

Histoire
de la **Médecine**
du **Travail**





LA MÉDECINE DU TRAVAIL SERAIT FAITE POUR PROTÉGER LES PATRONS ?

Une mise au point s'impose.

Code du travail et Droit commun :
la médecine du travail,
c'est le Code du travail.

C'est le mouvement ouvrier
qui a créé la médecine
du travail, et c'est lui
qui peut la défendre.

Protéger les patrons, c'est ce que voudrait la loi
El Khomri, en détruisant le code du travail.

Le combat du mouvement ouvrier pour créer et défendre
le code du travail est très ancien.

Celui pour empêcher sa destruction est très actuel. La
loi EK fête "à sa manière" le 70^{ème} anniversaire de la
loi de 1946, en cherchant à détruire la médecine du
travail.

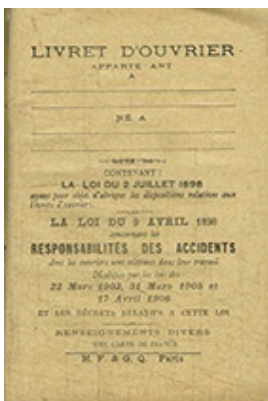
**Petit détail : nous étions 1 million dans la rue à Paris
le 14 juin pour le retrait de cette loi.**

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

C'est très simple : tous les acquis de la médecine du
travail ont été liés à des périodes d'essor du mouvement
ouvrier, et toutes les attaques contre la médecine du
travail à des attaques contre le mouvement ouvrier. Et,
à cet égard, la situation actuelle est évocatrice, dans
sa complexité apparente.

Ce qui a changé, c'est l'unité entre CGT et FO, contrai-
nement à l'unité entre CGT et CFTD dans la période
précédente. Voilà pourquoi et la loi de 46 (même si
FO n'existait pas encore à l'époque), et voilà **comment
1 million à Paris le 14 juin dernier** : le mouvement ou-
vrier est à l'œuvre. Comme il l'a été lors de la fondation
de la médecine du travail.

1) Comment le code du travail a-t-il émergé du droit commun ?



C'est à propos des accidents
du travail. Il revient à deux mé-
decins, un italien et un anglais,
d'avoir jeté les bases de la mé-
decine du travail. En 1700, le
médecin RAMAZZINI publie le
"Traité des maladies des arti-
sans", première étude d'am-
pleur des maladies provoquées
par les conditions de travail
(traduit en français en 1778).
En 1775, le médecin POTT

prouve que le cancer du scro-
tum des ramoneurs est provoqué par le défaut de pro-
tection contre la suie. La première loi sociale, issue
des travaux du médecin VILLERMÉ, est adoptée en mars
1841, limitant le travail des enfants quant à l'âge et la
durée. Elle est suivie de la loi de **mai 1874** limitant,
dans l'industrie, le travail des enfants et des filles mi-
neures. **En 1892** est mise en place l'inspection du travail
et est adoptée la loi sur le travail des enfants, des filles
et des femmes dans l'industrie y interdisant le travail

de nuit des femmes. **La loi du 9 avril 1898**, adoptée
après 20 ans de débats, a ouvert une voie, en recon-
naissant la responsabilité patronale en cas d'accident
du travail (AT).

Dans le cadre du code civil, seul en vigueur à l'époque,
les salariés devaient produire des témoins pour démon-
trer la responsabilité du patron. Dans 75% des cas, ils
n'en trouvaient pas, et pour cause : ceux qui pouvaient
témoigner, étant salariés du même patron, avaient peur
de perdre leur travail ! Il a été démontré ainsi que,
**dans le cadre du travail, l'égalité entre "citoyens" re-
connue par le code civil ne fonctionnait pas**, le salarié
étant subordonné à son employeur.

