

# LA SANTÉ AU TRAVAIL EN DÉTRESSE

## ANALYSE PROVISOIRE DE LA SITUATION DE RÉFORME IMMINENTE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

« *Qui ignore le passé est condamné à le revivre* »

**L**a « note de cadrage sur la modernisation de la santé au travail » et, dans une moindre mesure, le document de « pré-orientations 2001 du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels » datés du 31 janvier 2001 se contentent de « décliner » les dispositions arrêtées entre le patronat et des organisations minoritaires en le réaménageant pour en faire disparaître les aspects scandaleux les plus ostentatoires.

Les fondations sont les mêmes. Il faut se rappeler les visées les plus pernicieuses de l'accord auquel la note sert de faire valoir. De quoi s'agit-il en réalité dans le texte du 13 septembre :

- d'éliminer du système toute référence à l'intérêt public et tout droit de regard de la puissance publique en éliminant le contrôle administratif existant ;
- de rendre inopérante la médecine du travail en contraignant l'indépendance des médecins du travail, en restreignant leur champ professionnel, en augmentant les effectifs surveillés, en les contournant par l'utilisation de praticiens extérieurs, en leur imposant des collaborations avec des organismes sous influence patronale ;
- de circonvenir le contrôle social en limitant son efficacité par le paritarisme « bipartite », en l'excluant de fait de la gestion des services pour s'en attribuer l'exclusivité, en ne lui attribuant pas de moyens supplémentaires.

C'est ainsi que, dans la note ministérielle, sont acceptées des dispositions qu'il s'agirait de « traduire » sous forme de réglementation(1):

- Fixation de la nature des surveillances particulières et de la périodicité des visites (jusqu'à 24 mois pour les salariés sans SMP) par les branches.
- Résorption du déficit (sous-évalué à 500 équivalent temps plein) par recrutement de médecins « prescripteurs » dont la formation reste à déterminer.
- Tutelle des organismes contrôlés par le patronat sur la

•••••

1- « Il est désormais possible d'entrer dans la phase opérationnelle de réalisation d'un vaste chantier normatif - législatif (sur quelques points) et surtout réglementaire - de modernisation. Ce chantier comporte des dispositions destinées à permettre la mise en œuvre de l'accord interprofessionnel ainsi que des points que l'accord n'a pas abordés mais qui répondent aux exigences d'une réorganisation globale. Lorsque la source est l'accord, sa traduction en termes normatifs varie selon que son énoncé est plus ou moins général ». Note de cadrage du 31 janvier 2001

pluridisciplinarité avec veto sur les coopérations extérieures en médecine du travail.

- Gestion des services toujours exclusivement patronale (seulement 1/5 des sièges dans les Conseils d'administration aux représentants des salariés).
- Aucun moyen défini pour le contrôle social y compris pour les préventeurs syndicaux.
- Aucun moyen pour la pluridisciplinarité y compris pour les coopérations avec l'IVS (ce qui demeure la seule proposition positive du ministère),

Le dessein du patronat est pourtant bien perceptible. Il est tout d'abord de soumettre la prévention des risques pour la santé à un système de contrat privé pour en faire un marché comme un autre, d'organiser l'invisibilité des atteintes à la santé au travail afin de s'exonérer de toute responsabilité dans leur survenue permettant ainsi de faire de la santé au travail un autre objet de marché.

Réaffirmons les quelques principes simples qui doivent prévaloir au système de prévention des risques pour la santé au travail :

- Il s'agit d'une question d'ordre public ce qui justifie l'existence d'un contrôle de la puissance publique.
- Son financement ainsi que celui de la gestion des risques doivent être assurés par les employeurs pour la raison qu'ils génèrent les risques.
- La mise en œuvre de l'évaluation des risques à priori doit être confiée à des experts indépendants, quelque soit leur spécialité, qui coopèrent entre eux et avec les salariés.
- Les experts rendent compte de leur activité dans des instances de contrôle social dans lesquelles les salariés, doivent être majoritaires, du fait qu'ils représentent les victimes potentielles, et les employeurs, responsables présumés, doivent être représentés.
- Les employeurs ne peuvent assurer majoritairement la gestion des organismes, tels que les services de médecine du travail, qui prennent en charge l'accompagnement de la santé individuelle des salariés, afin de ne pas être en position d'être juge et partie et de faire pression sur l'indépendance des praticiens qui y exercent.

