compte la conjugaison des coopérations pour réaliser le travail. Le travail ne cristallise-t-il pas le parcours individuel de vie de chacun(e), de la naissance à la mort, dans son passage « du vouloir avoir ! » à « vouloir être ! », en construisant son « savoir-faire ! » et en procurant une profonde satisfaction ?

Salariat et travail

Un point de vue de la Cgt sur « Le Travail » a été présenté par Bernard Thibault, Secrétaire Général (Cf. « Qu'est-ce que la Cgt », Édition de l'Archipel, – 2002) : « ... Par travail, j'entends une activité essentielle de l'homme, une des modalités à travers lesquelles il vit son rapport à lui-même, à autrui et à son environnement naturel et construit sa personnalité dans la convergence entre des projets individuels souhaités et des finalités sociales reconnues. Le travail n'est pas une marchandise, un facteur de production relevant, dans le meilleur des cas, d'une technique de gestion des ressources humaines plus ou moins complétée par la manifestation de bons sentiments. Il participe de la totalité de notre vie, matérielle et sociale. Ordinairement, on exclut du travail, les activités exercées à titre gratuit (tout le travail accompli dans la sphère familiale, éducation des enfants, tâches domestiques, les activités bénévoles...), perçues par beaucoup comme informelles, même si elles sont fondamentales pour la survie d'une société. Certains y voient de nouveaux gisements d'emploi, en constatant ou en proposant leur salarisation progressive. Certaines distinctions ou dispositions antérieures sont effectivement à réexaminer car des frontières bougent. Le travail salarié s'accomplit dans le cadre d'un rapport de subordination qui change sans doute de forme mais ne disparaît pas. Sa spécificité est qu'il implique nécessairement une forme « autorisée » d'atteinte à la liberté individuelle. Il est donc essentiel de poser les limites de cette atteinte. C'est l'objet du droit du travail que de cantonner le droit de l'employeur à ce qui est absolument nécessaire, et de redonner aux travailleurs, sous forme de droits collectifs, les libertés perdues au plan individuel (droit de grève, droit syndical, droit à la négociation collective). Ce que l'on désigne par « marché du travail » n'est pas une entité abstraite, c'est une sphère d'échange instituée par le droit. Nous apprécions positivement l'analyse d'Alain Supiot (« le travail en perspective ») : tout commence avec le délabrement du statut conféré au travail. La libéralisation des mouvements de capitaux et des marchandises au niveau mondial fait naître un besoin urgent de redéfinir le droit du travail, c'est-à-dire les droits des hommes et des femmes au travail, d'élaborer et de faire évoluer positivement un droit commun du travail (domaine de la santé, de la sécurité du travail, de la formation professionnelle et du droit à la retraite). Essentiel aussi est le souci d'assurer la prise en compte de ces droits au niveau international et de conférer à l'Organisation Internationale du Travail (Oit) les prérogatives et les moyens de les faire respecter, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui... ».

La position de la Cgt sur la santé au travail découle de ce double regard qui nous désigne la place centrale qu'occupe « le travail » dans la construction, mais aussi dans la « déconstruction » de la santé des individus. Si 90 % de la population active est salariée, cela signifie que la grande majorité de la population vit son rapport au travail dans une relation sociale de subordination à un employeur. Si la résultante même « du travail », comme de « la santé » est bien l'individu, la question centrale qui unit une dimension à l'autre est celle de « sa liberté », de la

place et des moyens consentis socialement pour que puissent être élaborés des compromis entre les dimensions collectives et individuelles des libertés qui se confrontent entre groupes sociaux et entre individus et groupes sociaux d'intérêts.

Quatre régimes fondamentaux

Il ne s'agit donc pas de parer le travail en lui-même de vertus idylliques. La relation positive « travail-santé », celle de la construction de la santé, comme la relation négative de « déconstruction », relèvent de quatre registres fondamentaux qui constituent « un outil de diagnostic syndical » que l'activité « Travail » de la Confédération, a voulu mettre à disposition de ses organisations, ses militants, mandatés et salariés, pour leur permettre d'analyser et agir sur leur situation de travail, pour regagner de la liberté d'action.

1. - Un environnement de travail qui respecte l'intégrité physique, mentale, sociale : un contexte de propreté, sain, sans entrave aux coopérations nécessaires entre travailleurs, où les règles sociales sont appliquées.
2. - Des marges de manœuvre (pour construire des stratégies de protection) :
 - spatiale : la place de se mouvoir ;
 - temporelle : les temps de récupération ;
 - sociale : pouvoir négocier l'organisation du travail.
3. - Le sens : à quoi sert ce que je fais ? À quoi je sers ? Quelle contribution, quelle place ai-je dans « la transformation du monde » ?
4. - La reconnaissance par :
 - l'encadrement : récompense, bon travail ;
 - les pairs : construire les règles de métier, beau travail ;
 - le terrain : feed back sur l'utilité du travail et sa qualité.

Construire sa santé au travail exige de voir évoluer chacun des items de ces quatre registres vers le positif. Qu'un ou plusieurs de ces registres évoluent négativement et la pathologie est au bout. Ce sont autant de sujets de débats avec les salariés, de sujets d'analyse pour l'action syndicale, de coopération, de confrontation avec les professionnels de la santé au travail, au premier rang desquels les médecins du travail, et d'élaboration revendicative pour une négociation sociale.

Défi social

La « planétarisation » forcenée du libéralisme constitue un puissant moyen pour les multinationales d'accélérer la mise en concurrence dans toutes les dimensions où se joue la santé, et d'accroître le taux de rentabilité financière. C'est bien là que s'enracinent les formidables inégalités de santé qui s'accroissent. L'espérance de vie progresse en moyenne, certes, mais toutes les catégories socioprofessionnelles ne bénéficient pas de ces progrès de la même manière. Les inégalités se creusent dans tous les domaines et sur tous les axes, au sein même des pays, entre les régions, entre les pays, entre Nord et Sud, au sein des établissements des entreprises, suivant les droits sociaux en vigueur. Les inégalités sociales et particulièrement dans le domaine de la santé au travail sont au cœur même de la « compétitivité » des entreprises. Nous souhaitons rassembler salariés (actifs avec ou sans emploi, retraités) et professionnels de santé et de prévention, pour agir et peser afin de créer les conditions de construction de la santé au travail. Ceci constitue sans nul doute le défi social majeur et incontournable qui émerge en ce début de XXI^e siècle. Il s'agit d'un enjeu fondamental à l'échelle de l'humanité elle-même, que ce soit en terme « de développement durable » (humain et environnemental), comme « de relations pacifiques internationales », alors que la compétitivité des capitaux se nourrit notamment de leur déstabilisation.



Première partie

La situation du système de prévention des risques professionnels

Rappel historique

Les lois fondamentales successives concernant les risques professionnels marquent les étapes. Loi du 12 juin 1893 concernant « l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels » : première loi cadre instituant l'obligation de prévention des employeurs en matière de risque pour la santé au travail, 1916 : création de l'inspection médicale des usines d'armement qui préfigure la médecine du travail, 1946 : création de la médecine du travail. Mais en 1898 : système de réparation forfaitaire des accidents du travail, 1919 : élargissement aux maladies professionnelles, 1947 : création de la commission Accident du travail/Maladie professionnelle (At/Mp), 1994 : création de la branche At/Mp.

Sans minimiser l'importance de la **réparation** des atteintes à la santé au travail et le progrès qu'elle constitue pour les victimes, il faut remarquer que les différents systèmes mis en place, dans ce cadre, restreignent la visibilité en matière d'At et de Mp. C'est la nature même du compromis social dont elles émanent.

A noter également, dans l'évolution historique, que les grands actes concernant la **réparation** sont toujours précédés par des avancées collectives en matière de **prévention**. Tout se passe alors comme si les employeurs détournent le regard vers la **réparation** pour faire oublier que leur premier devoir légal demeure la **prévention**.

Ainsi récemment dans l'affaire de l'amiante, que d'effort déployés pour minimiser son impact sur la santé, pour entraver les actions de médecins du travail mettant en visibilité ses effets et pour dissuader les autres de s'y intéresser, pour mener des actions de lobbying en direction des pouvoirs publics pour camoufler le désastre. Il s'agit-là d'un cas d'école sur les pratiques patronales constantes : d'un côté la **réparation** « oublie » de s'intéresser à l'intégralité des atteintes à la santé par le travail, de l'autre elle sert d'alibi aux « imperfections » entretenues du système de **prévention** chargé de les mettre en visibilité pour les prévenir.

Ce contexte essentiel est souvent oublié lorsqu'on retrace l'évolution du système de prévention des risques professionnels. La médecine du travail, les services prévention de la branche At/Mp se sont développés dans un contexte de main mise par le patronat chargé d'organiser les services de médecine du travail et de l'administration de la branche At/Mp.

La création des Chs puis des Chsct a été une avancée indubitable dont l'importance n'a pas encore été saisie par une partie du mouvement syndical. Celui-ci n'a parfois pas perçu la nature politique des questions de santé et leur caractère crucial dans les processus d'exploitation de la force de travail. La stratégie patronale de mise en place de compensations financières du risque et de réparation de ses effets, et ses entraves (en particulier en moyens) des Chsct ont fait le reste.

A ce contexte général, il faut ajouter la grande influence d'une tradition eugéniste⁽¹⁾ dans le courant médical français depuis le premier quart du 19^e siècle qui marque profondément la pensée médicale du côté de la sélection « pour leur bien » des plus « aptes ». L'inspirateur officiel de la médecine du travail, le Dr. Villermé, donne, au milieu du 19^e siècle, comme justification politique à ses conseils, par ailleurs novateurs, de transformation des conditions de travail dans les fabriques, une amélioration de la qualité des conscrits et relève au passage l'irresponsabilité des prolétaires en matière d'habitude et d'hygiène de vie. Cela explique en partie l'existence d'un courant professionnel, toujours présent actuellement, qui sous-estime l'impact du travail et des conditions de travail sur la santé, et met en avant les fragilités individuelles auxquelles les altérations de santé sont rapportées pour sélectionner la main d'œuvre.

Cela explique que les avancées en matière de prévention se sont en fait le plus souvent produites malgré (au mieux) l'indifférence de la majorité des professionnels en santé au travail de l'époque plutôt impliqués dans la mise en place, à la fin du XIX^e siècle, du système de la réparation (doctrine et indemnisation) sur le fond d'un consensus existant depuis le début de la révolution industrielle en France, attribuant aux facteurs de risques professionnels un rôle secondaire par rapport à une position moralisatrice dominante, considérant que les malheurs proviennent, en premier lieu, du comportement des individus et non des expositions aux risques professionnels.

Dans un tel contexte, la médecine du travail, seul exercice médical dans un champ de rapports de force et de lutte sociale, a évolué en plusieurs phases depuis sa création sous l'impulsion en particulier de la représentation des travailleurs mais aussi d'un travail théorique constant. La première phase a été de lui confier, au sortir de la guerre, la lutte contre les fléaux sociaux que représentait alors la tuberculose d'où la mise en œuvre d'un examen radiologique pulmonaire pour tous les tra-

vaillieurs. Cette phase, bien qu'utile, a eu pour conséquence de fixer les représentations d'une médecine de dépistage sans lien direct avec les risques du travail. Pourtant, progressivement, l'apport théorique (les progrès de la recherche en santé travail) a permis de mieux cerner les conditions dans lesquelles organisation et conditions de travail permettent, ou non, aux salariés de construire leur santé au travail. Il a permis tout d'abord, une période plus centrée sur la toxicologie et les normes répondant aux caractéristiques d'un système productif classique. Puis des progrès théoriques permettent d'investir la question des conditions de travail en s'aidant de l'ergonomie.

Enfin vient au premier plan, avec l'économie libérale, la question de l'aliénation sociale à laquelle répond la psychodynamique du travail et certaines approches de psychologie du travail.

Pour un coût dérisoire (**actuellement inférieur à 1 % des dépenses de santé**), à chaque évolution du système productif ou de services, l'aile marchante de la médecine du travail a pu se référer à des techniques pertinentes d'investigation et d'action. Ce n'est donc pas son absence de pertinence qui est la véritable raison d'une réforme patronale du système de prévention des risques professionnels.

En fait le véritable motif des entraves est bien que cette médecine de première ligne positionnée explicitement du côté de la prévention, s'oppose à l'invisibilité voulue par certains, des effets des risques professionnels. Et par sa nature même, elle contredit l'exclusivité des approches curatives en matière de système de santé, si lucratives pour le lobby médico-industriel. Or, faire du profit « *contre* » la santé des salariés en amont et faire du bénéfice en aval avec le soin, sont les deux faces d'un même système.

La situation avant la réforme

Les évolutions évoquées ci-dessus, fruit du travail collectif d'une minorité de médecins, si elles sont fondées sur la loi de 1946, reposent sur un parti pris de hiérarchisation entre prévention et réparation que ne trace pas explicitement le texte fondateur qui ne fixe pas le véritable objet de la médecine du travail, insiste sur le dépistage en vue de réparer et dans lequel le mot « *prévention* » n'est pas écrit.

Ces médecins estiment conformément à la loi que leur exercice est un exercice spécialisé de prévention dans lequel le dépistage des atteintes à la santé dues au travail (prévention secondaire), ouvrant droit à réparation, n'est pas une fin en soi mais bien un argument de prévention. Dans l'absolu, ils estiment que la prévention primaire devrait éradiquer les atteintes à la santé dues au travail. C'est, en partie, sous leur influence que se structure progressivement la loi française (en particulier à partir de 1969). Cette dernière reste toutefois très frileuse en matière d'obligation de moyens des employeurs en matière de prévention et finalement c'est sous l'impulsion des directives européennes que

l'obligation de moyens en matière de prévention s'inscrira dans la loi. L'obligation de résultat en matière de prévention découlera de la jurisprudence de la cour de cassation en filiation d'esprit avec la loi de 1893.