**Cette loi a été fondamentale, "ligne du partage
des eaux", pour les droits des salariés :**

- Pour l'émergence du code du travail en 1910, re-
groupant, au bout de 14 ans de discussions, les arti-
cles du code civil concernant les rapports entre pa-
trons et ouvriers dans **un code spécifique pour limiter
le lien de subordination des salariés**. La loi du
25 octobre 1919 "étend aux maladies d'origine pro-
fessionnelle la loi du 9/04/1898 sur les accidents
du travail". Ce qui est complété par le décret du
12 juillet 1936. La loi sur les Assurances Sociales
d'avril 1930 indique en son article 4 : "L'assurance-
maladie couvre les frais de médecine générale et
spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils,
les frais d'hospitalisation et de traitement dans un
établissement de cure et les frais de transport, d'in-
terventions chirurgicales nécessaires pour son
conjoint, leurs enfants à charge non-salariés âgés de
moins de seize ans et les pupilles de la nation rem-
plissant les mêmes conditions dont l'assuré est tuteur."
La CGT confédérée, avec JOUHAUX et BUISSON,
milite pour cette loi, d'autant que son article 26 per-
met la gestion des caisses par les organisations syn-
dicales de salariés. Pour la CGT, ce seront les Caisses
Le Travail, dont BUISSON est Président.

En 1937, les premières Journées internationales de pathologie et d'organisation du travail se déroulent avec la CGT et la Confédération Générale du Patronat Français, organisées par le médecin Guy HAUSER, qui écrit dans "La Voix du Peuple", mensuel de la CGT.



• **Pour la Sécurité Sociale, en 1945**, qui "garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain", par le moyen du **salaire différé** (avec une "part ouvrière" et une "part patronale", mais sans baisse du salaire net, ce qui veut dire qu'à l'époque, les salaires ont quasiment dou-

blé). Le budget de la Sécu est comparable au budget de l'Etat.

Seule cette loi a permis l'application effective de la loi de 1898, car avant, les salariés étaient confrontés individuellement à leur employeur, qui rechignait à payer. Mais là, l'employeur doit payer à la Sécurité Sociale (**la loi le lui impose**), et c'est **elle** qui rembourse le salarié victime d'AT ou MP, **et non son patron** (et prend en charge aussi la maladie, la retraite, la maternité et les allocations familiales).

Comment cela a été possible ? Bien sûr, par la mobilisation du mouvement ouvrier, débouchant sur une Assemblée constituante en 1945 (**à l'époque, l'article 49.3 n'avait pas encore été inventé !**). Georges BUISSON, Vice-président de l'Assemblée Consultative Provisoire, Chambre de la Résistance, à Alger puis Paris, est le véritable Père de la Sécurité Sociale, puisqu'il en publie l'ordonnance constitutive, en 88 articles, le **24 juillet 1945** (ACP, annexe au procès-verbal, n°554 de sa troisième session). Le texte de l'ordonnance officielle, celle du 4 octobre, n'est que la copie légèrement corrigée de l'ordonnance de Buisson. Si elle est publiée sous l'égide du Conseil d'Etat, ce tour de passe-passe n'autorise pas à occulter que la Sécurité Sociale est un acquis, conquis de haute lutte, à partir de la **loi insuffisante de 1930**, par les militants syndicalistes de la CGT confédérée, que va continuer, **en 1947, la CGT-FO**.

Nous passerons rapidement sur la période PÉTAINE, qui a vu deux lois éclore (dans la période où toute organisation ouvrière était interdite), qui concerne les médecins :

- **loi de 1940**, créant l'Ordre des médecins ;
- **loi du 28 juillet 1942**, sur les services médicaux et sociaux du travail. Les médecins étaient alors sous la "haute surveillance", avec des moyens limités, d'un "médecin conseil auprès de chaque comité social national", en lien avec les "familles d'entreprises"

Ces lois nous sont rappelées obligeamment, y compris par de brillants universitaires. Aussi, il nous faut rappeler :

- 1) que la loi de 1942 a été **abrogée** par celle de 1946, en ce qui concerne la médecine du travail ;
- 2) que l'introduction au code de déontologie médicale, par le Pr PORTES, s'ouvre le 27 juin 1947 par cette formule : "**Je dédie cette préface à tous les médecins français qui, sous l'occupation, préférèrent la déportation ou la mort à la violation de leur secret professionnel**", marquant la rupture totale avec la période "Pétain".



