

# LA RÉFORME DE 2004

## LE BILAN INDÉPENDANCE, QUELLE INDÉPENDANCE ?

### UNE INDÉPENDANCE GARANTIE PAR LA LOI

Depuis le 28 juillet 2004, des modifications sont intervenues concernant les Services de santé au travail. L'article R.241-30 du Code du travail précise dorénavant pour la toute première fois que : « (...) *Le médecin du travail agit, dans le cadre de l'entreprise, dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs dont il assure la surveillance médicale. Son indépendance est garantie dans l'ensemble des missions définies à l'article L.241-2.* » Dorénavant ce qui était un devoir des médecins devient une obligation d'ordre public social qui s'impose, en particulier, aux employeurs.

Jusqu'à juillet 2004, l'indépendance des médecins du travail relevait de leur devoir déontologique (article 5[1], 95[2] et 97[3] du Code de déontologie médicale). Le Conseil national de l'ordre des médecins demandait que cette indépendance soit garantie par les employeurs par le biais des contrats. Ainsi dans le contrat type de médecin du travail proposé par le CNOM l'article 3 vise à définir les obligations de l'employeur à cet égard(4). L'article 14 en traduit les éléments en matière de rémunération(5).

.....

1- Art. 5 : Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

2- Art. 95 : Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

3- Art. 97 : Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

#### 4- Article 3 - Indépendance professionnelle

Le Dr... exercera l'ensemble de ses missions en toute indépendance, dans le respect des dispositions mentionnées à l'article 1<sup>er</sup> et

### LA QUESTION DES MOYENS

La question des moyens mis à disposition d'un médecin salarié par un employeur est au centre de la notion d'indépendance. L'indépendance est directement liée aux moyens qui constituent une obligation spécifique de l'art médical qui ne relève jamais d'une obligation de résultat. Sur ce point un rapport du CNOM(6) précise que cette indépendance passe pour les médecins par :

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

Ce rapport s'avère critique vis-à-vis des employeurs : « *Les moyens de production sont ceux que lui fournit l'entreprise ou l'organisme dont il est le préposé et l'on sait que cela pose parfois des problèmes. Il en est ainsi des moyens matériels des techniques médicales ou informatiques mais aussi des moyens humains (collaborateurs techniciens, secrétariat) voire architecturaux (lieux d'accueil et d'examen ou de recherche).* Bien entendu, vis-à-vis de cet aspect de

.....

n'est soumis à un lien de subordination, à l'égard de son employeur, que pour la détermination de ses conditions de travail, sur le plan administratif.

L'entreprise s'engage à prendre toutes les mesures pour lui permettre d'assurer, en application des dispositions réglementaires, son activité en milieu de travail. Le Dr... s'engage, en ce qui le concerne, à pouvoir justifier de sa réalisation.

Le Dr... pourra notamment entreprendre ou participer à des recherches et études épidémiologiques qu'il estime utiles compte tenu des risques propres à l'entreprise dont il a la charge et il ne pourra lui être fait obstacle, sans motif valable porté à la connaissance du Comité d'entreprise ou du CHSCT, à la communication des résultats de ces études.

Indépendamment des obligations et procédures légales, l'employeur est tenu d'apporter au médecin du travail une réponse motivée dans l'hypothèse où il n'estime pas utile de suivre ses avis.

#### 5- Article 14 - Temps de travail et rémunération

L'entreprise s'interdit de lier l'évolution du salaire du Dr... à l'accomplissement d'objectifs personnels de productivité ou de rendement, conformément aux dispositions de l'article 97 du Code de déontologie médicale...

6- « *L'indépendance technique des médecins salariés* » Rapport adopté par le CNOM, séance d'octobre 1999.

*l'exercice professionnel, il appartiendra toujours au médecin de demander, en s'appuyant sur le Code de déontologie, que son employeur limite ses exigences et lui fournisse les moyens nécessaires à son exercice. Dans cette démarche, il trouvera toujours, si elle est justifiée, le soutien de l'Ordre des médecins. »*

### **MAIS QUELLES SONT LES RÉELLES CONDITIONS DE CETTE INDÉPENDANCE ? DU CONCEPT À LA RÉALITÉ**

#### *UNE INDÉPENDANCE VIRTUELLE POUR LES IPRP ET LES MÉDECINS DU TRAVAIL*

**A** l'imitation du droit d'expertise des CHSCT, dont on connaît les limites pratiques, les garanties d'indépendance des médecins du travail mais aussi des IPRP sont des garanties virtuelles.