La prévention des risques professionnels engage la responsabilité des employeurs. Cette responsabilité se décline en deux obligations distinctes :

- celle de prise en compte des risques par le chef d'établissement (article L.231-2 et suivants du Code du travail) par une expertise technique exclusive ;
- celle d'organiser un service de médecine du travail (article L.241-1 et suivants du Code du travail) constituant une prévention médicalisée à disposition de tous les acteurs sociaux.

Une troisième obligation concerne pour les entreprises de plus de 50 salariés l'organisation d'un comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (Chsct) dont l'importance est déterminante pour que la prévention soit effective.

Issue de la sélection eugénique des travailleurs, méjugée, donc peu attractive, et de ce fait condamnée à un sous-effectif chronique de praticiens, une frange de la médecine du travail s'est peu à peu émancipée et s'est constituée en spécialité médicale originale qui tente, comme l'impose la loi, d'éviter toute **altération** de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Uniquement préventive et centrée exclusivement sur le travail, elle a donné naissance à un exercice médical particulier à la convergence :

- d'une clinique médicale individuelle qui envisage la santé du sujet dans ses rapports au travail ;
- et d'une observation du fonctionnement des collectifs de travail.

Ces deux regards s'articulent de façon diachronique (l'une après l'autre dans le temps) et synchronique (ensemble dans l'exercice médical).

Si elle est exercée avec compétence et indépendance, elle pose la question essentielle de la compatibilité de deux droits humains fondamentaux : le droit à la santé et le droit au travail.

Dans un contexte de scandales sanitaires, dont celui de l'amiante, d'augmentation des dépenses de santé, de mise en garde des pouvoirs publics, chargés de faire prévaloir l'intérêt général, les employeurs maintenant investis d'une « *obligation de sécurité de résultat* », confrontés à l'influence croissante des victimes du travail, commencent à considérer que les médecins du travail pourraient bien devenir les témoins gênants des atteintes à la santé qui sont, non seulement, des conséquences de l'exploitation du travail mais, de plus en plus, le moteur même du profit.

La réforme et l'accord national interprofessionnel « *Patronat, Cfdt, Cgc, Cftc* »

L'accord interprofessionnel minoritaire de septembre

2000, conclu entre les organisations patronales et la Cfdt, la Cgc et la Cftc, est à interpréter, malgré la bonne foi évidente des organisations de salariés signataires, comme une machine à construire l'invisibilité des atteintes à la santé.

Grâce à un rapport de force qui consacre le pouvoir de l'entrepreneur sur un système ayant pour vocation première de le contraindre à respecter la santé de ses subordonnés, la prévention devient un paysage en trompe-l'œil.

Les dispositions de l'accord affaiblissent le regard médical spécialisé des médecins du travail en leurs substituant soit des médecins sans professionnalité soit des spécialistes sans véritable statut d'indépendance. Il tente de vider les consultations médicales de leur contenu spécifique en les espaçant et en réduisant leur durée. Le paritarisme est ici un jeu de dupe, les employeurs faisant bloc et dévoyant telle ou telle représentation des salariés ce qui leur confère tout pouvoir de décision.

Les employeurs instrumentalisent même la pluridisciplinarité en la réduisant à des associations dont certaines sont liées aux organisations patronales.

L'État se désengage de ses obligations envers l'intérêt public, donnant la primauté en matière de prévention des risques pour la santé au patronat, c'est-à-dire à ceux qui ont tout intérêt à en dissimuler les conséquences. En particulier il enjoint à ses services extérieurs de devenir les supplétifs d'intérêt privés. Cet accord considéré comme non directement applicable, puisque minoritaire, et donc inexistant par le Tribunal de grande instance de Paris, prépare pour l'avenir des catastrophes sanitaires d'ampleur comparable à celle dont est en partie responsable le comité permanent amiante.

Les évolutions actuelles

Considérant cet accord comme représentatif, le législateur en a traduit les dispositions sous la forme de modifications réglementaires qui pourraient permettre aux employeurs une véritable mainmise sur le système de prévention des risques professionnels. Le résultat pourrait être de confisquer au seul profit du patronat la visibilité des conséquences du travail sur la santé et donc leur invisibilité pour tout autre.

Ainsi, les nouvelles dispositions réglementaires ont pour conséquence de priver de moyens spécifiques l'échelon médicalisé de prévention et d'affaiblir le contrôle social. Elles ont accessoirement pour effet de transférer une partie des ressources de la prévention médicale vers la gestion des risques ce qui frise l'abus de bien social (prestations facturées aux services inter-entreprises vers des groupements d'intérêts économiques patronaux dans le cadre de la pluridisciplinarité) et de transformer la médecine du travail en supplétif de la gestion des risques en subordonnant la prévention médicalisée des risques professionnels à l'autorisation exclusive ou à l'initiative des « entrepreneurs ».

Deux corps de texte réglementaires ont été récem-

ment rédigés :

- les décrets et arrêtés, publiés en 2003 et 2004, concernant la pluridisciplinarité (voir plus bas) mise en place par la loi de modernisation sociale et l'intégrant au code du travail ;
- un décret publié fin juillet 2004 concernant les services de santé au travail.

Son projet avait été refusé par l'ensemble des organisations représentatives de salariés. Malgré quelques changements de dernière minute, son application ôtera à la médecine du travail sa cohérence d'exercice et ses marges de manœuvre. Les risques qui la guette sont en lien avec l'étranglement volontaire du côté de la formation des médecins (*numerus clausus* exagérément faible en fin de première année), mis en place depuis des années, les tendances au détournement vers la gestion des risques, son déventement par des spécialistes moins indépendants.

La philosophie de base de ce décret confirme les orientations déjà perceptibles dans le décret « pluridisciplinarité ». Les Sst, c'est à dire les employeurs, se substituent à l'initiative indépendante des médecins du travail qui deviennent de simples supplétifs des initiatives et donc souvent du camouflage patronal. Le nouvel article R.241-47 est particulièrement symptomatique de cette involution. La gestion des risques et donc la réparation impose illégitimement son poids sur la prévention du point de vue de la santé des salariés. C'est dans ce contexte d'atteinte aux principes d'arbitrage de l'état du point de vue de l'intérêt général et de risque grave d'atteinte à l'indépendance des médecins, qu'il faut interpréter ce texte dont les conséquences néfastes ne seront pas longues à apparaître.

En détail, dans ce décret :

- le passage d'une périodicité de visite systématique à deux ans ;
- la mise en place de valeurs « plafond » en « entreprises », « visites » et « effectifs » par médecin permettant un calcul d'effectif à la hausse et d'activité à la baisse couplée à l'obligation de 150 demi-journées identifiées de tiers temps (par ailleurs souhaitable) ;
- la notion de surveillance médicale renforcée qui se substitue aux surveillances médicales particulières et pouvant être fixée par la branche.

Constituent un changement majeur qui pourrait déboucher automatiquement sur la diminution du temps consacré à chaque consultation médicale professionnelle. D'une pénurie actuelle de médecins du travail supérieure à un millier, on passerait à un excédent tel que les employeurs se préparent à licencier parmi ces professionnels ! Ce qui fait le cœur de notre métier deviendra alors une course contre la montre. Cette baisse de qualité altérera la pertinence de l'exercice et la confiance des salariés.

Ce texte prévoit des clauses sensées assurer l'indépendance du médecin dans tous ses domaines d'activité :

- l'embauche et le licenciement du médecin font

l'objet de procédures plus contraignantes pour les employeurs où interviennent la représentation du personnel, dont l'accord est exigé, et l'inspection du travail ;

- les changements de secteurs dont est chargé le médecin sont encadrés par des dispositions semblables ;
- les moyens de la représentation du personnel en service interentreprises sont un peu améliorés et un rapport comptable est établi.

Mais, faute d'un contrôle social et de l'État effectif, ce sont des dispositions de pur alibi. Ainsi la création d'une commission médico-technique où sont absents les représentants des salariés, pourrait avoir pour effet d'accroître l'influence des employeurs sur les médecins du travail.

Plusieurs rapports de l'Igas mettent très sévèrement en cause le fonctionnement du système actuel et ses bases. Les dispositions réglementaires nouvelles sont une toile peinte en trompe-l'œil destinées à cacher les responsabilités politiques de la situation future. Les conséquences de cet abandon seront une aggravation des atteintes à la santé en rapport avec le travail et déboucheront sur des scandales sanitaires professionnels. Nous souhaitons prendre acte ici de cette fuite en avant pour n'être ni les complices, ni les boucs émissaires de cette mauvaise action.

Se développe parallèlement à ces évolutions une Opa du ministère de la santé sur la médecine du travail. La crainte n'est pas celle d'une participation des médecins du travail à la veille en santé publique mais bien celle que la spécificité de l'abord des questions de santé au travail soit noyée dans la santé publique.

Malgré les défaillances du ministère du travail il n'est peut-être pas entièrement opportun de céder à cette sollicitation. De ce point de vue, à titre d'exemple, le « *Plan Cancer* » n'est pas rassurant dans la mesure où il minimise l'influence des facteurs professionnels dans la survenue de ces maladies (5 à 10 % des 285 000 cas annuels selon l'Inrs). Dans un secteur très influencé par le lobby des industriels de la santé, la question de la gestion des risques sanitaires est écartelée entre des principes d'intérêt général et le poids des intérêts particuliers. Cela n'en fait pas le meilleur lieu de rattachement pour la santé au travail.

Ce décret ne répond pas à une exigence grandissante des professionnels de la santé, des grandes organisations syndicales, et en premier lieu de la Cgt, de doter enfin le pays de moyens de prévention tels qu'ils étaient prévus, dans l'esprit de leurs fondateurs, dès la création de la Sécurité sociale, outil conçu d'abord pour porter la prévention, avant d'être outil de réparation de la santé par l'accès à tous au soin .

Le contrôle social

Le contrôle social sur le fonctionnement de la médecine du travail et l'activité du médecin est assuré, en droit, par le comité d'entreprise (entreprises d'une cer-

taine taille) ou par un organisme représentatif ou paritaire (entreprises de petite taille). Ces deux formes ne sont pas équivalentes et la représentation manque parfois de légitimité dans le second cas du fait du peu de moyens dont dispose la représentation du personnel, sa formation insuffisante et parfois son détournement par les employeurs. Le Chsct participe pour une part à ce contrôle social étant également destinataire de documents réglementaires (fiche d'entreprise, plan d'activité en milieu de travail). Est ainsi institué un droit de regard de la communauté de travail sur la médecine du travail qui répond à trois finalités, déontologique, technique et sociale :

- c'est grâce à ce contrôle par les représentants des salariés qui examinent, et donnent consentement à ses actes, que le médecin du travail n'enfreint pas le principe du libre choix du médecin par le patient ;
- techniquement, rendre compte dans ce cadre est à la fois fondateur et le contrepoids à l'indépendance dont jouit le médecin du travail en garantissant la confiance indispensable à tout acte médical ;
- le contrôle social est enfin le cadre dans lequel peuvent naître les débats sur les questions de prévention des risques pour la santé au travail.

C'est parfois au médecin du travail d'initier ce débat en intervenant du point de vue de la santé dans les organismes de contrôle social ce qui est sans doute une caractéristique essentielle de sa professionnalité.

En pratique, en service autonome, les médecins du travail subissent l'influence directe des employeurs. Les pressions sur les moyens de l'exercice, le statut professionnel des médecins, les menaces directes ou indirectes, permettent aux employeurs, d'opérer un contrepoids très efficace au contrôle social des salariés. Par exemple, le patronat peut sélectionner ceux qu'il pense être les médecins les plus dociles et les plus complaisants à sa politique (il y a parfois des surprises !), en jouant sur le privilège d'embauche dont excipe régulièrement l'inspection du travail chargée de trancher en cas de désaccord.

En service interentreprises, c'est sur la nature et les moyens de la représentation que joue le patronat pour l'affaiblir. En atomisant la représentation des salariés, en circonvenant certains, en détournant les règles de désignation, en entravant le regard par l'absence de moyens en formation et en temps, les employeurs rendent le contrôle social inopérant. Cela représente une véritable faillite du système puisque les services interentreprises suivent 95 % des salariés. Il existe donc un déséquilibre évident entre le pouvoir de gestion des employeurs sur les services de santé au travail et celui du contrôle par la représentation du personnel c'est à dire des « patients du médecin » sur ces mêmes services. Cette disproportion donne un pouvoir exorbitant aux entrepreneurs, de l'utiliser pour faire pression sur l'indépendance des médecins du travail. Tant que durera cet état de fait, aucune crédibilité ne pourra être accordée aux éventuelles réformes d'un système qui porte ainsi en lui les germes évidents de son échec. Le

contrôle social doit avoir voix au chapitre de l'organisation de la prévention. Ce n'est pas au patronat à déterminer, au prétexte qu'il la finance, les orientations en matière de santé au travail. C'est à l'État au nom de l'intérêt général et au contrôle social au nom de l'intérêt des salariés.

Il faut ajouter à cela que du point de vue du droit des usagers du système de santé récemment mis à jour, les associations représentatives des usagers du système de santé se voient conférer un rôle prépondérant dans l'évolution et le fonctionnement du système de santé. La crédibilité de la médecine du travail et sa nécessaire conformité à la loi, comme composante du

système de santé imposent donc un rééquilibrage du poids de la représentation du personnel en matière d'organisation et de gestion des services de santé au travail. ■

⁴⁹ L'eugénisme ou sélection des humains sur des critères soit disant scientifiques est historiquement en lien avec les idéologies raciales « scientifiques » qui supposent l'existence de « races humaines » et de sous-groupes humains hiérarchisés par rapport à des critères subjectifs pseudo scientifiques. Ces thèmes formalisés en particulier par des médecins français au 19^e siècle serviront en partie de base théorique aux doctrines racistes nazies. (lire à ce sujet : P-A Taguieff, « *La couleur et le sang : doctrines racistes à la française* » - Éditions mille et une nuits - 1998).