Alors, code du travail, Sécurité Sociale et code de déontologie médicale les bases de la médecine du travail que nous connaissons sont posées : **passons à la loi de 1946**.

A cette époque, ce sont vraiment de "nouveaux droits"-disons plutôt

"des droits nouveaux"- qui s'ouvrent pour les salariés, **par leur combat** (pas comme les "nouveaux droits" actuels, prônés par certains contre les droits acquis, pour détruire ces droits "anciens" au nom de la modernité !).

2) La loi du 11 octobre 1946 et son premier décret d'application (26 novembre 1946)

La loi elle-même est très courte. Elle instaure les services médicaux du travail, dont **le maître d'œuvre est le médecin** (et non l'employeur), obligatoires pour l'employeur (privé, mais aussi entreprises industrielles publiques), et à leur charge- dans un but exclusivement préventif (éviter toute altération de la santé du fait du travail).

- Médecins du travail ayant un diplôme de médecin hygiéniste du travail.

Le décret du 26 novembre se réfère à l'ordonnance et au décret de 1945 instaurant les **comités d'entreprise** (gestionnaires, avec les employeurs, des œuvres sociales, dont la médecine du travail) et à la loi du 11 octobre.

- Agrément des services médicaux par le ministère du Travail et de la Sécurité Sociale.
- Instauration du **TEMPS MÉDICAL** (temps minimum dont doit disposer le médecin du travail) : 1h/mois pour 20 salariés (commerce, services publics), 1h/mois pour 15 salariés (industrie) et 1h/mois pour 10 salariés (risques spéciaux), **permettant de calculer le nombre de médecins nécessaires pour surveiller une population de salariés en fonction des risques professionnels, répondant à l'OBLIGATION DE MOYENS nécessaire au médecin.**
- Services d'entreprises ou interentreprises, propositions des syndicats, **arbitrage de l'inspection du travail.**
- Frais à la charge des employeurs.



- **Visite médicale annuelle** (tous les 3 mois pour les moins de 18 ans, à l'appréciation du médecin pour les risques spéciaux).
 - Visite de reprise après 10 jours d'arrêt.
- Pas de rôle de contrôle pour le médecin** (mais apprécier le lien entre l'arrêt et les conditions de travail).
- Surveillance de l'hygiène générale des ateliers, adaptation des conditions de travail à la physiologie... Médecin consulté pour toute nouvelle technique de production, et **soumis au secret industriel, mais sans entraver la déclaration des maladies professionnelles.**
 - Déclaration obligatoire des maladies professionnelles.
 - **Prise en considération des avis médicaux par l'employeur. Arbitrage de l'inspecteur du travail...**

3) L'opposition patronale ne se fait pas attendre : longue période de stagnation et de déclin

Le décret du 27 novembre 1952, abrogeant celui du 26 novembre 1946, **divise par deux le temps médical, réduit l'obligation à la seule visite d'embauche pour les entreprises de moins de 10 salariés...** et exclut, de fait, les entreprises publiques de son champ d'action...

Celui du 13 juin 1969 reconduit les mêmes dispositions en matière de temps médical, **et introduit, "en cas d'isolement géographique", la possibilité d'un "médecin correspondant"** pour réaliser les visites médicales, tout en **réduisant les obligations de visite d'embauche** : dernière visite de moins de 3 mois pour le "même type de poste", ou de moins de 6 mois par le même médecin...



4) Puis renouveau en 1975-81 dans le contexte de la révolte croissante contre Giscard

20 juillet 1976 : Convention collective des personnels des services interentreprises de médecine du travail.

6 décembre 1976 : Renforcement de l'arbitrage de l'inspecteur du travail, qui devient une loi (et non un simple décret), ainsi que d'autres mesures renforçant la prévention.

Art L 241-10-1 du code du travail : "Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles

telles que mutations ou transformation de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs.

"Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail".