Les dispositions proposées par le patronat sont aux antipodes de ces principes. Si elles étaient adoptées elles constitueraient un recul, en comparaison du système actuel. Au lieu de l'améliorer elles détruiraient le système de prévention des risques



# CHRONOLOGIE DES FAITS ET DES POSITIONS

## Mi 98

### **Annnonce d'une prochaine réforme par le Ministère du travail (Congrès de médecine du travail de Strasbourg)**

Création d'un collectif pour une réforme de la médecine du travail (SNPMT, SMT, FNATH, SUD, FNMF, FMF) aux travaux duquel participe la CGT.

## Juin 98

**Déclaration commune MEDEF, CFDT, FO, CGC, CFTC :** la prévention des risques au travail relève de la seule négociation entre partenaires sociaux.

## Pendant un an

Réunions régulières d'instruction technique d'un éventuel accord entre les signataires de la déclaration. La CGT participe aux travaux comme observateur.

## Mi 99

Arrêt unilatéral des négociations par le patronat.

## 24 février 2000

À l'initiative de la CGT déclaration commune des organisations syndicales CFDT, CGT, CGC, CFTC sur les principes de fonctionnement du système de prévention.

## 21 mars 2000

Reprise des négociations *Déclaration d'ouverture* de la délégation des employeurs.

## 16 mai 2000

Texte du patronat *Médecine du travail et pluridisciplinarité* : aucune allusion à l'intervention des syndicats dans le système ou de celle de l'état, notion de métier à risque définie par l'employeur par branches professionnelles, médecins du travail sous subordination, expert choisis par l'employeur assistant le médecin du travail, sous traitance des visites à des médecins généralistes, visites espacées de deux à trois ans.

## 26 juin 2000

Texte du patronat *Éléments pour un projet d'accord*. Risque défini par branche en concertation paritaire, intervention des organismes institutionnels de prévention sauf Institut de Veille Sanitaire, médecin du travail en prévention primaire, visites sous traitées aux généralistes, espacées de deux à trois ans, gestion paritaire des services avec commission médico technique, commissions régionales interprofessionnelles paritaires de santé au travail avec commission consultative technique. Forte poussée de la CFDT pour amender le texte en séance (il y aurait eu bilatérale avec le patronat). Après suspension de séance, sur proposition de la CGT, une réflexion complémentaire entre les confédérations (y compris FO) est décidée.

## Du 26 juin au 12 juillet 2000

Pendant la réflexion syndicale, la CFDT prend comme base la déclaration du patronat, la proposition CGT de bâtir un contre-texte commun (dans l'esprit de la déclaration du 24 fé-

vrier) n'est pas retenue. Les modifications demandées du texte patronal sont un simple aménagement ; en particulier les propositions CGT de se référer au droit du travail et à la négociation-cadre nationale pour la définition des risques n'est pas retenue. Le consensus se fait toutefois sur le refus de la sous traitance aux généralistes et la périodicité de la visite au maximum à quinze mois portés à vingt-quatre exceptionnellement.

## 12 juillet 2000

Texte du patronat *Projet de propositions finales* qui intègre certaines modifications de forme proposées par les confédérations. Les dispositions de ce texte permettraient au patronat :