Pour ces derniers l'article R.241-1-4 du Code du travail accroche l'indépendance à une déclaration de leur part d'être indépendants. Cette obligation, qui constitue pour les médecins le cœur de la déontologie médicale depuis des siècles, est vide de sens si elle n'est pas reliée à des conditions pratiques opératoires qui en constituent la garantie. Or ici, comme pour les médecins du travail (R.241-30), le législateur s'est bien gardé de préciser les conditions pratiques de son exercice, renvoyant la question au juge sans ignorer les aléas et difficultés d'un tel recours d'un IPRP ou d'un médecin, réduit à eux-mêmes dans ce bras de fer.

Dans la réalité d'application du décret, c'est ainsi, par exemple, que se développent de véritables stratégies d'employeurs pour contraindre les praticiens à mettre leur indépendance sous le boisseau en les intimidant par des procédés ciblés.

La rémunération au choix de l'employeur reste également dans certaines entreprises un moyen efficace de restreindre leur indépendance. À signaler également, des plaintes des employeurs sous des motifs divers auprès des Conseils de l'ordre des médecins dont l'instrumentalisation rencontre peu de résistance (la recevabilité même des plaintes des employeurs est ici douteuse). Il s'agit de faire peur et d'obtenir une acceptation volontaire des atteintes à l'indépendance, d'autres natures, dont il sera question ci-après.

#### *LE DÉTOURNEMENT DE L'APPUI PLURIDISCIPLINAIRE ?*

**A** vant la réforme a été promulguée une législation sur la pluridisciplinarité. Cette pluridisciplinarité est non seulement souhaitable mais indispensable si l'on considère la complexité de la prévention des risques du point de vue de la santé. Les médecins du travail dans leur grande majorité l'appelaient de leurs vœux. La coopération avec d'autres spécialistes du champ serait fructueuse dans le respect mutuel des principes professionnels des uns et des autres. La loi garantissait qu'aucun n'atteindrait à l'indépendance de l'autre.

Or dans la réalité, cette législation n'a connu de décret d'application qu'après un changement de majorité politique et sa

déclinaison est bien particulière et s'éloigne des principes même définis par la loi :

- l'intervention pluridisciplinaire est positionnée en appui de la démarche du médecin du travail ;
- elle se déroule du point de vue de la santé des salariés ;
- les IPRP sont assurés d'un statut d'indépendance.

En effet, le décret d'application (article R.241-1-1 à 241-1-8 du Code du travail) prescrit que :

- l'initiative de l'intervention revient exclusivement à l'employeur ;
- celui-ci fixe les missions de l'IPRP ;
- dans ces deux domaines le contrôle social n'a qu'un avis indicatif ;
- le médecin du travail a obligation de fournir des éléments à l'IPRP (à l'exception de ceux couverts par le secret médical) ;
- c'est l'employeur qui définit les modalités de la coopération.

La circulaire DRT qui lui correspond démontre s'il en était besoin l'instrumentalisation de la pluridisciplinarité par la gestion des risques.

Qu'observe-t-on en réalité : la création de GIE « pluridisciplinaire » dans lesquels les employeurs font la loi et qui servent de refuge aux bénéficiaires des services interentreprises.

Dans les grandes entreprises (les plus exemplaires à ce titre étant EDF et Gaz de France), on voit apparaître des pools d'IPRP habilités, en bloc, par des organismes (sur le fonctionnement desquels il conviendrait de s'interroger) et par ailleurs experts exclusifs de l'employeur dans ses services de gestion des risques y compris ceux ayant des fonctions de management, voire en supplément médecins du travail (jouant à la fois les trois rôles). Ces IPRP « nationaux » prétendent siéger dans des commissions médico-techniques dont le périmètre est l'établissement. Devant ce conflit évident d'intérêt, l'administration de tutelle, prévenue, reste muette.

Quelle place reste-t'il pour les IPRP réellement indépendants, y compris positionnés hors des entreprises, dans ce contexte de coupable instrumentalisation ?

Les médecins du travail qui réclame une aide indépendante ou à participer à des travaux pluridisciplinaires (hors pluridisciplinarité), les CHSCT qui réclame une expertise se voient maintenant régulièrement opposer par les employeurs l'intervention pluridisciplinaire.

Les projets d'intervention tournent quasi exclusivement autour de la gestion des risques représentée de façon emblématique par le document d'évaluation rédigé de ce point de vue exclusif.