Cet article, devenu ensuite L. 4624-1 avec la recodification, **a été abrogé par la loi El Khomri (arrêté du 11 juillet 1977) mettant à jour la liste des "risques spéciaux".**

Le décret du 20 mars 1979 :

- rétablit le **temps médical de 1946** (mais seulement pour le secteur privé) ;
- instaure pour le médecin (donc pour le service) le **tiers temps d'étude des lieux de travail** ;
- instaure, outre la visite de reprise, la **possibilité de visite de "pré-reprise"** ;
- précise que le dossier médical du travail peut être transmis au **médecin traitant** à la demande du salarié ;



- instaure la **fiche d'aptitude**, en double exemplaire, pour l'employeur et le salarié.

Ce décret a entraîné le **doublement** du nombre de médecins du travail, et a eu pour conséquences de multiples études sur les conditions de travail dans les années suivantes.

Loi du 7 janvier 1981 pour les AT-MP, **doublant l'indemnité légale de licenciement, avec avis des DP pour leur reclassement, renforçant l'obligation de reclassement, avec interdiction de les licencier pendant l'arrêt de travail.**

Mais rappelons qu'à cette époque, les salariés licenciés pour simple maladie n'avaient aucune indemnité de licenciement, ce licenciement étant "de leur fait", et non du fait de l'employeur ! Il a fallu attendre 10 ans de plus pour que la jurisprudence corrige cet état de fait.

5) Mais embellie de courte durée, car après le "tournant de la rigueur", se profile le traité de Maastricht

- **Instauration de l'internat qualifiant (1984)** : La médecine du travail devient une **spécialité à part entière, mais**, de ce fait, rentre dans le cadre du **NUMERUS CLAUSUS** (en vigueur depuis 1971 pour la médecine de soins). Il s'ensuit deux promotions "blanches", sans aucun poste d'interne attribué à la spécialité : on commence à lui retirer les moyens qu'on lui a donnés 5 ans avant !
- **Décret du 28 décembre 1988** : après une première version avortée en 1986, il instaure, pour les internes, la possibilité de stages dans les services (le maître de stage a 17h/mois pour les former) et pour les médecins, **le libre accès au lieu de travail** (il est temps !).
- **Les deux visites médicales à 15 jours d'intervalle en cas d'inaptitude (sauf danger immédiat).**
- **Une mesure expérimentale dangereuse** : la possibilité d'accords d'entreprise négociés entre employeurs et syndicats pour espacer la périodicité des visites à 2 ans, "en échange" de "plus d'actions sur le lieu de travail". Cette disposition a eu très peu de succès sur le moment, mais, avec le recul, on peut dire **qu'elle a introduit le ver dans la pomme !**

6) La Directive européenne "Santé au travail" et ses conséquences

Directive 89 1391 CEE du Conseil du 12 juin 1989 :

- **Son préambule est explicite** : l'art. 118A du traité CEE prévoit "*des prescriptions minimales*" pour "*éviter d'imposer des contraintes administratives, financières et juridiques*" qui "*contrarieraient la création et le développement des PME*". Les travailleurs sont "*à même de contribuer, par une participation équilibrée*" aux mesures de protection.



- La suite ne l'est pas moins. Quelques exemples essentiels : Art.5, 1^{er} alinéa : "*L'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail*". C'est la fameuse "*obligation de résultats*" dont on nous abreuve.

Mais art.5, 5^{ème} alinéa : "*La présente directive ne fait pas obstacle à la faculté des Etats*

membres de prévoir l'exclusion ou la diminution de la responsabilité des employeurs pour des faits dus à des circonstances qui sont étrangères à ces derniers, anormales et imprévisibles, ou à des événements exceptionnels, dont les conséquences n'auraient pu être évitées malgré toute la diligence employée.

Les Etats membres ne sont pas tenus d'exercer la faculté visée au premier alinéa".

Il s'agit là, ni plus, ni moins, que de la remise en cause de la loi de 1898 : le salarié non plus ne peut prévoir les circonstances "imprévisibles", il doit bien venir travailler ! C'est comme l'absence d'indemnité de licenciement en cas de maladie !