Deuxième partie

La Cgt et la Santé au Travail

Le point de vue de la santé ; la centralité du travail

Intervenir du point de vue de la santé, c'est intervenir exclusivement dans l'intérêt de la santé en laissant au débat intime (celui de l'individu) ou au débat social (de la communauté concernée, par exemple de travail) l'arbitrage de cet intérêt avec d'autres déterminants. Ce n'est pas se désintéresser de ces autres facteurs mais bien au contraire les peser, dès lors qu'ils interviennent sur la santé, pour donner des moyens d'appréciation au(x) sujet(s). Il ne s'agit pas ici d'être neutre ou impartial mais bien engagé du côté de la santé du sujet, non pour se substituer à sa décision mais pour l'éclairer et lui permettre ce choix personnel, cet exercice de liberté que constitue notre rapport à notre santé.

Le travail est il facteur de santé ? Ne pas en avoir, par exemple être au chômage, l'altère. Cela implique-t-il que la réciproque soit vraie ? Comme nous le rappelle le texte introductif, ce n'est donc pas tant le travail qui importe, mais bien « quel travail ».

Dans un système contraint, le milieu de travail, où règne en maître le droit du propriétaire, la santé est une variable qui conditionne le résultat attendu. Si l'intérêt de l'entrepreneur est bien, en général, d'employer des salariés en bonne santé, il n'est pas toujours de son intérêt de les maintenir en bonne santé, si le prix de ce maintien se fait au détriment du profit qu'il espère réaliser.

Dans un système productif stable et amorti, le gain peut « justifier » des mesures de protection de la santé des salariés. Dès lors que la période est plus difficile, la variable d'ajustement du profit peut devenir la santé des salariés. Lorsque que la santé est compromise au

travail ou par le travail et que cela atteint la productivité du travailleur, la solution la plus simple pour l'employeur est le renvoi du salarié et sa substitution par un plus jeune ou un sujet en meilleure santé. Ainsi des études scientifiques montrent que beaucoup de chômeurs sont en fait des victimes du travail dont l'entreprise s'est débarrassée.

La santé de « l'objet productif » (le salarié) occupe ici une place centrale dans la valeur économique du travail. Cela explique en miroir que le travail soit central dans la construction de la santé du sujet salarié.

Ce qui en fait une valeur centrale n'est pas seulement en rapport avec les conditions de travail. C'est la capacité du salarié à agir qui est ici facteur positif. Non seulement lui faut il agir pour obtenir de meilleures conditions de travail, mais l'action en elle-même, les marges de manœuvre qui la permettent, le jugement qu'elle entraîne sur sa finalité, son résultat ou son déroulement, peuvent aller dans le sens de la construction de la santé. Encore faut-il que les marges de manœuvre soient réelles et que le jugement qui s'applique soit empreint de justice (inter comparaison) et de justesse (pertinence à la situation) pour permettre une véritable reconnaissance. Cette visibilité de l'action est nécessaire au processus de reconnaissance, elle ne peut être secrète ou isolée. C'est à travers une communauté d'action et le plus souvent une action commune que se construisent les règles de métier entre salariés, garantes de la normalité. Car le travail « c'est l'activité coordonnée des femmes et des hommes pour faire ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail ».

Dès lors que le travail est vécu comme pure contrainte de quelque nature qu'elle soit, la santé du sujet est forcément en danger.

La tentation est de couper l'aspect individuel immédiat de la santé : le physique et le psychique du troisième terme de la définition (si souvent oublié, mais est-ce un hasard ?) : ses caractéristiques sociales qui sont soit valorisées soit en péril dans l'activité de travail.

La santé au travail : une question d'ordre public social

Certains estiment que le paradoxe de la démocratie consiste en ce qu'elle naît au contact du milieu où elle n'a pas vraiment droit de cité : le milieu de travail. C'est de ses troubles que naissent les crises, c'est sur ses succès que se construisent les droits. La question de la santé au travail illustre parfaitement cette thèse. A côté du sort réservé aux femmes, une société se juge sur la façon dont elle traite la santé des travailleurs. Les inégalités sociales de genre et les inégalités sociales de santé sont la plaie de notre pays, placée, dans ces domaines, en queue du peloton des pays européens. Ces inégalités signent l'incapacité historique de l'État de jouer en France le rôle de garant de l'intérêt général. Les Hommes naissent libres et égaux en droit mais, comme le disait un humoriste, certains sont, au yeux de l'État, plus égaux que les autres ! D'où la montée des procès en responsabilité du pouvoir politique intentés par les victimes.

Dans un contexte d'augmentation des dépenses de santé, et comme l'a démontré le détournement vers la branche maladie de la Sécurité sociale d'une partie des coûts de la branche At-Mp, des personnes privées, les entrepreneurs, font supporter une partie des conséquences de leur activité sur la santé de leur subordonnés, par la communauté nationale. Certains évoquent à ce sujet un détournement de fonds publics. Le secteur privé des entreprises impose son poids économique au détriment de l'intérêt commun.

Pourtant, la Constitution garantit le droit à la santé **et** le droit au travail ce qui fonde l'utilité d'un regard médical spécialisé dans cette enclave de perte de droits que constitue trop souvent l'entreprise. Ces droits constitutionnels et leur nécessaire complémentarité, font de la santé au travail une question d'ordre public social. C'est à l'État et à ses services de veiller au respect de cet ordre public social. Concrètement, cette surveillance est assurée par les Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Ce contrôle administratif qui devrait imposer le respect des dispositions réglementaires, est en grande partie détourné de cette finalité au profit d'un rôle de « conseil » des employeurs et de complaisance envers le système de prévention mis en place par ces derniers dans le cadre de l'accord minoritaire. Non pas tant que les agents chargés de ce travail de contrôle s'y prêtent volontiers, mais parce que l'organisation administrative et la raréfaction des moyens les neutralisent (environ 3 000 agents pour 21 millions de salariés et 1,5 million d'entreprises). Cela est caractéristique du repli de

l'État libéral et de son abandon de ses responsabilités en matière de garanties des droits des citoyen(ne)s, en particulier dans le champ des garanties collectives et individuelles au travail. La responsabilité politique des inévitables dérives que cette démission de l'État engendre déjà et engendrera doit être clairement posée.

Santé au travail et santé publique

La médecine du travail a été construite sur deux bases :

- en 1946 la lutte contre les fléaux que sont les maladies infectieuses telle la tuberculose ;
- de réforme en réforme la prévention primaire : « éviter l'altération de l'état de santé du travailleur du fait de son travail » et adapter le travail à l'homme.

D'un côté un pur objectif de santé publique, de l'autre une mission liée à la santé au travail. Le débat revient en force actuellement avec la réforme. Deux positions se confrontent dans le débat :

- soit la santé publique structure la santé au travail ;
- soit la santé au travail est au cœur de la santé publique.

Les tenants de la première position veulent transformer les médecins du travail en médecins de prévention dans la lutte contre la drogue, le tabac, l'alcool, le Sida, le cholestérol... Ils seraient alors chargés :

- de faire du dépistage (prévention secondaire), de l'éducation sanitaire ;
- de sélectionner les salariés dans une acception hygiéniste de l'aptitude.

Ils participeraient à des études épidémiologiques de santé publique. Le lien avec le travail ne serait donc que celui de la décision d'aptitude.

Pour d'autres, le médecin du travail a une mission de veille, d'alerte, de prévention primaire contre les risques professionnels et de défense de la santé des salariés quand il propose d'adapter les postes de travail à leur état de santé. Il participe à la lutte contre les grands fléaux sociaux quand il pose sans cesse la question du travail, de son organisation et de ses conditions.

Par exemple, la lutte contre les cancers professionnels et pour leur reconnaissance, doit faire partie intégrante, et de manière prépondérante (dans la mesure où le facteur de risque peut être supprimé), de la cause nationale présentée récemment par le Président de la République. En effet, des chercheurs attribuent à des causes professionnelles plus de 15 000 cancers par an. Des actions de même nature sont à mener au regard du handicap généré par le travail. Ainsi, les troubles musculo-squelettiques sont en très grande majorité d'origine professionnelle. L'organisation du travail actuelle est à l'origine de troubles psychiques s'accompagnant de prise de médicaments psychotrope d'alcoolisme, de toxicomanie, de tabagisme.

Alors que la dureté des conditions de travail et de leur retentissement toujours plus négatifs sur la santé des salariés est un constat journalier, une campagne médiatique qui accuse pêle-mêle les comportements à risque des français et l'attitude irresponsable des médecins, tente de cacher l'évidence : les inégalités sociales de santé sont, en France, les plus importantes de la communauté européenne, les maladies professionnelles sont en constante inflation, les salariés âgés ou handicapés sont fréquemment pénalisés, les atteintes psychosociales dues au travail sont de plus en plus fréquentes. Des rapports officiels mettent en lumière de très importants transferts de coûts des caisses At-Mp vers celles d'Assurances maladie au détriment de ces dernières. C'est bien entendu dans ce contexte qu'il faut interpréter l'augmentation des dépenses de santé.

L'adaptation du travail à l'homme permettrait, en faisant disparaître ou en diminuant au niveau le plus bas possible les risques professionnels, de faire régresser les pathologies professionnelles qui affectent notre société. En restituant les marges de manœuvres dans le travail, elle permettrait aux individus de construire leur santé dans et avec la collectivité.

Les médecins du travail en s'occupant de la santé au travail, participent en fait à la santé publique. Ils oeuvrent pour une entreprise plus sûre pour la santé des salariés y travaillant et donc aussi pour celle des populations vivant dans leur environnement.

Pour la Cgt, le médecin du travail participe ainsi doublement à la Santé Publique par son action spécifique directe en Santé au Travail. La Santé au Travail devrait donc en partie structurer spécifiquement la Santé Publique.

Prévention ; gestion des risques et visibilité

La prévention des risques pour la santé, de la responsabilité juridique des employeurs, est en fait le résultat d'un dialogue social dans l'entreprise et dans le champ de la santé au travail, alimenté, du point de vue de la santé, par les services de santé au travail. La pertinence de ce dialogue repose sur un contrôle social et administratif, efficaces. Les interventions des acteurs réglementaires : médecins du travail (point de vue de la santé), experts de l'employeur (point de vue de la gestion des risques en lien avec les responsabilités du chef d'établissement) et experts choisis par la représentation du personnel dans le cadre du Chsct ou du Ce, doivent être bien séparés, du fait des statuts distincts de ces professionnels. Il n'y a pas de prévention sans visibilité sur les risques, leurs causes et leurs effets. Même si des coopérations sont possibles au prix d'une formalisation stricte, les différences d'approche des questions de prévention et les contrôles distincts de l'activité de prévention (par la totalité de la communauté de travail à travers le contrôle social pour le médecin, exclusivement par le donneur d'ordre pour

l'expert managérial, par la représentation du personnel en matière d'expertise du Chsct) imposent de bien distinguer ce qui relève de l'un et de l'autre secteur. La nécessaire complémentarité des approches est formalisée par des documents qui sont autant de balises de responsabilité. La fiche d'entreprise engage la responsabilité du médecin du travail en matière de repérage des risques, le document unique d'évaluation des risques formalise celle du chef d'établissement, les expertises demandées par le Chsct mettent en évidence la pertinence du regard des représentants des salariés.

Les médecins du travail engagent des actions de prévention primaire (repérage *a priori* des risques à partir de l'observation des conditions de travail et des témoignages individuels en particulier lors des consultations), des actions de prévention secondaire (repérage des effets des risques, déclarations des événements professionnels, par exemple aide à la déclaration des maladies professionnelles, établissement et recueil d'indicateurs de suivi), et des actions de prévention tertiaire (individuelles : aménagement des postes de travail, inaptitude, et collectives : conseils en matière de prévention des risques repérés, alerte sanitaire de risque environnemental ou psychosocial, conseils concernant les mesures d'urgence médicale). Le statut d'indépendance dont est doté le médecin du travail et un exercice personnel professionnel rigoureux doivent faire naître la confiance des sujets qu'il a en charge. La visibilité des risques et des atteintes à la santé au travail, est conditionnée par cette confiance. Pas de visibilité sans confiance, pas de confiance sans indépendance.

La dégradation de la santé du fait de l'organisation du travail

De nouvelles formes d'organisation du travail ont émergé ces dernières années dans le contexte de la mondialisation de l'économie, favorisées en France par la libéralisation des licenciements massifs depuis 1984. Au départ il s'agit surtout d'entreprises cotées en bourse où la qualité du service ou du produit devient secondaire et subordonnée à la rentabilité à court terme. Les entreprises sont régulièrement revendues au gré de l'engagement ou du désengagement d'actionnaires. Le sens du travail se perd et s'installe une conception appauvrie des relations humaines dans l'entreprise. Le salarié n'étant plus un être humain riche d'invention pour l'entreprise, mais un instrument mécanique et logique qui doit se soumettre aux règles du service plus ou moins définies au sommet, et au travail dans l'urgence. Des techniques nouvelles de management enseignent aux cadres comment manipuler mentalement les salariés pour les mobiliser et les soumettre et comment réprimer leurs propres sentiments et leur esprit critique. C'est un monde trop souvent dépourvu de loyauté, où le mensonge et la trahison parmi les cadres se sont banalisés. L'objectif général est l'intensification du travail au détriment de la qualité

qui n'est plus que le juste nécessaire. L'augmentation des cadences de travail génère des accidents de travail et des Tms. Plus généralement, l'urgence empêche les salariés de prendre le temps de mettre les équipements de protection individuels disponibles ou d'adopter les postures et les actes de prévention vis-à-vis des risques toxiques, biologiques, cancérigènes, physiques... Toutes les pathologies professionnelles peuvent être ainsi favorisées. La surcharge de travail et l'urgence entraînent également des blocages de la pensée et de l'imaginaire, une impossibilité d'inventer et de mettre quelque chose de personnel dans le travail, la mise en échec de la « *corropriation* » du travail, le tout aboutissant à une démotivation dans le travail, voire une véritable dépression. Des contrôles redoublés s'articulent éventuellement avec des dispo-

sitifs punitifs dont les diverses techniques de harcèlement, ou la maltraitance managériale (organisée par plusieurs personnes à l'encontre d'un ou plusieurs salariés). Les décompensations mentales graves s'accompagnent de passage à l'acte : démission brutale, abandon de poste, agression de collègues ou de clients, suicides, ou de symptômes psychotiques ou névrotiques. La décompensation peut se faire aussi sur le plan somatique, sans lien évident avec le type d'exposition professionnelle. Il faut donc, en cas de maladie, penser *a priori* à chercher la cause de la décompensation dans la situation de travail et dépister une souffrance à ce niveau. La précarité de l'emploi, la sous-traitance, le travail en flux tendu accompagnent ces nouvelles formes d'organisation du travail et en aggravent les effets délétères sur la santé. ■

Troisième partie

La profession de médecin du travail : du côté des règles de métier

La mission du médecin du travail

La loi en donne la définition suivante : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». C'est donc une pratique exclusivement centrée sur la santé des salariés afin d'assurer la prévention des risques professionnels (c'est-à-dire le retentissement négatif du travail sur la santé) et non la santé économique de l'entreprise.