- de contrôler la visibilité des risques environnementaux (c'est-à-dire les risques « classiques » : physiques, chimiques, etc.) par leur gestion par les branches (où le rapport de force leur est plus souvent favorable et où l'opacité est plus aisée à fabriquer) ;
- d'organiser l'invisibilité des risques nouveaux dus à l'organisation du travail en espaçant les visites médicales, qui sont des lieux de repérage de ces risques, à deux voire trois ans et en les sous-traitant à des médecins généralistes sans connaissances, sans statut, sans contrôle social ;
- de limiter l'évaluation des risques pour la santé à la gestion de ceux-ci et non à leur prévention, du point de vue de la santé ;
- de transformer la mission actuelle des médecins du travail, qui est d'éviter toute altération de la santé du fait du travail, en objectif de « suivi médical des salariés » ;
- de contraindre l'intervention en milieu de travail des médecins du travail par le recours à des spécialistes internes sous subordination ou des recours externes à des services institutionnels (dont sont exclus ceux, tels l'Institut de Veille Sanitaire, sur lesquels le patronat n'a aucun contrôle) ou à des sous-traitants chargés d'encadrer les initiatives des médecins ;
- de neutraliser l'action des médecins du travail en gardant la main, directement ou *via* les branches, sur la détermination des salariés à « risques spéciaux » ce qui, lié à l'espacement de la visite, permet d'augmenter *ad libitum* les effectifs suivis par médecin ;
- de garder exclusive et opaque la gestion des services interentreprises *via* les Conseils d'administration ;
- de neutraliser le niveau interprofessionnel en limitant son action à des instances régionales subordonnées aux négociations de branche et en le contrôlant par le biais du paritarisme ;
- de neutraliser la puissance publique en déventant le niveau national (Conseil sup.) devenant une chambre de synthèse des remontées régionales sans responsabilité dans la définition des politiques de prévention et en le mettant devant le fait accompli de pseudo-accords de branches.

Grâce à ces procédés, comme prévu dans un système libéral, le patronat s'affranchirait de ses obligations dictées par l'intérêt général représenté par la puissance publique (compatibilité entre droit à la santé et droit au travail) et camouflerait ses véritables responsabilités en matière de risques pour la santé au travail.

## **11 septembre 2000**

- **SNPMT** (Syndicat National des Personnels et Médecins du Travail) : *Pourquoi nous refusons la mort programmée de la Médecine du Travail ?* Cette déclaration suit une journée de grève (11 septembre 2000) suivie à plus de 50% par les médecins du travail conjointement avec les internes étudiants en médecine du travail, dans le but de faire pression sur la négociation afin de placer la discussion sur une véritable réforme de l'institution « Médecine du travail » (indépendance, renforcement de l'action du médecin du travail en prévention primaire avec les moyens nécessaires), faire barrage à l'introduction de la médecine générale dans le champ du médecin du travail et dénoncer d'avance ceux qui seraient tenter de faire de la médecine du travail une monnaie d'échange dans la négociation.

- **FMF** (Fédération des Mutuelles de France) : *Soutien aux Médecins du Travail*, déclaration de soutien à l'action engagée par les médecins du travail (journée de grève du 11 septembre 2000), soulignant les questions fondamentales à traiter (redéfinition de « l'aptitude », développement de la prévention, opposition à toute discrimination, notamment pour raison de santé).

## **12/13 septembre 2000**

Texte d'accord « irrévocable » du patronat.

## **14 septembre 2000**

- **Jean-François Perraud**, (Secrétaire Confédéral CGT, conduisant la délégation CGT à la négociation), souligne que :

le texte issu de la réunion tient compte dans les avancées perceptibles (mise en œuvre de prévention) du poids de l'unité syndicale, ainsi que les reculs (médecine du travail) et dangers qu'il recèle de renversement de la hiérarchie des normes substituant des accords de branches à la réglementation, notamment sur des questions de santé (accords de branches sur la définition des postes et métiers à risques ouvrant sur un « suivi médical spécial »).

Il appelle à poursuivre la négociation en lien avec un véritable débat public.

- **FNATH** (Fédération Nationale des Accidentés et Travailleurs Handicapés) souligne que :

bien qu'étant directement concernée par la négociation elle n'en est pas partie prenante. Elle indique que le projet d'accord comporte des avancées intéressantes (prévention et coordination des institutions de prévention), mais également des « insuffisances inacceptables » (accords de branches pour la définition des critères de suivi médical spécial, pas de garanti à l'investissement des médecins du travail sur le lieu de travail), « et surtout » le maintien d'une gestion exclusivement patronale des services de médecine du travail (indépendance).