Art.6 : L'employeur doit "évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités" Facile, de dire qu'un risque ne peut pas être évité ! On en a vu le corollaire pour le décret sur les cancérogènes : "*Si le risque ne peut être évité, employer le moins de salariés possible*" ! (plutôt que de supprimer le cancérogène !). Ce décret n'a jamais été appliqué.

Art.14 : "*... chaque travailleur doit pouvoir faire l'objet, s'il le souhaite, d'une surveillance de santé à intervalles réguliers*".

Donc, remise en cause du caractère obligatoire de la visite annuelle, s'imposant à l'employeur... dans la foulée du décret de 1988, qui ouvrait la voie : coïncidence ?

Les gouvernements successifs et le patronat se sont engouffrés dedans pour la faire appliquer. Mais ils ont mis du temps, car ils se sont heurtés à une résistance syndicale non négligeable. Dans les années 90, il y avait, en France, plus de 8 000 médecins du travail, donc plus que dans tous les autres pays d'Europe réunis.

En 2000, négociation de l'accord du 13 septembre de refondation sociale du MEDEF, conduite par Denis KESSLER. Il voulait introduire les "médecins de ville" en médecine du travail (sans y arriver), et des mesures contre la Sécurité Sociale. Cet accord n'a pas été signé par la Confédération FO, ni par la CGT.

Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (avec décret du 24 juin 2003)

Elle reste dans le cadre de la loi de 1946 : "*les médecins restent les maîtres d'œuvre*", mais elle introduit les IPRP ("intervenants en prévention des risques professionnels"), non médecins, toxicologues, etc., qui collaborent avec le médecin.

De nouvelles compétences ? Parfait, **mais où est l'arnaque ?**

- Ils interviennent non pas "*en plus*", mais "*à la place*" des médecins (**numerus clausus oblige** !).



- Ils interviennent dans l'entreprise, **mais ne sont pas salariés protégés** (contrairement au médecin). L'employeur n'est pas tenu de suivre leurs conseils (**moins de poids que les médecins**)

Cette loi initie donc à la fois un "**transfert de compétences**" (du médecin vers l'IPRP), et le **remplacement de salariés protégés par des salariés non protégés**. Or, les salariés protégés le sont, justement, pour protéger les salariés des entreprises. Au bout, quel bénéfice pour eux ? C'est le médecin du travail qui peut protéger l'avis de l'IPRP, dans l'intérêt des salariés de l'entreprise. Ce n'est pas une question de "pouvoir personnel", mais de préservation du code du travail.

Décret du 28 juillet 2004, portant "réforme" de la médecine du travail.

Quelle réforme ?

- Espacement des visites à "tous les deux ans".
- **SUPPRESSION DU TEMPS MÉDICAL**, remplacé par un "effectif maximum de salariés (3 300) et d'entreprise (450) à suivre" (comme il peut), par le médecin.
- mise en place des "commissions médico-techniques (regroupant médecins et IPRP) dans les services. Ce sont les points essentiels de cette contre-réforme.

Recodification du code du travail (loi du 21 janvier 2008 et décret du 7 mars 2008) avec, en passant vite, une suppression de l'art. L. 241-10 sur les procédures de mise en demeure et un renforcement du secret industriel...

Echec total des négociations au MEDEF qui devaient déboucher sur un accord le 11 septembre 2009, mais aucun syndicat n'a voulu le signer (malgré la tonne de rapports sur la médecine du travail des années précédentes : Gosselin, Dellacherie, Cour des comptes... et j'en oublie). Ces négociations voulaient introduire "en douceur" la loi de 2011, faisant de la médecine du travail une "mission patronale", et non "médicale", prévoyant la visite "tous les 3 ans", et la "régionalisation du code du travail". Mais le "flop" a été tel que... même la CFDT n'a pas osé le signer. Ceci n'a pas empêché le gouvernement Fillon de légiférer, même en s'y prenant à deux fois, puisque sa première version était intégrée à la loi sur les retraites, avant d'être "re-tournée" comme cavalier législatif.

7) Loi du 8 juillet 2011 contre loi de 1946, abrogée de fait

Art. L. 4622-2 : Les services de santé au travail (et non les médecins) ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail..."