Le médecin du travail est le seul médecin à avoir accès aux lieux de travail ; il peut donc identifier a priori les facteurs de risque présents au poste de travail et conseiller l'entreprise sur les actions à mettre en œuvre car c'est l'employeur qui est en charge de la gestion des risques.

L'accompagnement clinique lors des visites régulières permet d'éclairer le salarié sur les éléments de l'organisation du travail pouvant être à l'origine de problèmes de santé. Le salarié redevient acteur de la construction de sa santé et non objet d'un avis d'aptitude qui s'imposerait à lui ; voilà la base de notre pratique actuelle de médecin du Travail.

Construire sa santé au travail pose la question des moyens de cette construction. Ces moyens sont avant tout des marges de liberté à conquérir pour ne pas que la santé pâtisse des conditions de travail ou d'organisation (telles que le formalise par exemple le « droit de retrait »). Le rôle du médecin du travail consiste donc, dans ce projet, à créer les conditions de la préservation de marges de manœuvre individuelles et collectives qui permettent à chacune et à chacun un véritable choix de santé. On comprend donc que la notion d'aptitude parasite l'action préven-

tive du médecin du travail ; d'autant plus que d'après le dernier avis du Conseil d'État, ce qu'on attend du médecin du travail c'est ce qu'on pourrait appeler une « sélection biologique de la main d'œuvre » contraire à son éthique médicale. On voit ainsi que l'impact négatif grandissant du travail sur la santé des salariés, manifeste par l'augmentation des arrêts maladie, pose un vrai problème de santé publique du travail, voire d'assurance-maladie tout court.

Pratiquement, cette mission s'articule selon les trois axes préventifs traditionnels mais en les déclinant en actions tournées à la fois vers le salarié et la communauté de travail :

- la prévention primaire : repérage des risques a priori pour leur prévention en amont ;
- la prévention secondaire : veille sanitaire qui vise à repérer les risques existants et leurs effets sur la santé des sujets au travail et à aider à leur mise en visibilité individuelle et collective ;
- la prévention tertiaire : prescription d'aménagements du poste de travail individuel, conseils sur les conditions du travail, alerte sanitaire de risque environnemental ou psychosocial.

Le médecin du travail est ainsi en capacité, es qualité et en toute indépendance, de faire le lien entre une pathologie qu'il constate lors des visites médicales chez les salarié(e)s, et le travail qu'il peut analyser dans leur entreprise. Les médecins du travail doivent donc élaborer des règles de métier pour témoigner des atteintes à la santé, afin qu'il en soit débattu, en connaissance de cause, dans l'espace interne de discussion à l'entreprise.

Ce devoir d'alerte et de témoignage peut s'exercer par une mise à jour de la « fiche d'entreprise ». Cela ne constitue pas une atteinte au secret médical comme voudraient le faire croire certaines plaintes d'employeurs auprès du Conseil de l'ordre des médecins.

Qu'est-ce que l'exercice médical

La qualité de médecin impose que les actes professionnels répondent aux caractéristiques déontologiques ou techniques de l'exercice médical. Seul l'abandon définitif ou provisoire du titre de Docteur en médecine permet de se soustraire à cette obligation.

C'est le code de déontologie médicale qui résume les conditions générales de l'exercice médical légitime dont les piliers sont : la probité, le dévouement, la compétence, le respect de l'autre, l'humanisme, le secret, l'indépendance.

L'exercice médical n'est pas limité à la pratique des seuls actes cliniques individuels. Ainsi, en médecine du travail, l'intervention en milieu de travail, les conseils en matière de santé au travail à des organismes tels que le Ce ou le Chsct ou dans le cadre de politiques de prévention, par exemple, relèvent aussi de l'exercice médical.

L'exercice médical est personnel: chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes : le médecin sait qu'il assume, non seulement, la nature et la réalisation du geste qu'il doit faire, mais aussi, dans le cadre de la clinique médicale individuelle, le soutien d'un être humain en difficulté qui s'est confié à lui. Son action n'est toutefois pas assortie d'une obligation de résultat.

L'acte médical est assujéti à un certain nombre de règles, la première étant la primauté de l'individu dans le respect de sa dignité et de ses droits.

La confiance réciproque entre le médecin et le patient est un préalable à tout acte médical. Il n'est pas d'exercice médical possible sous la contrainte.

Dès lors que la relation n'est pas choisie mais fait l'objet d'une obligation, ainsi en est-il de la médecine du travail, cette confiance na va pas de soi mais doit être gagnée par la rigueur de l'exercice, le respect absolu du secret, la visibilité de l'action publique. L'indépendance affirmée et assumée du médecin du travail y participe.

Le médecin est pleinement responsable de ses actes et doit préserver son indépendance professionnelle et la soustraire de toute pression ou injonction, de toute influence, de tout jugé qui pourrait porter préjudice au patient.

L'exercice médical n'est pas en médecine du travail seulement curatif. Il l'est dès lors que les prescriptions médicales d'aménagement de poste, par exemple, ont pour finalité de faire cesser les atteintes à la santé. En effet prescrire une amélioration des conditions de travail est un acte thérapeutique qui a le même objet que la rédaction d'une ordonnance.

Il s'agit toutefois principalement d'un exercice préventif pour qu'aucune altération de la santé ne survienne du fait du travail et que l'intégrité physique, psychique ou sociale du travailleur soit protégée. C'est pourquoi, le terme de patients, réservé aux individus souffrants tend à être remplacé par celui de « sujets » qui introduit le droit fondamental de tout être humain d'exercer sa liberté éclairée en matière de santé.

Cela, depuis Hippocrate, constitue la position ontologique de l'exercice médical qui prend le parti de l'être humain plutôt que celui de la société. Dans un milieu, l'entreprise et en un temps où celle-ci se revendique comme valeur première et où les principes économiques prétendent se substituer aux principes humains et les rapports marchands aux relations humaines, l'exercice médical en médecine du travail est par définition difficile, paradoxal voire controversé. Pourtant si les médecins du travail cédaient aux sirènes qui les poussent vers une pratique « utile » aux objectifs de l'entreprise, leur exercice cesserait d'être un exercice médical et ils perdraient leur qualité de médecin. La question de l'intérêt général qui agite actuellement si fort l'opinion à propos des dépenses de santé mériterait avant d'être brandi que sa nature puisse être exposée aux vues de toutes et de tous.

Un exercice médical spécifique et original

La médecine du travail est une médecine de prévention et de conseil, et non de traitement, au sens médical habituel du terme. Prévention générale, donc d'orientation médicale et de conseil en cas de plaintes ou de symptômes constatés, mais surtout prévention des problèmes de santé générés par des risques au travail. L'analyse des risques professionnels commence par un premier repérage grâce à l'entretien avec le salarié lors de la consultation médicale professionnelle. L'existence des dangers est souvent connue du salarié. Il faut savoir aussi rechercher les dangers niés par le salarié dans le cadre d'une stratégie défensive de métier édifiée pour conjurer l'angoisse d'une atteinte à la santé (exposition à l'amiante par exemple).

A partir de ces premiers éléments et de notre connaissance a priori du métier et du poste, les vérifications seront ciblées et seront plus fructueuses lors de notre déplacement sur le lieu du travail : examen des locaux, du matériel, des produits, des procédures, de l'hygiène, du niveau d'éclairage et des gestes, des déplacements, des attitudes des salariés. Métrologie de tout type. Une attention particulière est portée sur le discours des uns et les autres sur les situations de travail (salariés, supérieurs et employeurs). Tout cela s'effectue dans un lieu où le conflit social peut toujours exister, du fait de la divergence structurelle d'intérêts entre employeurs et salariés. Parce qu'il faudrait à la fois préserver la santé, l'emploi et l'entreprise, la marge de manœuvre est étroite et, dans certaines situations, l'action doit mûrir et se faire étape par étape. Une particularité de notre mission est aussi, au niveau indivi-

duel, d'accompagner les salariés dans la compréhension de leur situation de travail et de leur santé afin qu'ils soient vraiment les décideurs de leur avenir. Il y a donc une éthique propre à l'activité de médecin du travail et un besoin de règles de métier. C'est en mettant en commun nos pratiques au sein de collectifs associatifs ou syndicaux, que s'élaborent ces règles.

Le secret médical

Le secret médical concerne tous les médecins. Il est défini par l'article 4 du code de déontologie médicale ⁽¹⁾ publié par décret. Il procède aussi du serment professionnel (la loi lie collectivement, un serment engage personnellement sur l'honneur). Le serment d'Hippocrate que prêtent les médecins (version de 1976 approuvée par le Cnom) précise : « admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés... ». Ce sont les pairs qui jugent si le serment a été tenu. Ce sont les juridictions compétentes qui se prononcent sur les infractions à la loi. Ce qui est un devoir n'a pas que des bases morales : pas de médecine sans confiance, pas de confiance sans secret. Il s'agit donc aussi d'une règle professionnelle.

Mais de la confiance de qui s'agit-il ? L'article 4 le précise clairement. Le secret est institué « dans l'intérêt des patients » ce n'est que lorsqu'il répond à ce dessein qu'il est légitime et que s'applique le reste de sa définition. Le secret médical est absolu. La seule personne à laquelle il ne soit pas opposable est le patient lui-même. Toute atteinte au secret, y compris de médecin à médecin, constitue une transgression. Au regard des pairs toute transgression peut et doit être pesée. Cela est différent de ce que la société requiert. Même si la Loi institue des exceptions au secret, cela signifie simplement que la transgression n'entraînera pas, dans ces cas, de sanction et en particulier que l'institution sociale que constitue le Conseil de l'ordre ne peut intervenir puisque le secret s'impose « dans les conditions définies par la loi ». Cela ne signifie pas toutefois qu'au regard des pairs la transgression, bien que licite, soit valide.

En pratique, les sollicitations à transgresser le secret au profit de l'employeur, parfois sans mauvaises intentions, sont banales, car fréquentes, dans l'expérience de tout médecin du travail. Rarement surviennent de véritables transgressions mais une jurisprudence est disponible⁽²⁾ à ce sujet.

L'exercice du métier de médecin du travail s'appuie, du fait de sa qualité de médecin et de son domaine d'intervention, sur deux socles juridiques : le Code de déontologie médicale et le Code du travail.

La loi définit sa mission ; « ... Éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail... » (Article L.241-2 du Code du travail). Un décret en Conseil d'État en détermine le sujet, en l'occurrence, la personne humaine, puisque le médecin : « au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission

dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité... » (Article 2 du Code de déontologie médicale).

Le secret n'étant pas opposable au patient et en application de l'article 50 du Code de déontologie médicale⁽³⁾, le médecin du travail peut être amené, s'il le juge nécessaire, à conseiller le salarié et à lui délivrer un document sur les risques existant en rapport avec des conséquences pour la santé, par exemple un extrait de son dossier médical, dont il pourra faire état, pour lui permettre de faire valoir, à sa convenance, ce que de droit. Depuis la loi de 2002 sur les droits des usagers du système de santé, tout sujet a le droit de consulter son dossier médical.

La fiche d'entreprise, le rapport annuel, les interventions en Chsct sont autant d'occasion de gagner ou de conforter la confiance des salariés. Ne pas faire la lumière sur les dangers pour la santé au travail à ces occasions en se retranchant derrière un secret de circonstance alors qu'aucune donnée individuelle n'est évoquée et que le médecin du travail devrait être « au service de la santé publique », serait prendre le risque de compromettre durablement la confiance des salariés.

Certains objecteront que ce métier requerrait la confiance de l'employeur. Mais il en est de la confiance comme de la grâce, selon Pascal. Il existe une confiance nécessaire : celle du sujet et une confiance contingente : celle de l'employeur. On ne peut exercer la médecine sans la confiance de ses patients ; on peut aussi exercer la médecine du travail en gagnant la confiance de l'employeur non par la complaisance à son égard mais par la rigueur et la qualité de son exercice. Il est certain que, pour un médecin du travail, trahir le secret médical au profit de l'employeur en imaginant gagner ou conserver sa confiance, au risque de perdre celle des sujets dont la santé lui est confiée, serait un marché de dupes. S'abstenir de dire à la collectivité de travail ce que l'on constate en matière de risque expose au même résultat.

Mais existe-t-il des situations où se retrancher derrière le secret médical pour ne pas agir, constituerait une faute ?