## **15 septembre 2000**

- **ISNIH** (Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux) / **SNPMT**. Dans un communiqué commun *La santé au travail sera-t-elle bradée avec l'accord des confédérations de travailleurs ?*, soulignent :

quelques avancées (*numerus clausus*, dispositif de prévention régional), mais que le texte ne règle rien des dysfonctionnements (médecine du travail), et qu'au total c'est le démantèlement de la prévention en santé au travail qui est proposé et conclut « ... *Nous nous opposerons à l'accord de la honte !* »

## **16 septembre 2000**

- **VILLERME** (Association des Inspecteurs du travail). Par un communiqué *Danger pour la prévention des risques du travail* pointe :

quelques aspects positifs (recentrage de la médecine du travail sur le milieu de travail, le dessin des contours de l'évaluation des risques, la prise en compte de la situation des PME/PMI sans CHSCT) soulignant que cela reste très flou, et dénonce par contre l'insuffisance des dispositions qui ne permettent pas de remédier aux carences graves du système actuel (révélées par les catastrophes de l'amiante, celle à venir sur les éthers de glycol...), décelant des dispositions qui permettent la manipulation des experts et des dispositions qui éliminent l'État de son rôle réglementaire et de contrôle (accords de branche en lieu et place de la réglementation).

## **17 septembre 2000**

- **Collège des Enseignants Hospitalo-universitaires**, fait un long commentaire sur le texte :

le caractérisant « d'ouvert qui rend certainement possible, avec une latitude assez large, un certain nombre d'aménagements législatifs et réglementaires de nature à améliorer la prévention des risques professionnels et la santé au travail ».

S'ensuit un inventaire de propositions présentées comme des compléments déterminants « pour rendre opérationnels les concepts développés dans le protocole d'accord, trop généraux pour être applicables sur le terrain dans la forme actuelle ».

## **18 septembre 2000**

**Ordre National des Médecins – Conseil National de l'Ordre**, par un communiqué indique :

qu'il suit attentivement la négociation et regrette d'emblée que les propositions « de contrat type de travail » élaborées avec les syndicats de médecins du travail et le ministère et demandées au MEDEF aient été écartées. Conteste la participation de médecins sans aucune formation au partage de la mission de la médecine du travail, rappelant les principes à renforcer de l'indépendance vis-à-vis de l'employeur, et de la compétence spécifique, et formule une proposition de reconversion de qualité des médecins généralistes vers la médecine du travail, « qui éviterait la mise en place d'une médecine du travail au rabais ».

## 18 septembre 2000

- **CFTC** : *Un accord à passer au scanner*. La CFTC indique : qu'elle confirme l'appréciation positive portée par ses négociateurs, soulignant cependant son vœu d'éclaircissement et d'approfondissement sur certains points (reconversion de médecins de ville vers la médecine du travail, fréquence des visites médicales, rôle des branches et des entreprises).

## 19 septembre 2000

- **Bureau Confédéral de la CGT**, *La CGT ne signera pas*, soulignant :

des avancées (prévention), mais des dangers de reculs importants (médecine du travail, renversement de la hiérarchie des normes), estimant que la négociation n'est pas terminée, et qu'il y a bien nécessité d'un débat public

- **Les Organisations représentatives des professions de santé au travail (personnels des services de médecine du travail) CFE-CGC, CGT, FO, SNPMT** :

dénoncent les dangers du texte (introduction de la médecine de ville sur la mission de la médecine du travail) et appellent les confédérations syndicales à ne pas signer le texte patronal.

## 28 septembre 2000

- **Syndicat National des Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail**, souligne dans un long exposé :

les quelques aspects positifs (mise en place de la pluridisciplinarité et de la prévention pour l'évaluation, réaffirmation de la responsabilité de l'employeur, implication des IRP, plus d'intervention de la médecine du travail en milieu de travail), s'inquiète de définitions vagues et de silences et s'insurge contre une substitution de la réglementation par des accords de branches (« le paritarisme aurait-il ainsi force de droit ? ») estimant en conclusion l'accord insatisfaisant et inquiétant en l'état, ne tirant aucun enseignement du passé et du présent.