À côté de « leurs » IPRP certaines entreprises mettent en place des services de maîtrise des risques, comportant des pôles médicaux en « médecine du travail » composés de médecins d'entreprise qui, au prétexte d'apporter une aide aux médecins du travail, servent de courroies de transmission à la volonté de gestion des risques de l'employeur. Dans un contexte de pression et de contrainte de l'indépendance

l'influence s'accroît et instrumentalise les pratiques des médecins du travail.

### **UNE LÉGISLATION QUI AFFAIBLIT LE CONTRÔLE SOCIAL**

#### *LES SALARIÉS ÉVACUÉS DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ*

Les mécanismes décrits ci-dessus diminuent par définition la visibilité par les salariés et leurs représentants. La pluridisciplinarité s'est organisée hors du contrôle social réel des salariés que ce soit en matière d'initiative et de contrôle proprement dit. Ces dispositions sont notablement aggravées par les dispositions de l'article R.241-28-1 du Code du travail qui crée des commissions médico-techniques sans aucune participation de la représentation du personnel. L'employeur a toute latitude d'y exercer des pressions sur les IPRP et les médecins du travail hors de son regard.

#### *DES DOCUMENTS MÉDICO RÉGLEMENTAIRES CONFISQUÉS*

De même les dispositions sur la surveillance médicale renforcée (R.241-50 du Code du travail) évacuent totalement la représentation du personnel, qui ne pourra lors de l'organisme de contrôle social qu'émettre un avis formel et sans pouvoir sur la qualité de cette SMR.

Pareillement, la remise exclusive de la fiche d'établissement par le médecin du travail à l'employeur et celle du plan d'activité (R.241-41-1 et R.241-41-3 du Code du travail) laisse toute latitude à ce dernier de faire pression pour la faire modifier. Or la fiche d'entreprise engage la responsabilité personnelle du médecin du travail pour le repérage des risques existants ou potentiel, du point de vue exclusif de la santé. Le contrôle social et l'administration devraient être destinataires dans le même temps que l'employeur des documents médico-réglementaires y compris le rapport annuel.

### **UNE INDÉPENDANCE COMPROMISE PAR L'INSTRUMENTALISATION DU PROGRAMME DE TRAVAIL ET LA PÉNURIE DE MOYENS**

#### *QUELLE INDÉPENDANCE POUR LES « LANCEURS D'ALERTE » ?*

Alors que le législateur a gravé le principe dans le marbre, il ne s'empresse guère de le défendre. Les plaintes circonstanciées de certains médecins du travail, pour atteintes à leur indépendance par les employeurs, auprès d'inspecteurs du travail, restent le plus souvent sans aucune suite et, quand elles en ont une, s'enlisent inexplicablement.

Il faut reconnaître que la réglementation fait du médecin du travail un véritable salarié protégé mais à quoi cela sert-il dès lors que les atteintes à son indépendance se produisent en amont de ce procédé ultime. N'est il pas plus efficace de le pousser à la démission soit symbolique soit juridique ?

### **UNE PÉNURIE ORGANISÉE QUI TIRE L'EXERCICE VERS LE BAS**

La pénurie de praticiens en santé au travail, qui ne touche pas que les médecins mais les concerne plus particulièrement, devient un justificatif pour augmenter et transformer leurs tâches. Elle paraît entretenue, d'une part par un *numerus clausus* comme pour toutes les spécialités médicales et surtout par des conditions d'exercice réputées (et pour cause) de plus en plus difficiles. Les revirements de filière sont maintenant fréquents chez les étudiants et la reconversion des généralistes est en panne, malgré un effet d'annonce (il y a moins de candidats au Concours européen que de postes offerts). Comme par hasard, des voix, politiquement bien placées, se font entendre pour proposer que les salariés, hors surveillance médicale renforcée, soient suivis par leur généraliste. Cette mesure priverait immédiatement les médecins du travail et les représentants du personnel de visibilité sur l'état de santé d'une majorité de salariés.

#### *LA SUJÉTION À LA GESTION DES RISQUES*

La pénurie justifie à elle seule la mesure phare de la réglementation qui espace la visite à 24 mois réservant la surveillance dite renforcée (en fait normale) à des risques particuliers. Comme par hasard, le législateur a dévolu à l'employeur de décider quels sont ces risques, par le biais du document unique, alors qu'auparavant un éventuel désaccord sur ce point, entre médecin du travail et employeur, était tranché par les autorités administratives de tutelle. Dans cette perspective, l'idée court, par exemple, que le travail sur écran échapperait à la définition de SMR alors qu'il est cité dans l'arrêté de 1977 qui sert de référence explicite et fait l'objet d'un décret spécial de 1991. C'est donc la gestion de risques (DUE) qui constitue la référence quant à la définition des risques considérés du point de vue de la santé (la SMR).