Marceau Long, vice-président du Conseil d'État, écrivait lors d'un congrès d'éthique médicale, organisé par le Cnom en 1991⁽⁴⁾ : « le secret médical doit demeurer une garantie fondamentale pour le patient et le médecin, mais l'intérêt de la santé publique ne doit pas permettre qu'il soit le refuge derrière lequel on s'abrite alors que le respect de la personne n'est pas mis en cause ». Il paraphrase l'article 2 du Code de déontologie⁽⁵⁾ qui institue une hiérarchie dans l'action du médecin : d'abord l'individu puis la communauté, mais sans oublier la communauté. D'autres jurisprudences évoquent l'importance de considérer « l'obligation d'assistance à personne en danger »⁽⁶⁾.

N'est-ce pas précisément la situation que rencontre un médecin du travail qui est confronté à la survenue

d'une maladie professionnelle dont il constate l'extension à la population qu'il surveille ?

Le médecin du travail est astreint, de par sa fonction, au « secret du dispositif industriel et technique de fabrication et de la composition des produits employés et fabriqués ayant un caractère confidentiel » (R.241-6). Il est également requis de respecter le « secret relativement aux renseignements confidentiels dont il a (...) connaissance à l'occasion de l'exercice de ces fonctions » mais uniquement lorsque l'employeur l'a tenu « informé des nouvelles méthodes d'exploitation ou de nouvelles techniques de production » (D.711-15). Cette dernière disposition ne doit pas porter atteinte à l'obligation de déclaration des maladies professionnelles (D.711-6). La formulation paradoxale de ce décret explique sans doute qu'il n'ait jamais été présenté à l'aval du Conseil d'État.

Le médecin assiste au Chsct mais n'en est pas membre au sens de la réglementation.

S'il est directement salarié de l'entreprise (service autonome) il est astreint au « secret de fabrique » comme tout salarié (L.152-7).

La tendance actuelle de certains employeurs à confier à des juridictions ordinaires des plaintes relevant du secret professionnel de fabrique entretient une confusion regrettable.

Les conséquences d'une telle situation d'ambiguïté sur la nature du secret, son utilisation comme moyen de pression sur les médecins du travail, mettent ces derniers en situation de double injonction : dire afin de remplir sa mission de prévention en santé publique au travail et être accusé d'atteinte au secret professionnel, ou ne pas dire par crainte d'être accusé d'atteinte au secret professionnel, au risque d'encourir le reproche de ne pas remplir sa mission.

Expert ou conseiller ?

Suivre un salarié en médecine du travail, c'est l'éclairer sur les liens qui se nouent et se dénouent entre son histoire individuelle et son travail en tenant compte des déterminants des situations de travail, et décider éventuellement avec lui, avec son consentement, une prescription d'aménagement de poste ou d'inaptitude ; c'est l'aider à penser, à comprendre la relation entre sa santé et son travail, à mettre en mots son corps : « un corps raconté », à reprendre la parole dans son travail ; le seul critère de validation, c'est lui qui nous le donne. Si le médecin se place du côté du savoir, du côté de la prescription ou de l'idéologie, il interprète selon des principes théoriques les critères de santé pour le bien de l'autre, il utilise la parole comme outil, il n'y a pas de questionnement, il y a interrogatoire, mais pas de rencontre, pas de demande, pas de sujet. L'autre est objet de la visite médicale.

Dans l'écoute compréhensive, c'est l'émergence de l'autre comme sujet qui est attendue, espérée. C'est en ce sens que le médecin du travail est le conseil-

ler à titre individuel du sujet au travail, ayant anticipé en cela sur l'article L.1111-4 du nouveau Code de la santé publique qui fait de tout médecin un conseiller d'un sujet, libre finalement de son choix éclairé, en matière de santé.

Comme l'écrit P. Davezies : « le travail c'est la mobilisation des hommes et des femmes, face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail. »

L'écoute inter subjective peut permettre la déculpabilisation de la souffrance, car elle donne acte et esquisse le début d'une socialisation de celle-ci. Permettre la construction du sens de la souffrance au travail, individuelle et dans un deuxième temps étendre cette compréhension au collectif, c'est donner la possibilité de faire émerger les problèmes liés à l'organisation du travail.

Aujourd'hui, on doit s'investir corps et âme dans son travail, mais en parallèle, il y a un déni du travail. La coopération nécessaire dans le travail est souvent rendue impossible par l'organisation.

La transformation du travail ne peut résulter que d'un travail incluant les acteurs. L'activité du médecin du travail ne vise donc pas à apporter des réponses mais à poser des questions.

« Si les Mt ne veulent pas crever d'écouter, ils doivent mettre en débat dans l'espace public ce qu'ils entendent dans le secret de leur cabinet médical. Réhabilitation de la parole du sujet. Démarche non pas de preuve mais de sensibilisation. Aujourd'hui, on parle d'emploi et non plus de travail. C'est bien la centralité du travail qui est en question, d'un travail conçu comme facteur d'identité, d'insertion sociale, de construction de la citoyenneté. »

Cela constitue la seconde facette de conseiller chez le médecin du travail, qui intervient dans l'espace social à l'attention de toutes les composantes de la communauté de travail qui déploie alors une expertise engagée du seul point de vue de la santé.

Une partie du patronat est tentée de transformer la Mt en « médecine d'entreprise », en en subordonnant les objectifs, les priorités, et l'accès aux informations qu'elle produit, exclusivement aux intérêts économiques de l'entreprise qui la finance directement ou indirectement. Confisquer le conseil, faire du médecin du travail un expert exclusif du chef d'établissement c'est basculer dans une subordination à la gestion des risques. C'est aussi changer d'exercice médical qui ne relève plus des mêmes références déontologiques (s'appliquent alors en effet les articles 105 à 108 du Code de déontologie médicale). Il ne s'agit plus ici de médecine du travail mais d'une médecine d'expertise : la « médecine d'entreprise », aux objectifs, aux priorités, et à l'accès aux informations qu'elle produit, subordonnés exclusivement aux intérêts économiques de l'entreprise qui la finance directement ou indirectement. Très rapidement, à mesure que la confiance des

salariés diminue, la visibilité des éléments pertinents disparaît. C'est une médecine d'assurance, de sélection de la main-d'œuvre, qui se met en place sans intérêt pour la santé des salariés.

Le devoir d'indépendance

L'indépendance d'un médecin ne relève pas de ses droits mais de ceux du patient. Il s'agit d'un devoir du médecin que la déontologie médicale met au premier plan (articles 5 et 95 du Cdm) et que le contrat du médecin du travail précise expressément. Là encore il s'agit d'une caractéristique technique du travail du médecin puisque sans indépendance, il n'est pas de confiance donc pas d'exercice médical possible.

Cette indépendance en acte comporte :

- la fixation personnelle de son programme de travail ;
- l'administration de ses moyens de production ;
- la liberté d'expression de ses avis et de la mise en œuvre de ses décisions.

Elle est maintenant garantie par la loi en médecine du travail (nouvel article R.241-30 du code du travail).

Mais comment être indépendant alors que la subordination au chef d'entreprise est au cœur de la relation salariale ? Comment faire preuve d'indépendance lorsqu'on constate que souvent les conditions de travail deviennent des conditions d'exploitation où la santé se perd ?

Il est si facile d'atteindre à l'indépendance d'un médecin du travail lorsqu'on est un employeur alors qu'aucune obligation réelle ne vous en impose le respect ni réglementairement, ni contractuellement et qu'on jouit en général dans ce domaine d'une parfaite impunité. Ainsi, des plaintes d'employeurs auprès des Conseils de l'Ordre départementaux à l'encontre de médecins du travail pour de supposées transgressions de règles déontologiques sont de plus en plus fréquentes. D'autres actions instrumentalisent les articles 3 et 31 du Code de déontologie médicale en utilisant leur caractère général pour diffamer les praticiens concernés. Enfin, dès lors que la pratique des médecins du travail s'inscrit dans le cadre de l'article 50 du Code de déontologie médicale, les employeurs utilisent volontiers les articles 24 et 28 pour les contraindre. Certaines de ces actions ont pour prétexte le secret de fabrication trop rapidement qualifié de secret médical. Or à ce dernier, institué dans l'intérêt du patient, se réfère ce qui concerne les personnes physiques en relation clinique avec un médecin conformément à l'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique. Ainsi, si l'intérêt de la santé des salariés impose de signaler des conditions de travail qui mettent cette santé en péril auprès des autorités de tutelles, le devoir du médecin du travail envers ses patients est de procéder à ce signalement.

Bien que ces dépôts de plaintes soient habituellement classés sans suite par les instances ordinales, nous remarquons que généralement ils s'exercent à l'encon-

tre de médecins dont le seul tort est précisément de porter toute l'attention nécessaire à la préservation de la santé des salariés dont ils ont la charge en rendant visibles les risques qu'ils encourent, c'est-à-dire en faisant preuve d'indépendance. L'échec habituel de ces poursuites n'est pas entièrement satisfaisant. Elles ont, en effet, pour bénéfice secondaire, d'adresser un avertissement aux autres médecins du travail pour les rendre circonspects quant à la mise en visibilité des atteintes à la santé et de leur cause. Il s'agit de l'une des nombreuses pratiques du patronat pour construire l'invisibilité et s'exempter de sa responsabilité en faisant pression sur les médecins du travail, soit pour entraver leur exercice, soit pour atteindre à leur indépendance. Il est indispensable que soient définies de façon rigoureuse les conditions de recevabilité des plaintes des employeurs vis à vis des médecins du travail afin que les instances ordinales ne deviennent pas, involontairement, les instruments d'une pression supplémentaire sur les médecins du travail. De même des dispositions réglementaires sanctionnant de telles pratiques doivent être promulguées de façon que le respect de l'indépendance des médecins du travail devienne une obligation formelle des employeurs.

Cette indépendance n'est pas un facteur d'irresponsabilité, au contraire. Elle ne saurait exister sans le contrepoint que représente l'obligation conjointe de rendre compte de ses actes, de ses travaux, devant la communauté de travail à travers le rapport annuel. En ces temps d'évaluation, le médecin du travail est le seul médecin à présenter annuellement devant les représentants de ses patients une description circonstanciée et commentée de son activité.

L'obligation de moyens

En médecine il n'existe pas d'obligation de résultat. La déontologie exige par contre du médecin une obligation de moyens pour toute activité. Ces moyens procèdent de sa compétence et de son maintien à niveau par la formation, mais aussi de ceux du personnel qui l'assiste dans sa tâche ainsi que des moyens matériels (locaux, d'examen...) dont il dispose.

Comme tout médecin salarié, le médecin du travail ne peut accepter que les moyens pour accomplir sa tâche soient insuffisants. Fait partie de ces moyens le temps dont il dispose pour son activité. Il ne peut accepter que le temps de visite médicale soit l'objet d'une contrainte ou de la fixation d'un rendement. Dès lors que ce temps constituerait une variable d'adaptation de contraintes temporelles, le temps d'activité serait insuffisant. D'une part, l'obligation de visite médicale s'impose à l'employeur, d'autre part, dans la mesure où le temps d'activité en milieu de travail doit constituer un tiers de l'activité du médecin, c'est à l'employeur de s'assurer que les moyens mis à disposition permettent cette activité (Art. R. 241-47 du Cdt).

Ce n'est donc pas au médecin que s'applique cette double injonction mais bien à l'employeur dont le

médecin et la représentation du personnel doivent exiger qu'il prévoit un temps d'activité suffisant pour accomplir l'ensemble de ces tâches.

Le corollaire de l'obligation de moyens est la nécessité de l'évaluation des compétences. Cette évaluation émane des pairs. En médecine du travail, exercice caractérisé par des pratiques spécifiques, cette évaluation découle non seulement des connaissances et des travaux effectués mais aussi des pratiques et des règles de métiers. Cette évaluation devrait donc également porter sur des savoir-faire.

La pluridisciplinarité

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale modifiant l'article L.241-2 du Code du travail institue que les services de santé au travail (Sst) font appel soit à des organismes publics tels que les Cram, l'Oppbtp, les Aract soit à des personnes physiques ou des organismes compétents. Cet appel aux compétences est désigné habituellement sous le terme de « pluridisciplinarité ». Le décret n° 2003-546 du 24 juin 2003, détermine les conditions de l'appel aux compétences de ceux qu'il nomme « les intervenants en prévention des risques professionnels » (Iprp), en les intégrant au Code du travail.

Il s'agissait ici de transposer l'article 7 de la Directive européenne du 12 juin 1989 (concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail). Cet article traite « des services de protection et de prévention » et ne précise pas leur domaine d'intervention (santé ou sécurité). Reste donc maintenant à transposer ce qui relève de l'article 14 de la Directive (sur « la surveillance de la santé ») afin de donner un cadre aux Iprp du point de vue de la santé au travail. Cela permettrait de compléter et de rendre cohérentes les dispositions actuelles.

En particulier, en l'état, deux effets pervers pourraient apparaître. Le premier et le plus inquiétant concerne les prérogatives de la représentation du personnel dont le contrôle social sur les actions ayant trait à la santé au travail deviendrait moins efficace. Le second est le danger d'entraver l'exercice des médecins du travail et de restreindre leur indépendance.

Le moteur de ces dérives pourrait être l'insuffisance des garanties d'indépendance des Iprp.

Le décret d'application s'il garantit partiellement cette condition (agrément par un organisme officiel, formalisation du statut de l'Iprp, conventionnement, avis du Chsct ou du Ce, possibilité de retrait d'agrément, protocole avec le médecin, garantie d'échange mutuel dans le respect du secret médical, obligation de formalisation des constats) laisse de nombreuses brèches qui pourraient permettre un poids prépondérant des donneurs d'ordre managériaux sur les Iprp.

L'exclusivité est déduite et non explicite, la vérification de l'indépendance par l'organisme d'agrément

consiste uniquement en une déclaration personnelle de l'Iprp et ne vérifie pas en particulier le statut de celui-ci (dès lors qu'il appartiendrait à l'entreprise dans laquelle il intervient) ni les moyens pratiques de cette indépendance. Rien n'est mis en place pour arbitrer un éventuel désaccord sur l'intervention, sa finalité ou ses moyens entre le donneur d'ordre et le médecin du travail ou la représentation du personnel. Dans la mesure où l'initiative de la pluridisciplinarité est laissée aux employeurs, ceux-ci sont potentiellement en mesure de bloquer toute intervention pluridisciplinaire dès lors qu'elle leur paraîtrait inopportune.