Art. L. 4622-10 : Les priorités des services sont [...] des politiques nationales, régionales, et en fonction des réalités locales (le degré local de pénurie-NDLR), dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [...] conclu entre le service, l'autorité administrative, [...] et les agences régionales de santé.

Il reste l'arbitrage de l'inspecteur du travail, avec toutes les dérogations possibles (périodicité des visites, travailleurs saisonniers...), confirmées par les décrets d'application de janvier 2012 et la circulaire (90 pages) du 9 novembre 2012.



8) Depuis 2014, attaques redoublées contre le code du travail, avec 1 million de personnes dans la rue le 14 juin 2016 :

Mesures de simplification (Mandon) en novembre 2014, qui ont déclenché un "tollé" en médecine du travail, avec

pétition signée par 3 800 médecins, élus du personnel, inspecteur du travail, membres du CHSCT, qui démontrent que l'architecture de la médecine du travail est toujours vivante.

Ces mesures voulaient s'attaquer au caractère obligatoire des visites médicales et aux demandes d'aménagement de postes, ainsi qu'à la protection des apprentis.

Rapport Issindou, condamné par tous les syndicats (sauf la CFDT) et par l'Ordre des médecins.

Loi Rebsamen, du 17 août 2015, s'attaquant aux élus du personnel (fusion des instances, diminution des heures de délégation) et à la médecine du travail (facilitation du licenciement pour inaptitude, responsabilité du médecin pour la sécurité des "tiers"...). C'est un brouillon de la loi El Khomri.

Loi El Khomri, du 8 août 2016, dont les décrets sont en attente, et dont le risque pour les salariés, et pour les médecins, est :

- l'instauration éventuelle d'une **médecine de contrôle** pour les postes de sécurité (incompatible déontologiquement avec la médecine du travail) ;
- l'espacement accru des visites médicales systématiques par un médecin (l'accès au médecin du travail) ;
- et surtout la suppression de l'arbitrage de l'inspecteur du travail en cas de contestation, qui serait du domaine des Prud'hommes (donc, ni rapide, ni gratuit), facilitant l'amplification des contestations patronales. Nous y reviendrons.

Voilà donc plus de 20 ans que les gouvernements successifs se sont acharnés à détruire la médecine du travail, et maintenant le code du travail. Mais l'architecture fondamentale reste en place. Celle-ci vise, pour les salariés, à obtenir un poste de travail dans l'entreprise qui soit adapté à leur état de santé. Ce n'est pas seulement les médecins du travail, mais aussi le rôle des Délégués du personnel, des Délégués syndicaux, des membres du CHSCT, de l'Inspection du travail, vers qui les salariés se tournent, munis de leur certificat médical, pour obtenir satisfaction.

ET MAINTENANT ?... DU BON USAGE DU MÉDECIN DU TRAVAIL...

1) Ou'est-ce qu'un médecin du travail ?

C'est un médecin, rien de plus, **et rien d'autre** (il n'est pas gestionnaire de l'entreprise, mais pas non plus représentant du personnel, ni inspecteur du travail), **mais rien de moins** : dans le cadre de la déontologie, il doit examiner avec bienveillance tous les salariés, quelles que soient leurs caractéristiques, leur réputation (**donc leurs relations avec l'employeur**), ce qui s'applique d'ailleurs à l'employeur lui-même, s'il est salarié. Il doit les examiner, les conseiller, "**leur faciliter, sans aucun abus, les avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit**" (art. 50 du code de déontologie) ; tout ceci dans le cadre du secret médical (un avis médical ne doit en aucun cas être "motivé", car les motifs -la pathologie- est inscrite dans le dossier médical, mais non sur la fiche de visite, où n'est écrit que ce que l'employeur doit savoir sur "*comment aménager le poste*").



Par ailleurs, il doit être informé par l'employeur des techniques de production (composition des produits employés, etc.), faire des propositions d'amélioration des conditions de travail (qu'il y ait ou non un CHSCT), déclarer ou faire déclarer les maladies professionnelles, demander des mutations de postes ou des aménagements individuels des postes de travail (qui ne sont pas des **faveurs**, mais quasiment des **ordonnances médicales**, auxquels l'employeur est obligé de répondre).