On notera, pareillement, que dans les circulaires DRT, la justification principale de la fiche d'entreprise et la disposition nouvelle qui rend exclusive sa remise par le médecin du travail à l'employeur (tout comme pour le plan d'activité) est son caractère indispensable à la rédaction du document unique. Là encore, notons le déplacement de l'objet de ce document vers la gestion des risques.

#### *INSTRUMENTALISATION DES PRIORITÉS D'INTERVENTION*

La pénurie justifie également l'instrumentalisation des priorités d'intervention du médecin du travail en matière d'exercice. La mesure la plus connue est l'institution de 150 demi-journées d'activité en milieu de travail.

Le propos n'est pas de dénigrer cette activité absolument incontournable pour étudier les risques « environnementaux » et leurs caractéristiques, dont il est vrai de dire qu'elle était sous-exercée par les médecins du travail. Elle reste incontournable dans le secteur productif. Toutefois ces risques ne peuvent être disjoints de l'effet conjoint des risques « psychosociaux » dans ce même secteur. De plus, dans le secteur des services, les risques psychosociaux tiennent la

première place. Techniquement, l'étude de ces derniers risques ne relève que secondairement de l'activité en milieu de travail. Le principal lieu d'étude (basée sur le vécu des salariés) reste dans ce domaine le cabinet médical et le dialogue singulier, couvert par le secret médical, qui s'y déroule. Or précisément privilégier l'action en milieu de travail c'est affaiblir la consultation individuelle et donc la veille sanitaire c'est-à-dire la visibilité de tous les risques et de leurs effets.

*ACTION EN MILIEU DE TRAVAIL  
ET ACTIVITÉS CONNEXES  
CONTRE TEMPS DE CONSULTATION*

Cet affaiblissement déjà atteint par la hauteur des effectifs « plafond », est encore amplifié par la volonté des services publics (sans doute légitime) de promouvoir les actions coo-

pératives des SST dans des domaines divers en institutionnalisant des plans de prévention publique (plan santé travail, plan cancer...) et en déterminant ainsi un troisième secteur d'activité pour les médecins du travail : les « activités connexes » qui vient « déventer » d'autant la consultation individuelle.

Le temps de consultation devient alors une variable d'ajustement en particulier en service interentreprises où se créent des quotas de visites à effectuer en en restreignant le temps.

La capacité d'organiser son exercice devient ainsi contrainte par des mesures indirectes dont la résultante est l'abandon du regard clinique de première ligne par des médecins, qui est une des originalités et l'une des qualités du système de prévention du point de vue de la santé. Même si ce dessein demeure (de moins en moins) caché, il s'agit de vider cette approche de sa substance et de la remplacer par des regards extérieurs à l'entreprise, sur le mode européen et libéral.(7)

## **POINT DE VUE DE LA SANTÉ OU GESTION DES RISQUES ?**

### **UNE FAUSSE INDÉPENDANCE QUI DÉPLACE LE POINT DE VUE DE LA SANTÉ VERS LA GESTION DES RISQUES**

*LA PRÉVENTION DU POINT DE VUE  
DE LA SANTÉ : UNE EXPERTISE ENGAGÉE  
DU CÔTÉ DE LA SANTÉ DE CHAQUE SALARIÉ*

Dans la législation française le droit à la santé au travail, à la convergence de ces droits fondamentaux, a inspiré une prévention des risques professionnels pour la santé qui s'appuie sur deux corps réglementaires distincts : ceux relevant des articles en L et R.241... (titre 4 du Code du travail) et ceux relevant des articles en L et R.230... et 231... Les premiers encadrent la prévention des risques pour la santé au travail « du point de vue de la santé », les deuxièmes « du point de vue de la gestion des risques ».

La prévention du point de vue de la santé était jusqu'alors majoritairement assurée par les médecins du travail, dont le rôle définit l'objet de cette prévention : « éviter toute altération de la santé au travail ». Issue d'une longue histoire de l'intervention médicale dans le milieu de travail, la médecine du travail a vécu une lente évolution avant de se structurer autour de valeurs et de concepts fondateurs : indépendance, santé publique au travail, clinique du travail, clinique médicale du travail, action en milieu de travail, consultation

médico-professionnelle, refus de l'aptitude. Il a fallu du temps pour que les médecins du travail comprennent dans quel contexte ils exerçaient et qu'ils développent des pratiques qui répondent à leur, très difficile, mission d'expert engagé du point de vue de la santé dans un milieu où le concept de « santé » n'a jamais été au premier plan (comme il devrait l'être dans le secteur de soin) et où il peut devenir rapidement conflictuel.