Ils peuvent choisir telle approche plutôt que telle autre ce qui peut orienter l'intervention vers des objectifs où l'intérêt de l'entreprise pourrait prendre le pas sur celui de la santé des salariés. Dans les services interentreprises, les directions de service risquent d'avoir à participer directement ou non, à l'orientation donnée à la prévention, alors que seule la compétence gestionnaire leur est requise. Actuellement il faut constater que les directions des services interentreprises n'ont aucune formation en santé au travail.

Le risque majeur est donc la confiscation de la pluridisciplinarité par les employeurs ce qui aurait pour conséquence d'assécher le regard indépendant des médecins du travail et de déventer le droit de regard et de recours à l'expertise de la représentation du personnel.

Seule la jurisprudence est sensée départager les désaccords sur l'indépendance des Iprp et d'éventuelles dérives de compétence. Eviter que la pluridisciplinarité ne soit détournée de sa finalité et faire qu'elle puisse devenir un élément essentiel de la mise en oeuvre d'une véritable santé publique au travail repose en fait sur une application du décret qui soit en cohérence avec les principes de la prévention du point de vue de la santé. Les principes généraux qui président à l'activité des personnels de santé et l'esprit de la loi sur les droits des usagers du système de santé (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) donne le cadre de la transposition.

Ainsi un professionnel de santé est astreint à un exercice exclusif. L'abandon du secteur de santé par un personnel médical s'accompagne d'un renoncement formel à toute fonction médicale. Il ne saurait donc y avoir de positionnement du point de vue de la santé sans qu'il soit exclusif. Un Iprp « en santé au travail » devrait donc être exclusivement affecté à cette fonction incompatible avec celle d'expert subordonné à l'employeur par exemple dans son service de maîtrise des risques. Depuis le tournant législatif que représente la loi sur les droits des usagers du système de santé, ceux-ci ou leurs représentants ont un droit de regard et d'initiative envers les organismes de soins et de prévention. La santé au travail est un des secteurs où cette obligation s'imposait déjà de façon formelle. Il serait donc incompréhensible que, même si l'em-

ployeur demeure à l'initiative de l'intervention pluridisciplinaire, celle-ci ne puisse pas être proposée par les autres parties concernées et que sa préparation ne puisse pas être une action à laquelle la représentation du personnel et le médecin du travail apportent leur contribution.

Sans que cela règle immédiatement toutes les questions qui se posent, l'intégration des lprp dans les services de santé au travail rétablirait en partie un équilibre que les dispositions réglementaires échouent à assurer. Elle permettrait de régler en partie les questions à la fois d'indépendance des lprp en santé au travail qui rendraient compte de leur activité devant le contrôle social, parallèlement aux médecins, et les exigences du contrôle social en matière de santé au travail. Une des conditions préalable à cette intégration qui découle de la Loi de modernisation sociale est l'indépendance des professionnels, en particulier les uns vis-à-vis des autres.

La finalité est de mettre en place une prévention coordonnée et efficace des altérations de la santé au travail. Il serait illégitime et inefficace que les lprp soient subordonnées aux médecins du travail. De même il serait totalement illégal que les lprp se substituent aux médecins ou aux infirmiers dans leur activité en milieu de travail, sans leur accord. Il s'agit de coopérer et non de se concurrencer.

Même si des organismes lprp extérieurs pourraient conserver leur utilité en cas de nécessité ciblée, le service de santé au travail, interentreprises ou autonome, pourrait dorénavant être constitué de deux structures coopérant entre elles : une structure médicale composée de médecins du travail, d'infirmiers et de secrétaires, et une structure intervenant en prévention des risques professionnels en santé au travail composée d'lprp. Il appartient aux pouvoirs publics de favoriser la constitution de tels services nés du dialogue entre partenaires par une réglementation adaptée.

Aptitude, inaptitude, absence de contre-indication, postes de sécurité

La hantise de l'employeur est la responsabilité juridique et la réparation. Ce n'est pas la santé. Autrement dit, la responsabilité juridique de l'employeur, probablement construite précisément pour défendre la santé des salariés, a eu pour conséquence une prévention très élaborée vis-à-vis du « risque juridique », et à peu près rien vis-à-vis du risque dont les médecins ont à s'occuper, le « risque d'atteinte à la santé ». De fait, les médecins dans la détermination de l'aptitude sont des auxiliaires du droit, en ce qu'ils règlent juridiquement les conséquences d'un état de santé vis-à-vis du contrat de travail, et trop peu souvent, des médecins dont la mission centrale est la prévention. Les demandes des employeurs en matière de santé sont très peu exigeantes, voire inexistantes.

Or, l'aptitude est un concept vide. Cette notion abstraite

prend une signification concrète dès lors qu'elle se rattache à une tradition eugéniste d'une médecine de sélection. Ainsi, le Conseil d'état précise que des éléments « génétiques, comportementaux ou historiques » permettraient aux médecins du travail de mettre à l'écart les sujets à risque au péril de leur emploi. Cette position est moralement, déontologiquement, légalement, scientifiquement et techniquement erronée. L'absence de contre-indication (par exemple à l'exposition aux cancérogènes), réincarnation de l'aptitude sous sa forme pseudo médicale, est tout aussi vide de sens pour un médecin. Le rôle du médecin du travail consiste au contraire, à dégager les conditions environnementales et d'organisation du travail appropriées pour que tout sujet, quel que soit son état de santé ou son handicap, puisse occuper dans la dignité un poste de travail qui lui permette de prendre conscience et de préserver son rôle social. L'inaptitude n'est pas simplement l'envers de l'aptitude. C'est une notion pleine de sens. C'est le constat d'un déséquilibre réel entre le poste de travail et la santé du salarié. Pour rechercher l'adéquation entre le poste de travail et la santé du travailleur, dès lors qu'une inaptitude à l'un quelconque des éléments du poste survient, le médecin du travail va, en premier lieu, déterminer et recommander des aménagements du poste de travail afin de rétablir l'équilibre un temps rompu. Ce n'est qu'en désespoir de cause, lorsque aucune autre solution n'est envisageable, que le médecin du travail va, avec l'accord du salarié (conformément aux nouveaux droits des usagers du système de santé), prononcer un avis d'inaptitude au poste de travail. C'est une décision lourde puisqu'elle conduit le plus souvent au licenciement, et consiste à privilégier le droit à la santé au dépend du droit à l'emploi.

La mention « Apte » sur la fiche d'aptitude, n'a actuellement aucune valeur préventive ou prédictive sur le maintien de la santé. Il n'est que le vernis médical, d'un brutal rapport de force qui privilégie l'exclusion des sujets malades, handicapés et vieillissants dans une perspective de pur profit. Il faut lui préférer l'absence d'inaptitude (ici et maintenant) au poste ou la simple attestation de suivi médical professionnel.

Le problème des postes de sécurité doit faire poser la question en tout premier lieu, de leur réalité. Nombre de postes, dits de sécurité, sont en fait désignés comme tels, pour des raisons relevant de l'imaginaire social. Il convient de définir précisément les postes de sécurité comme des postes où un état de santé dégradé peut entraîner une mise en danger grave et immédiate d'un ou de plusieurs tiers. L'absence d'inaptitude au poste de sécurité se détermine donc en regard de conditions immédiates et non sur des critères prédictifs. Il s'agit bien d'une décision concernant un sujet et dans ce cadre, les profils d'aptitude peuvent entraîner des dérives. Le dépistage systématique des toxiques dans un groupe à l'embauche par exemple, n'est pas souhaitable (médecine de sélection), alors que cette exploration est importante dans la recherche d'une éventuelle inaptitude pour un sujet en fonction du

contexte. Reste encore à examiner à ce propos, la place délicate du médecin du travail qui doit maintenant recueillir le consentement du patient pour sa décision médicale mais aussi considérer son action et sa responsabilité, en référence à l'article 64 du Code pénal (non assistance à personne en danger) pour ce qui concerne les tiers. La nécessaire confiance qui préside à l'acte médical pourrait être mise à mal par la contradiction entre l'ouverture du médecin du travail à l'avis du salarié en matière d'inaptitude au poste, et sa fermeture dès lors que le poste répond aux critères d'un poste de sécurité. D'où l'idée soutenue par certains médecins du travail que l'absence d'inaptitude à un poste de sécurité, étroitement encadrée par voie réglementaire, pourrait être confiée à des médecins experts distincts des médecins du travail. Étant donnée la variabilité de l'état de santé des personnes, l'une des conditions à l'exercice de cette activité d'expertise pourrait être l'existence d'un système de compensation de l'éventuelle perte de capacité de ressources engendrée par l'inaptitude au poste de sécurité et la possibilité de reclassement du salarié. Cela inciterait le titulaire du poste à accepter voire à provoquer une expertise dans ce domaine.

L'activité en milieu de travail

Les employeurs ont pour obligation de mettre à disposition du médecin du travail les moyens lui permettant de consacrer un tiers de son temps de travail à l'activité en milieu de travail. Conjointement avec la consultation médicale professionnelle individuelle, l'activité en milieu de travail s'inscrit dans une clinique des sujets au travail fondatrice du métier de médecin du travail. Acte préventif à part entière, elle est tout d'abord un complément indispensable au repérage des risques a priori (prévention primaire), mais aussi à la confirmation et l'analyse des risques existants repérés par la veille sanitaire. Elle est aussi un temps précieux d'échange avec le groupe de travail dans toutes ses composantes, qui repose sur une attitude compréhensive faite d'écoute et de naïveté socratique. Le balisage des questions qu'elle permet concerne non seulement les conditions de travail environnementales et leur vécu par le groupe de travail ou le sujet en situation de travail, mais aussi les conditions d'organisation du travail et leurs impacts sur la santé. Partie intégrante de l'activité en milieu de travail, l'intervention médicale en Chsct prolonge la perspective. Les stratégies calculées des interventions du médecin ont trois objectifs principaux : décrire l'activité de travail, ses qualités et ses faiblesses, ses effets du point de vue de la santé, donner acte des difficultés et des avancées qu'engendre la situation de travail pour la santé des travailleurs, enfin provoquer les conditions ou mettre en lumière les éléments propices au surgissement d'un débat sur les questions de santé au travail et de prévention des risques qu'il a pu identifier. Le mode d'activité en milieu de travail, les interventions publiques en Chsct sont un exercice d'indépendance et fondatrices d'une professionnalité. Elles condition-

nent fortement l'image du médecin du travail dans la communauté de travail. La passivité, voire « la neutralité » médicale sont interprétées parfois par les salariés comme de la complaisance pour l'employeur ou du désintérêt. Le médecin du travail est un expert mais un expert de tous engagé résolument du côté de la santé. Comme pour tout exercice d'indépendance il faut en répondre. Dans ce domaine, le plan prévisionnel d'activité en milieu de travail pour l'année suivante réglementairement requis et remis en fin d'année au Chsct engage la responsabilité du médecin du travail. Son bilan fait partie intégrante de son rapport annuel.

La description de l'activité en milieu de travail ne serait pas complète si n'étaient pas examinés ses liens étroits avec la consultation médicale professionnelle qui permet de compléter repérage des éléments de l'activité et du vécu de chaque salarié, voire d'initier ou de guider l'activité en milieu de travail. Activité en milieu de travail et consultation sont inséparables. Affaiblir l'une, par exemple espacer les visites ou substituer à l'activité en milieu de travail l'intervention, sans contrôle, d'Iprp, c'est entraver l'autre. Proposer un système qui atteint à la qualité de l'une et de l'autre comme l'actuelle réforme du système de prévention des risques professionnels, c'est prendre la responsabilité d'un désastre sanitaire au travail.

La prévention des risques psychosociaux

La compréhension que nous en avons actuellement doit beaucoup à la psychodynamique du travail, discipline née en France sous l'impulsion principale de C. Dejours dans les années soixant-dix (Travail : Usure mentale), et à certaines écoles de psychologie du travail (Y. Clot). De plus en plus de collègues ont utilisé ces nouveaux outils d'investigation psychosociale des relations dans le travail pour comprendre et dénouer des situations de travail complexes restées inintelligibles autrement. Le médecin du travail averti, les utilise dans son appréhension du salarié lors de la visite médicale, salarié vu alors comme un tout psychosomatique immergé dans une situation de travail et un réseau de relations avec d'autres (collègues, clients, employeurs, sous-traitants, donneurs d'ordres...). Les risques organisationnels du travail sur la santé mentale tiennent généralement à l'attaque des mécanismes d'édification de l'identité de la personne à travers le travail (plaisir et souffrance au travail, possibilité de corrélation avec l'objet ou le procédé de travail, possibilité d'exercer sa métier). Le médecin du travail doit œuvrer dans son action individuelle et collective de diverses manières, afin d'amener les salariés et l'employeur à prendre conscience de l'importance du respect de l'identité professionnelle. Il faut formuler les risques, mettre des phrases sur ce qui n'est généralement pas pensé ou dit et donner des clefs pour les prévenir.

La prévention collective des risques psychosociaux peut s'exercer :

1. - Lors de la consultation avec le salarié :
 - en recherchant systématiquement les effets de ces risques dans le cadre d'une veille sanitaire locale ou coordonnée avec celle d'autres professionnels ;
 - en favorisant la prise de conscience par le sujet des mécanismes de génération de sa souffrance en rapport avec l'organisation du travail afin de faire progresser sa compréhension et induire un début de reconstruction de l'identité professionnelle et plus généralement de reprise de confiance en soi ;
 - en rédigeant éventuellement les certificats médicaux à l'appui d'une déclaration de maladie professionnelle auprès du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles ;
 - en l'encourageant à mettre en commun le vécu au travail au sein de l'entreprise, à participer à des collectifs de travail.
2. - Lors de notre action de prévention auprès de l'entreprise : alerte sanitaire de risque psychosocial auprès du Chsct, entretiens et courriers à l'employeur, collaboration avec l'inspection du travail et la Cram, dans le but affiché de prévenir la dégradation collective de la santé sous l'effet de l'organisation du travail et pour favoriser l'emploi. Intégration des risques psychosociaux à la fiche d'entreprise.