## Octobre 2000

- **CFDT**, fait un communiqué *Santé au Travail – s'engager pour agir*, par lequel :

elle estime que ses trois objectifs (redonner de la dynamique sociale à la prévention des risques dans les entreprises, mieux couvrir les salariés des petites entreprises, développer l'évaluation *a priori* des risques et mieux faire coopérer les institutions de prévention entre elles et avec l'ensemble des partenaires sociaux) sont atteints dans le texte final.

- **SMT** (Association Santé et Médecine du Travail) :

dénonce une opération patronale visant à dénaturer la mission de la médecine du travail, et formule des objectifs à mettre en œuvre pour une médecine du travail au service de la mission « d'éviter l'altération de la santé du fait du travail ».

## 24 octobre 2000

- **CFE-CGC**, fait un communiqué *Santé au travail : c'est non !* :

indiquant la position du Comité Confédéral CFE-CGC estimant inacceptable l'accord dans sa forme actuelle, dé-

nonçant particulièrement l'introduction de la médecine de ville sur le champ de la médecine du travail, et la définition par accord de branche des suivis médicaux spéciaux en lieu et place de la réglementation.

## 20 novembre 2000

- **CISME** (Centre interservices de santé et de médecine du travail), dans une lettre adressée à E. Guigou, rendu publique : déplore qu'il n'y ait toujours pas d'issue trouvée par les partenaires sociaux dans le cadre de la négociation, considérant que cette situation ne permet pas d'envisager de trouver une solution à la situation du déficit de médecin du travail et donc à l'accomplissement de leur mission. Il en appelle au ministre pour prendre les mesures annoncées afin de faire face aux besoins.

## 18 décembre 2000

Un communiqué de presse AFP fait état de :

la signature d'un texte additif à l'accord du 13 septembre 2000 par le MEDEF, la CFTC, la CFE-CGC, la CFDT, la veille de la réunion des partenaires sociaux sur le bilan d'un an de refondation sociale.

## 19 décembre 2000

- **FNATH**, salue les avancées du texte et réclame un débat national, soulignant que :

la déclaration du 18 décembre apporte des précisions sur le texte du 13 septembre qui prennent en compte des préoccupations exprimées par le FNATH. Elle pointe cependant deux exigences – s'appuyer sur la concertation et la mobilisation des différents partenaires à tous les niveaux, poursuivre la réflexion sur les outils utilisés (aptitude qui doit être au service de l'insertion, l'organisation de la surveillance médicale des populations), et conclue sur une demande au gouvernement d'organiser un véritable débat national sur ce sujet.

- **CFDT**, une déclaration de Rémi Jouan (secrétaire national) *La CFDT signe l'accord « Santé au travail »* rappelle :

les trois objectifs que la CFDT s'est fixée dans la négociation, et indique que la déclaration additive la renforce dans son interprétation du protocole, considérant que cet additif « doit permettre la signature du plus grand nombre, chance supplémentaire du développement de la prévention des risques professionnels ».

- **L'Ordre National des Médecins**, note avec satisfaction : qu'au terme de la déclaration annexée à l'accord du 13 septembre 2000, l'intervention de médecins libéraux est subordonnée aux conclusions d'un groupe de travail auquel l'Ordre est intégré, rappelant à l'occasion son hostilité à cette éventualité. Il rappelle que l'action sur le court terme ne doit pas occulter l'urgence du relèvement du *numerus clausus* de médecins du travail en formation.

## 21 décembre 2000

- **CFTC**, fait un communiqué AFP, par lequel : elle se dit persuadée que l'accord trouvé en début de semaine constitue une réelle avancée pour les salariés de PME/PMI, soulignant son hostilité dès le départ à l'intervention de la médecine de ville sur le champ de la médecine du travail, indiquant qu'elle la fera valoir dans le groupe de travail constitué sur cette question, et donne

son interprétation sur la définition des risques considérant qu'en l'absence d'identification, les règles actuelles restent en vigueur.

### 31 janvier 2001

**Ministère du travail**, *Note de cadrage sur la modernisation de la santé au travail et la prévention des risques professionnels ; Pré-orientations 2001 du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels*.