C'est à cela que s'attaque la loi El Khomri, en supprimant l'arbitrage de l'inspecteur du travail, qui connaît l'entreprise, en cas de désaccord de l'employeur. Mais l'opposition du mouvement ouvrier est claire et nette, demandant son abrogation. Et elle est "*contagieuse*" : pour quelle loi a-t-il fallu employer, à trois reprises successives, l'article 49-3 de la Constitution ? C'est une "première"... ou une dernière ?

2) L'architecture de la médecine du travail est toujours là

- Il reste près de 5 000 médecins du travail, chargés de la prévention individuelle et collective, dans ce lieu "privé" qu'est l'entreprise, et toujours là **du fait du code du travail**. Et ils ne sont pas tout seuls, puisqu'il y a des milliers de délégués du personnel, de délégués syndicaux, de membres du CHSCT, ainsi

que de délégués syndicaux dans les Conseils d'administration et les Commissions de contrôle des services. Il y a un véritable "*maillage de représentants des salariés*" dans toutes les instances de la médecine du travail, des Services de Santé au Travail : le combat en cours est pour la cohérence de l'ensemble pour la protection des salariés !

- Pour la prévention individuelle, **l'agent de cette cohérence est le salarié lui-même** : muni de son certificat médical, il peut en faire l'usage comme il l'entend en usant des droits liés à son contrat de travail : la convention collective, le code du travail... Il peut se faire aider par les syndicats de l'entreprise, ou les élus au CE, à la DUP, ou les DP, voire faire appel à l'inspecteur du travail ou aller aux Prud'hommes si nécessaire. Il est évident aussi qu'en cas d'inaptitude avec impossibilité de reclassement, le fait qu'il puisse avoir droit au chômage, à l'invalidité ou à la retraite n'est pas indifférent. De même, afin d'empêcher cette inaptitude, l'accès aux soins et à leur remboursement, voire à leur gratuité, est vital. **Voilà comment la médecine du travail s'articule avec tous les droits des salariés liés au code du travail, dont elle est elle-même constituante.**
- Pour la prévention collective, le médecin est membre de droit du CHSCT (même s'il peut, maintenant, déléguer...), de même que l'ingénieur de la CARSAT et l'inspecteur du travail (mais les médecins sont de beaucoup les plus présents). **Le droit d'alerte** du CHSCT et les risques consignés dans ses comptes rendus restent, à la base, de la **faute inexcusable** de l'employeur. Et l'employeur doit répondre par écrit aux "préconisations" du médecin du travail.

3) Dans le cadre de la loi El Khomri (de ce qui va en rester après les contestations en cours), il faudra, certes, être plus vigilants, tant qu'elle n'est pas abrogée

- Pour les salariés, anticiper les visites de reprise en demandant à voir le médecin du travail (**dont l'accès est plus difficile**), afin d'établir avec lui, en plusieurs fois si besoin, un lien de confiance en vue du certificat pour la reprise. Et ne pas perdre le lien avec l'inspecteur du travail.
- Pour la prévention collective, renforcer les liens entre médecin du travail et élus du personnel. Dans ce cadre, **la syndicalisation à FO des médecins du travail** est un objectif, car eux-aussi sont des salariés, et ont besoin d'être défendus et de s'organiser dans ce but.

Toute initiative en ce sens est primordiale pour la pérennité de la médecine du travail dans l'intérêt de la santé et des droits des salariés.



Réalisé par Jacques DELON, Secrétaire général du Syndicat National FO
des Médecins du Travail et des Services Interentreprises,
avec la contribution de Gérard DA SILVA

FÉDÉRATION DES EMPLOYÉS ET CADRES CGT FORCE OUVRIÈRE

54 rue d'Hauteville 75010 PARIS • Tél. : 01 48 01 91 91

Fax : 01 48 01 91 92 • Courriel : fecfo@force-ouvriere.fr • Site : fecfo.fr