La consultation médicale professionnelle

Une caricature de visite médicale, telle pourrait être celle qui fait appel à une normativité facile en médecine du travail « Il ne faut pas faire ceci ou cela ... vous êtes trop gros... Il faut arrêter de fumer... ». Elle traduit souvent un jugement discriminatoire et parce qu'elle est généralement déconnectée de la situation de travail, un exercice de repli pour un médecin incapable d'assumer des pratiques spécifiques.

Pourtant, les examens médicaux constituent avec les actions en milieu de travail un des volets de l'activité des médecins du travail (Art.R.241-41 du Code du travail). Systématique, de surveillance, à la demande de l'employeur ou du salarié les examens médicaux s'intègrent à la professionnalité des médecins du travail.

La définition actuelle de leur finalité est entièrement centrée sur la recherche d'éléments personnels de santé des salariés. Il s'agit en effet : conformément à l'article R.241-48 du Code du travail :

1. - de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ;
2. - de s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter ;
3. - de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes.

Nous avons amplement démontré l'inanité du concept d'aptitude ce qui rend en partie obsolète la définition réglementaire de l'examen médical. En fait, l'examen

médical en médecine du travail a évolué avec les années et s'est enrichi afin de devenir une **consultation médicale professionnelle** qui a acquis ses caractères originaux et constitue l'acte fondateur d'un exercice médical préventif de première ligne.

Considérée comme une activité de commerce, débitée au kilomètre, contingentée et facturée par les responsables patronaux des services de médecine du travail, méprisée au point que l'accord minoritaire interprofessionnel de septembre 2000, envisage de la sous traiter à des médecins sans formation particulière et que son espacement serve de variable d'ajustement à une pénurie savamment entretenue dans les projets réglementaires. Nous affirmons le caractère central pour la professionnalité des médecins du travail de la consultation médicale professionnelle et son insécabilité.

Sa qualité et sa légitimité s'articulent autour de plusieurs axes :

- tout d'abord il s'agit d'une activité clinique individuelle **centrée sur la santé au travail du sujet**. Cela ne signifie pas qu'elle ne puisse pas s'ouvrir dans le cadre du dialogue singulier à d'autres éléments de la santé du salarié qui n'ont pas forcément lien au travail. Toutefois, le médecin doit s'efforcer, même dans ces questions, de peser ce qui relève plus précisément de l'influence du travail. La première consultation devrait impérativement commencer par un questionnement du salarié sur le contenu de son travail (objectif, nature) et ses conditions (horaires, lieux...). Puis aborder l'existence de risques en se guidant sur sa propre connaissance du poste à confronter à l'expérience du salarié. Des dangers étant repérés, on interroge sur l'exposition (protection collective ou individuelle existante ?). La question des risques et de la souffrance au travail devrait être systématiquement abordée ;
- elle constitue une **exception au libre choix du médecin par le patient**. Toutefois c'est parce que le contrôle des représentants des salariés qu'il examine existe et donne consentement à ses actes et les surveille, que le médecin du travail n'enfreint pas le principe du libre choix du médecin par le patient. Cela plaide pour un poids supplémentaires des représentants des salariés dans la gestion des services de santé au travail afin de répondre au rôle prépondérant que réserve, dorénavant, le code de la santé publique aux associations d'usagers du système de santé ;
- elle recherche avant tout à l'**intérêt premier de la santé du sujet au travail** et **sans exercer de discrimination**. Elle doit **assurer son information** sur l'influence du travail sur sa santé et les risques que le salarié encoure. Cela est imposé dorénavant à tout médecin par l'article L.1111-2 du Code de la santé publique. Cette information qui doit être, en droit, délivrée lors d'un entretien individuel, suppose un temps de dialogue centré sur cette question afin de croiser le vécu du sujet sur son activité et ses risques, avec ce que le médecin a pu percevoir de son côté. La fiche médicale de poste peut servir de support à ce dialo-

gue. L'ensemble des conclusions doivent être livrées au salarié-patient, expliquées et analysées avec un langage adapté, afin qu'il soit un véritable acteur de sa santé, et particulièrement de sa santé dans la situation de travail présente. Il est souvent utile de repréciser ce que peut faire le médecin du travail dans l'entreprise pour améliorer la situation du salarié (aménagement de poste par exemple), et indiquer la part d'action possible du salarié et des collectifs de travail pour faire aboutir certains objectifs ;

- elle doit être conforme à la déontologie et à la morale de tout acte médical, c'est à dire être un **acte dévoué, attentif et compétent, sans enjeu de pouvoir sur l'autre, empreint de simplicité et de compassion, dans le respect de la dignité du salarié** (article L.1110-2 du Code de la santé publique) **et respectant strictement le secret médical**. Elle répond aux obligations déontologiques et légales en matière d'aide à l'accès aux droits sociaux, en particulier en ce qui concerne la rédaction de certificats médicaux constatant les atteintes à la santé dues au travail ;

- il s'agit d'un acte **qui guide et est en retour guidé par l'activité en milieu de travail**. Cette caractéristique qui fait de chaque consultation une source d'information mutuelle du sujet et de son médecin est favorisée par une clinique « *compréhensive* » au sens de la psychodynamique du travail ;

- c'est enfin une **consultation de prévention**, au sens technique du terme, chacun des éléments recueillis doit être interprété en référence aux trois finalités de l'action d'un médecin du travail et donner lieu à une action tournée vers le salarié ou la communauté de travail :

- la prévention primaire : repérage des risques *a priori* pour leur prévention en amont ;
- la prévention secondaire : veille sanitaire qui vise à repérer les risques existants et leurs effets sur la santé des sujets au travail et à aider à leur mise en visibilité individuelle et collective ;
- la prévention tertiaire : prescription d'aménagements du poste de travail individuel, conseils sur les conditions du travail, alerte sanitaire de risque environnemental ou psychosocial.

L'attestation de suivi médical professionnel qui en est la synthèse du point de vue de la santé du sujet ne doit pas nuire à l'emploi du salarié qui devrait rester juge de son opportunité (pas d'inaptitude forcée sauf dangerosité grave du salarié pour l'entourage professionnel).

La consultation médicale professionnelle est au cœur des problématiques d'économie de la santé actuelle. Elle constitue un élément essentiel de cette « *activité médicale de première ligne* », la médecine du travail, qui pourrait devenir, avec une consultation médicale libérale omnipraticienne de prévention, l'un des deux fers de lance d'un système de santé de prévention seule conception légitime et logique d'un nouveau système de santé efficace et économe des deniers de tous que notre communauté nationale appelle de ses vœux.

Il reste au législateur à définir les finalités des consultations médicales de prévention. La consultation médicale professionnelle se prête parfaitement à un tel projet. Cette décision fonderait réellement une intention politique de réforme du système de santé, limitée actuellement à des souhaits sans aucun passage à l'acte.



⁽¹⁾ **Art. 4.** - Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié. Mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

⁽²⁾ « *Le secret médical et la médecine du travail- Jurisprudence* », P.Loiret, Inrs, Dmt 49 Ti 19.

⁽³⁾ **Art. 50 du Code de déontologie médicale (extrait).** - Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit...

⁽⁴⁾ Cité par le Président Louis René dans ses commentaires à l'article 4 dans « *Code de déontologie médicale introduit et commenté par Louis René, préface de Paul Ricoeur* », Points Essais, Le Seuil, 1996.

⁽⁵⁾ **Art. 2.** - Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

⁽⁶⁾ **L'Article 223-6 du Code Pénal** dispose : « *Sera puni de cinq ans de prison et de 500 000 francs d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours* ».

Quatrième partie

Se syndiquer à la Cgt lorsqu'on est médecin du travail ; pourquoi ? comment ?

Pourquoi se syndiquer

Bien souvent on cherche d'abord un baume à la nuisance de vivre les difficultés professionnelles dans l'isolement. Parler ensemble des difficultés, c'est déjà l'espoir d'entrevoir une solution à ces problèmes. Problèmes de pratiques et problèmes socioprofessionnels résultant de conflits au sein, par exemple, d'un service de santé au travail. L'adhésion à un syndicat constitue une manière de défendre sa profession et plus généralement la démocratie sur le lieu de travail. C'est aussi prendre conscience que la passivité nous condamne définitivement, en déléguant à d'autres le fonctionnement de la société. En se syndiquant, on s'approprie sa citoyenneté puisque la négociation syndicale est le seul moyen légal pour sauvegarder ses droits dans l'entreprise. On prend conscience aussi de la dimension collective de la relation à l'employeur. Le conflit dans l'entreprise n'est plus un conflit de personnes, mais celui d'un groupe de travailleurs avec un système dirigeant. Le conflit ne se règle plus dans l'affrontement physique ou verbal individuel, mais dans la discussion entre partenaires sociaux. Le syndicat Cgt est une structure associative qui n'exerce aucune discrimination vis-à-vis d'une philosophie, d'une religion, d'une origine et du sexe. Toutes catégories socioprofessionnelles sont également bienvenues au sein de ce syndicat.

Se regrouper pour ne pas rester isoler, défendre son statut professionnel, défendre sa professionnalité, en participant au mouvement syndical, c'est mettre en mots et en actions la démocratie, c'est exercer sa citoyenneté, ne pas rester passif devant les évolutions sociales, ne pas déléguer à d'autres le fonctionnement de la société. Le syndicat est la structure associative où le (la) citoyen(ne) a réellement accès aux prises de décision sans a priori philosophique ou confessionnel, d'origine ou de sexe.

Qu'est ce qu'un syndicat ?

Un syndicat est une libre association organisée selon la loi de 1901 qui a pour finalité la défense des intérêts moraux et matériels de ses adhérents, et au-delà de tous les salariés. Il permet de contrebalancer les rapports de force économiques des employeurs coalisés, par définition défavorables au salarié isolé. Cela permet d'opposer une force collective au pouvoir du patronat et de peser sur les décisions du pouvoir législatif. Il ne s'agit pas d'une association politique qui se réfère

à des valeurs idéologiques et à la démocratie représentative. En effet c'est la réalité au jour le jour que le syndicat est forcé d'intégrer en référence au concret des situations. Il participe à la démocratie participative sans laquelle la démocratie ne pourrait exister. Il constitue l'illustration de la fraternité en acte qui est un des fondements de notre pacte social national.

Ce sont les cotisations des adhérents qui permettent le financement du syndicat.

Son fonctionnement est assuré par diverses instances élues par les assemblées générales d'adhérents. Ces assemblées sanctionnent positivement ou négativement les instances élues. Celles-ci revêtent diverses appellations mais qu'il s'agisse d'un bureau ou d'un comité exécutif, leur action est de rendre concrètes les orientations décidées par les assemblées générales et en désignant en leur sein des syndiqués (président(e), secrétaire général(e), trésorier(e)...) chargés des tâches quotidiennes et de la représentation en assumant la responsabilité des actions et les relations du syndicat avec l'extérieur.

Pour ce faire la loi qui considère que les syndicats sont d'utilité publique, permet que ces syndiqués bénéficient de détachements dont le temps est proportionnel à la taille de l'entreprise. Pour vivre, un syndicat a besoin d'un minimum de permanents à temps complet ou à temps partiel qui sont détachés de leur entreprise, sont payés par elle directement ou par la confédération. Ces détachements sont accordés soit au titre de la délégation syndicale pour permettre la vie du syndicat ou de la section, soit au titre de la représentation du personnel pour assurer la présence dans des instances qui la prévoient. Le syndicat pose des listes pour les élections des institutions représentatives du personnel avant le premier tour, nomme des représentants syndicaux. Les élus ont un contingent d'heures libérées sur le temps de travail pour remplir leur mission.

La direction confédérale est composée par la commission exécutive élue lors du congrès, du bureau, du secrétariat et du comité consultatif national. Le travail spécifique par exemple chez les ingénieurs, cadres et techniciens se fait par l'intermédiaire d'une structure interprofessionnelle géographique et fédérale (Ugict-Cgt) qui dépend de la confédération et qui n'est pas une confédération bis. Pour la Cgt, le but est de construire l'unité du salariat à travers toutes ses couches.

La Confédération nomme ses représentants au sein d'organismes tels les Conseils Supérieurs de ministères, les institutions (la Sécurité sociale, l'Anact, les institutions européennes...).

Qu'est ce que la Confédération Générale du Travail (Cgt) ? Pourquoi se syndiquer à la Cgt ?

La Confédération Générale du Travail est créée au congrès de Limoges du 23 au 26 septembre 1895 par la réunion de 28 fédérations syndicales, 18 bourses du travail et 26 chambres syndicales. Son existence est le fruit de la seule création des travailleurs, en dehors de tout groupe d'intérêt philosophique, religieux ou politique. Les fédérations syndicales regroupent au niveau local et national des ouvriers de branches de métiers, les bourses du travail au niveau local les ouvriers de branche sur une base pratiquement interprofessionnelle, les chambres syndicales sont organisées par métier. La base de la Cgt est donc professionnelle et géographique en pratique interprofessionnelle. Nous retrouvons dans la Cgt actuelle cette structuration à travers les fédérations de branche et les organisations géographiques interprofessionnelles. La Cgt se déclare indépendante des partis ouvriers existant à cette époque bien qu'elle soit traversée par différents courants politiques. La Charte d'Amiens (13 octobre 1906) le confirme dans son article 2 : « La Cgt groupe, en dehors de toute école politique, tous les travailleurs conscients de la lutte à mener pour la disparition du salariat et du patronat ». À cette époque de la fin du XIX^e siècle, la Cgt lutte pour l'augmentation des salaires, la réduction du temps de travail, contre le travail des femmes et des enfants, pour de meilleures conditions de travail, elle lutte aussi pour un changement de société.