La gestion de la médecine du travail est toujours contrôlée par les employeurs. La Loi doit « traduire » réglementairement l'accord du 13 septembre. Formation des médecins « prescripteurs » pour combler le déficit.

### 28 février 2001

- **Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels**, déclaration de la Ministre : voir ci-dessus.

- **CGT**, déclaration et expression de :

la prééminence du réglementaire sur les accord conventionnels, gestion 2/3 de salariés 1/3 employeurs, SMP au

plan national, si élargissement des visites obligation de redéploiement vers l'action collective. Augmentation des moyens du contrôle social et du contrôle administratif.

- **CFDT** :

se félicite de l'accord.

- **Manifestation à l'appel du Syndicat national professionnel des médecins du travail, association SMT, Collectif UGICT-CGT des médecins du travail, Syndicat national GNC-CGT des médecins EDF-GDF, Syndicat des médecins inspecteurs du travail, l'Association des inspecteurs du travail L611-10, l'Association Villermé, le Syndicat des internes, le Syndicat CGT du personnel des services du BTP :**

500 médecins du travail, inspecteurs et médecins inspecteurs du travail, internes et personnels CGT des services du BTP manifestent devant le Ministère du Travail et celui de la Santé. Une délégation est reçue dans chacun des ministères

# LE DÉTAIL DES DISPOSITIONS DU TEXTE DU 13 SEPTEMBRE 2000

(PRÉAMBULE) La reconversion des médecins non médecins du travail n'est assortie d'aucune garantie. Le groupe de travail n'aurait même pas pouvoir sur la formation mais seulement sur les conditions d'accès à cette formation. Le groupe de suivi non plus qui veillerait seulement à la mise en œuvre de cette formation.

### **(1.1) MISE EN ŒUVRE D'UNE VÉRITABLE PLURIDISCIPLINARITÉ AVEC LA PARTICIPATION DES ACTEURS INSTITUTIONNELS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

La « véritable pluridisciplinarité » serait limitée aux organismes où l'influence patronale est prépondérante. Aucun organisme indépendant (tel l'Institut de veille sanitaire) n'aurait plus accès aux données sur la santé au travail.

### **(1.2) DANS LES SERVICES DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

Pour intervenir un organisme indépendant devrait être agréé par les organismes ci-dessus.

Ce n'est plus le médecin ou le CHSCT qui pourraient faire appel à des compétences extérieures mais uniquement l'employeur éventuellement « en liaison » avec le médecin du travail. Les infirmières ne seraient plus sous la responsabilité technique des médecins mais sous celle exclusive de l'employeur. Notons au passage que les détenteurs de ces compétences médicales et œuvrant en prévention ne bénéficieraient d'aucun statut d'indépendance contrairement à l'article 7 de la Directive européenne de 1989.

La mission du médecin du travail ne serait plus la prévention primaire des altérations de la santé au travail mais de servir « d'interface » entre le milieu professionnel et le salarié et d'assurer le suivi médical en milieu de travail et non au regard du travail.

Seul le service inter de médecine du travail aurait pouvoir pour faire appel à des compétences supplémentaires.

### **(1.3) IMPLICATION DES INSTITUTIONS REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL**

Les représentants des salariés seraient consultés uniquement sur les choix.

### **(1.4) DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE 11 À 50 SALARIÉS**

Mis à part le salarié éventuellement désigné, qui ne bénéficie pas lui aussi d'un statut d'indépendance, aucun moyen supplémentaire n'est prévu pour les délégués du personnel. Il s'agit donc d'une clause vide faute des moyens de son application.

### **(1.5) CONSÉQUENCES DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ SUR LE SUIVI MÉDICAL DES SALARIÉS**

Au prétexte que les organismes à influence patronale prépondérante se chargeraient de la prévention primaire les médecins du travail en seraient exclus.

Leur resteraient les visites et « l'action en milieu de travail » limitée à l'établissement d'une fiche d'entreprise.