1936 est une autre grande date pour la Cgt. La Cgt est réunifiée après la scission entre la Cgt et la Cgt-U le 27 septembre 1935, réunification soudée par le congrès de Toulouse en mars 1936. Les grèves de 1936 et l'arrivée au pouvoir du front populaire, amènent le patronat à négocier. Les accords de Matignon sont signés. La Cgt y joue un rôle prépondérant et passe à 4 000 000 de syndiqués en 1937. Le mouvement ouvrier obtient la reconnaissance du fait syndical, les conventions collectives, la loi sur les 40 heures, l'augmentation des salaires, les congés payés.

Entre 1940 et 1945 la Cgt participe activement à la résistance, à la lutte contre l'occupation (sabotages, grèves, maquis), elle est membre du Conseil National de la Résistance (Cnr). En 1945, le programme du Cnr, fortement marqué par l'influence syndicale, entre en application avec les nationalisations, la Sécurité sociale et son extension, les allocations familiales, le 1^{er} mai journée chômée et fériée... Mais le 18 décembre 1947, la scission entre la Cgt et Fo est consommée, le mouvement syndical connaît un éparpillement.

En 1995 la Cgt participe et organise le grand mouve-

ment de grève contre les ordonnances Juppé sur la Sécurité sociale qui entraîne le départ de Juppé.

Depuis le 47^e Congrès, la Cgt connaît de profonds changements :

- l'indépendance vis-à-vis des partis politiques et particulièrement du parti communiste est proclamée ;
- elle prône le syndicalisme rassemblé pour une efficacité plus grande du mouvement syndical ;
- le nouveau statut du travail salarié et la sécurité sociale professionnelle deviennent les axes stratégiques de la Confédération ;
- la confédéralisation est un moyen de développer la syndicalisation Cgt chez les salariés.

Les valeurs fondatrices de la Confédération sont symbolisées par « son écusson originel » datant de 1895 :

- en fond : « *le globe terrestre* » sur lequel se serrent « *deux mains aux bras nus* », l'un blanc, l'autre grisé (manches retroussées) symbolisant la fraternité internationale des travailleurs ;
- en « *fronton* » autour de ce globe terrestre : les mots : « *Bien-être et Fraternité - Solidarité* ».

Ces symboles décrivent l'essence de ses statuts. Elle est ouverte à tous les travailleurs et travailleuses sans distinction de race, d'origine, de pensée ou de croyance. Elle a la fraternité et la solidarité pour moteur et le bien-être pour objectif.

La syndicalisation des médecins du travail à l'Ugict-Cgt

Pour les médecins, les infirmières et les secrétaires techniciennes (coef. 180) des services inter entreprises, la syndicalisation se fait à l'Ugict-Cgt (Union Générale des Ingénieurs, Cadres et Techniciens) via l'Ufmict (Union Fédérale des Médecins-Ingénieurs-Cadres et Techniciens) au sein de la Fédération de la Santé et de l'Action Sociale. Elle se fait au niveau des syndicats d'entreprise Cgt pour les personnels en santé au travail des services autonomes ou des grands services inter (syndicat ou base Ugict-Cgt). Cette complexité apparente ne signifie pas qu'il soit compliqué d'adhérer à la Cgt. N'importe quel camarade Cgt est capable de mettre sur les rails celui ou celle qui souhaite adhérer. L'Union locale Cgt de la ville où l'on travaille, peut se charger de percevoir les adhésions des syndiqués de l'entreprise ou du service inter entreprise.

L'Ugict-Cgt a en charge l'action syndicale spécifique de la Cgt avec la couche Ict (ingénieurs, cadres, techniciens). Le médecin du travail est considéré comme cadre supérieur dans les entreprises, les infirmières et les secrétaires comme des techniciennes. La défense des intérêts des médecins du travail dépend donc logiquement de l'Ugict-Cgt.

En ce qui concerne les services interentreprises, la Cgt est représentée au Cisme lors des négociations sur la grille des salaires, l'augmentation salariale annuelle,

la convention collective et toutes négociations obligatoires annuelles, par un camarade permanent de l'Ufmict accompagné par un médecin du travail Cgt de service interentreprises.

Les médecins des services autonomes sont représentés soit par un syndicat propre aux médecins du travail soit par la structure syndicale de l'entreprise.

La défense des intérêts moraux comme l'indépendance, la médecine du travail de prévention primaire et d'adaptation du travail à l'homme, relève aussi en partie de l'Ugict-Cgt.

La syndicalisation à l'Ugict-Cgt et donc à la Cgt, permet de participer à l'élaboration de la réflexion confédérale sur la médecine du travail et la santé au travail. Elle permet la discussion avec toutes les structures syndicales professionnelles et interprofessionnelles de la confédération Cgt. Ce travail se fait par l'intermédiaire du collectif confédéral et Ugict-Cgt des médecins du travail. Le travail syndical sur « santé au travail » se développe en partie par l'apport des médecins du travail qui enrichit et est enrichi par la réflexion et la discussion démocratique avec les syndiqués des

structures professionnelles et interprofessionnelles. Par la confédéralisation, l'interprofessionnalisation en lien avec le travail spécifique, l'action syndicale se renforce et devient plus efficace.

La Cgt développe ainsi sa pensée sur la santé au travail, essaie de définir avec les salariés la médecine du travail dont ils ont besoin, en l'intégrant dans leurs revendications à travers une analyse plus large de leur situation, en inscrivant les revendications concernant l'action des médecins du travail et la médecine du travail dans l'axe de la prévention, de la protection sociale, de la retraite, de la santé et du travail. La Cgt peut ainsi développer une alternative syndicale sur ces questions liées au changement et au mouvement social.

La syndicalisation des médecins du travail à la Cgt à travers l'Ugict-Cgt apporte aux médecins du travail les moyens de défendre leurs intérêts matériels et moraux en tant que salariés et médecins du travail et permet à la Cgt de développer d'une façon plus conséquente son analyse sur le travail, la santé et son action syndicale. ■

Nos propositions pour l'avenir

Préambule

Le système de prévention des risques au travail est actuellement, implicitement constitué de deux secteurs :

1. - Un secteur médical de protection de la santé au travail et de prévention de ses altérations, représenté actuellement par la médecine du travail, acquis social des travailleurs (article L.241-2 du Code du travail).
2. - Un secteur de prévention des risques du point de vue des responsabilités des employeurs et destiné à les aider à gérer les risques (article L.230-2 du Code du travail). La confusion institutionnelle entre ces deux secteurs recoupe en partie l'ambiguïté entre ce qui relève de la prévention et ce qui relève de la réparation. Cette confusion systématiquement défavorable à la prévention, n'a pas été dissipée par la loi de modernisation sociale qui a attribué la dénomination de « *services de santé au travail* » aux services médicaux du travail et a institué une pluridisciplinarité avec des organismes ou des personnes dont, ni l'indépendance professionnelle, ni l'appartenance à l'un ou l'autre secteur ne sont clairement définies.

Cela a des conséquences néfastes pour la protection de la santé des travailleurs et entraîne :

- une confusion sur le rôle des Services de Santé au Travail ;
- un positionnement professionnel ambigu pour les personnels médicaux attachés à ces services (médecins du travail et infirmier(e)s) ;
- l'absence de conditions nécessaires à la mise en place d'une véritable coopération pluridisciplinaire entre les intervenants, du point de vue exclusif de la protection de la santé.

Le patronat, principal chef d'orchestre de cet état des choses, à travers l'accord dit « *social* », minoritaire conclu en septembre 2000, profite de cette confusion pour :

- entretenir l'ambiguïté entre prévention et réparation ;
- entraver le fonctionnement du secteur médical de prévention de la santé afin de construire l'invisibilité des conséquences des risques auxquels il expose les travailleurs ;
- détourner ses maigres ressources en faveur de la gestion des risques, en circonvenant les personnels médicaux et les intervenants en santé au travail, et en pesant sur leur indépendance.

Cette situation catastrophique qui compromet l'équilibre même du système de santé et est responsable de nombreux scandales sanitaires, est constatée par plusieurs enquêtes officielles successives de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Igas) qui en explorent les causes.

Le Conseil économique et social les évoque dans un récent rapport sur les conséquences de l'organisation du travail sur la santé. Des débats lors de colloques organisés par des sénateurs, dénoncent ces dérives et leurs effets. Il ne s'agit plus de colmater les brèches mais bien de reprendre les bases mêmes du système de prévention des risques pour la santé au travail en préservant les principes définis en 1946.

Première proposition

Distinguer prévention et réparation, point de vue de la santé et gestion des risques

Elle découle du constat que la confusion entretenue par l'État et les employeurs ne permet pas la mise en place d'une prévention efficace de la santé des travailleurs.

Il est donc indispensable que la réglementation du travail fasse la distinction entre ce qui relève de la protection exclusive de la santé des travailleurs (du côté de la prévention) et ce qui aide les employeurs à gérer les risques (du côté de la réparation). Cela implique que les spécialistes du champ de la santé au travail se déterminent exclusivement sur l'un ou l'autre secteur et que les grands organismes de prévention (Cram, Inrs, Aract, Anact...) développent des secteurs exclusifs répondant à ce clivage. Cela n'exclut en rien que des coopérations puissent être menées entre les deux secteurs à condition que les règles professionnelles et d'indépendance des institutions et des intervenants puissent être préservées. Cela devrait avoir pour conséquence pratique :

- l'abandon de la notion d'aptitude ou d'absence de contre-indication à l'exposition à des risques ;
- une définition adaptée de la consultation médicale professionnelle. Celle-ci, centrée sur la santé au travail du sujet, assure l'information du salarié sur les risques au travail et leurs conséquences sur la santé. Elle guide et est guidée par l'activité en milieu de travail. Elle assure le repérage des risques, la veille sanitaire, notamment dans un cadre pluridisciplinaire, et débouche éventuellement sur des prescriptions d'aménagement de poste, de conditions ou d'organisation du travail. Elle peut initier des conseils ou des alertes sanitaires sur les risques. Elle est formalisée par une attestation de suivi médical professionnel rédigé en concertation avec le salarié ;
- la création d'un corps spécifique « d'Iprp en santé au travail » dans le cadre défini à l'article 14 de la Directive européenne.

Deuxième proposition

Pour un service public de santé au travail

Elle repose sur le fait que la préservation de la santé des travailleurs, droit constitutionnel, est une mesure d'ordre public social. Il doit donc être institué un « service public de prévention de la santé au travail », complétant en milieu de travail, les impératifs de santé publique (Loi du 4 mars 2002). Ce service pourrait être structuré autour d'une Agence publique de santé au travail organisant les coopérations avec les services de santé au travail, les organismes de prévention, l'Institut de veille sanitaire et les agences en charge d'autres risques sanitaires.

Cela n'implique pas des modifications pour la structure des services de santé au travail existante actuellement, mais vise à modifier le cadre de fonctionnement de ces services. Néanmoins, une structuration régionale des services de santé au travail est nécessaire. Cette organisation régionale serait administrée par un conseil

dont les 3/4 des sièges seraient attribués à la représentation des salariés et des victimes.

Considérant que les employeurs, y compris l'État dans ses fonctions d'employeur, génèrent les risques, ils doivent assurer exclusivement le financement de ce service public.

Le financement proviendrait des cotisations des entreprises, au prorata de la richesse produite, du nombre de salariés stables et précaires, des risques encourus, du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles dont la déclaration est une manière de faire obstacle à leur tentative de dissimulation et de masquage par les employeurs.

Considérant que les travailleurs sont, comme usagers du système de santé au travail et comme victimes des risques du travail, les principaux intéressés au bon fonctionnement de ce service public, les institutions participant à ce service public, qu'elles soient de statut privé ou public, sont gérées dans le cadre d'une majorité de représentation des travailleurs.

Troisième proposition

Pour un nouveau fonctionnement des services de santé au travail

Il s'agit de donner au service public de santé au travail les moyens de son efficacité, en réformant le fonctionnement des services de santé au travail. Les services de santé au travail comporteraient un pôle médecine du travail (médecins du travail, infirmier(e)s, personnel administratif...) et un pôle Iprp en santé au travail, complémentaires et travaillant en coopération dans le respect de l'indépendance mutuelle des différents professionnels. Le transfert des moyens existants respecterait au minimum les statuts matériels des personnels qui participent actuellement à ce service.

Les moyens du contrôle social (temps, formation...) seraient améliorés pour lui permettre d'assurer son efficacité, en particulier dans les services de santé au travail interentreprises, et ses nouvelles missions dans le cadre de la gestion rééquilibrée des services de santé au travail.

Un statut professionnel serait créé, garantissant l'indépendance des spécialistes du champ de la santé au travail participant au service de prévention en santé au travail tout en permettant l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques. Les compétences et les pratiques des professionnels seraient régulièrement évaluées par leurs pairs. Les conclusions de ces évaluations seraient transmises au contrôle social.

Les besoins en personnel médical et spécialisé s'appuieraient sur une politique de formation initiale et continue adaptée des professionnels y compris des médecins du travail, des infirmier(e), des Iprp... Cette formation ferait appel notamment aux organisations syndicales représentatives.

Outre la formation, les moyens de cette indépendance reposent sur un effectif de salariés suivis attribué à chaque médecin du travail permettant de répondre à la définition nouvelle de la consultation médicale professionnelle et intégrant l'existence d'un temps spécifique réservé à l'activité en milieu de travail, aux réunions des organismes réglementaires et aux activités coopératives (dans le cadre du service public de santé au travail ou de la pluridisciplinarité, pour des travaux spécifiques entre professionnels...). Les effectifs en personnel des services de santé au travail devraient donc être proportionnés à ces nouvelles conditions de fonctionnement.