Les critères de surveillance médicale spéciale seront définis par les branches dans un cadre paritaire bipartite. Les salariés en bénéficiant seront désignés par l'employeur (cf. 2.1). Il n'y aurait donc aucun obstacle à ce que les salariés relevant de cette catégorie aient une visite tous les douze mois, leur nombre étant verrouillé par l'employeur.

Pour les autres la visite serait éloignée à vingt-quatre mois avec possibilité d'intervention des médecins de ville dont la formation serait sous contrôle patronal. Seules les conditions

de leur liaison avec le médecin du travail seraient, selon ce chapitre, de la compétence du groupe de travail à la composition floue prévu dans le préambule. Or, la seule fonction dont ce groupe serait investi dans le préambule concerne les conditions d'accès à la formation. Notons au passage que le médecin sollicité par un salarié ou un employeur prendra les décisions nécessaires « et » procédera à l'examen médical du salarié.

En séance de négociation le vice-président du MEDEF et le représentant de la CGPME ont reconnu que des augmentations d'effectif par médecin équivalent temps plein sont « inévitables ».

### (2.1) FIXATION DES CRITÈRES DE SUIVI MÉDICAL

Le rôle d'arbitrage entre médecins et syndicalistes d'une part et patronat d'autre part au sujet des surveillances médicales spéciales est assuré par l'inspection du travail. Cette disposition serait remplacée par une fixation dans le cadre des branches et une décision unilatérale de l'employeur quant aux salariés concernés, la consultation du médecin du travail n'est ici que de pure forme et ne constitue pas une garantie.

### (2.2) DÉFINITION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Les CTN n'auraient plus en matière de programme de prévention qu'un rôle consultatif, la véritable définition étant laissée à l'initiative des branches dans lesquelles l'influence patronale est plus forte.

### (3.1) UN OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le remplacement de la Commission régionale de médecine du travail par un Observatoire régional de santé au travail permet d'évacuer les DRTEFP qui avaient en charge les premières en leur attribuant un strapontin virtuel dans les observatoires. Chargé des « orientations politiques » cet observatoire serait contrôlé par le patronat grâce à un paritarisme bipartite. N'étant astreint à aucune règle d'observance vis-à-vis des CTN, il aurait toute latitude pour décider en prati-

que de la politique régionale de prévention des risques pour la santé sans aucun contre-poids de la puissance publique. Finançant la prévention, par la branche AT/MP tenue par le patronat, il aurait les moyens de sa politique et ceux de bloquer toute action dissidente. Celles qui ne s'inscriraient pas dans le système n'auraient pas accès aux données.

### (3.2) DES COMMISSIONS LOCALES PARITAIRES POUR LES PETITES ENTREPRISES

Le rapport synthétique d'activité des médecins d'une région est actuellement réalisé à l'intention de la CRMT par les médecins inspecteurs du travail. Cela est un gage d'impartialité. Il serait dorénavant établi par les commissions locales paritaires contrôlées par le patronat.

### (4.1) COMMISSIONS DE CONTRÔLE

Dispositions actuelles reprises pour les Commissions de contrôle : 1/3 employeurs, 2/3 salariés. Aucun moyen supplémentaire pour les représentants des salariés.

### (4.2) IMPLICATION DES COMMISSIONS DE CONTRÔLE DANS LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES SERVICES

Conseil d'administration, exclusivité de gestion : 1/3 salariés, 2/3 employeurs. Les employeurs ont donc toujours l'exclusivité des pouvoirs de gestion. Notons au passage le possessif s'appliquant aux salariés (acte manqué ?).

### (4.3) INDÉPENDANCE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Le changement de secteur du médecin peut être actuellement soumis à l'arbitrage de l'inspection du travail. Ici cette disposition n'est plus possible.

### (4.4) GARANTIES SUR LA TRANSPARENCE FINANCIÈRE DES SERVICES

Le rapport comptable sera remis à un Conseil d'administration, où les employeurs ont par définition la majorité. De même pour le montant et le mode de calcul des cotisations.

*Alain Carré*

Chère lectrice, cher lecteur,



L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel — 35 000 F (impression et rou-tage) pour un tirage à 3 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.



Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 61).



En vous remerciant à l'avance.

*Le bureau de l'ass. SMT*