Leur rôle est devenu ces dernières années encore plus délicat :

- Du fait des obligations d'employeurs devenues plus contraignantes en matière de prévention et de résultat de la gestion des risques et pour lesquels la mise en visibilité par des experts indépendants représente un réel danger de mise en responsabilité.
- Du fait de l'augmentation de la responsabilité personnelle et des contradictions de l'exercice des médecins du travail (loi de santé publique, droits des usagers du système de santé : indépendance des décisions, conseil des patients en matière de santé, droit à l'information des patients et de leurs ayants droits, formalisation accrue par les documents médico-réglementaires, absence de conflit d'intérêt...).

.....

7- Voir le deuxième volet : « La réforme de 2004, le bilan – II Point de vue de la santé ou gestion des risques ?

Leurs implications dans la mise au premier plan des atteintes à la santé par l'amiante ou les CMR, ainsi que dans la mise en visibilité des souffrances liées à l'organisation du travail leur a fait endosser, au yeux des employeurs, le rôle éventuel de redoutables témoins ou donneurs d'alerte indépendants. D'où depuis 2000 un *lobbying* constant pour mieux contrôler cette prévention.

Les autres acteurs, exerçant de ce point de vue, sont dorénavant aussi les intervenants en prévention des risques professionnels : IPRP (dont la réglementation tend à faire, à leur corps défendant, des acteurs de la gestion du risque).

Cette prévention est le parent pauvre en matière de moyens humains et économiques mais elle bénéficie d'un statut (théorique) d'indépendance. La responsabilité est ici fondée, non sur une obligation de résultat mais sur une obligation de moyens et sur une obligation de mise en visibilité des risques et de leurs effets. Enfin, elle inclut l'obligation de faciliter l'accès au droit des salariés, de ce point de vue.

**PRÉVENTION DU POINT DE VUE  
DE LA GESTION DES RISQUES :  
ASSUMER LES RESPONSABILITÉS DE  
L'EMPLOYEUR EN MATIÈRE DE PRÉVENTION**

**L**a prévention du point de vue de la gestion des risques est assurée par des experts en maîtrise des risques pour la santé, dont le but est de d'alimenter la réflexion des employeurs, afin de leur permettre d'assumer leurs responsabilités réglementaire, civile et pénale en matière « d'obligation de résultat (en matière) de santé » que leur impose depuis 2003 la jurisprudence. Les employeurs doivent prévenir tout risque d'atteinte de la santé de leurs salariés et ont dorénavant une obligation de mise en place effective des moyens de prévention (jurisprudence récente).

Sans que cela soit un jugement de valeur, car la compétence de ces experts n'est pas en cause, les experts en gestion des risques sont (mise à part une jurisprudence de la Cour d'appel de Paris, non confirmée car non soumise à la cour de cassation) sous la subordination directe de l'employeur qui leur impose obligation de résultat et « devoir de réserve ».

Au passage, il faut donc noter que, même s'il n'y a pas d'opposition de principe concernant des coopérations entre les deux volets de la prévention, les modes de coopération sont contraints par les principes respectifs ci-dessus ce qui les rends difficiles car :

- Il existe une zone « grise » entre les buts respectifs : éviter l'altération de la santé (par exemple le mal être au travail) et éviter l'atteinte à la santé (par exemple la dépression professionnelle).
- Il persiste d'importantes différences de statut : indépendance et mise en visibilité d'un côté, subordination et devoir de réserve de l'autre.

**UNE POLITIQUE QUI AVANCE MASQUÉE**

**S**ous l'impulsion d'un État, lui-même loin d'être irréprochable du point de vue de la santé de ses propres salariés, largement gagné au libéralisme, une politique différente se

met en place. En effet, justement mis en cause par le Conseil d'État pour son laxisme dans l'affaire de l'amiante, l'État ne peut assumer la mise en visibilité de sa volonté et avance masquée.

Le principe de son action consiste à privilégier l'abord des questions de santé du point de vue de la gestion des risques afin de répondre étroitement à la directive européenne de 1989 qui attribue de très grandes marges de manœuvre aux employeurs dans ce domaine. Le pari libéral est ici que les conditions trop défavorables à la santé au travail seront en fin de compte contre productives. L'État se désengage donc de son rôle de contrôle et de régulation pour un rôle de conseil et d'incitation (réforme de l'inspection du travail) et dégrade l'arbitrage vers les tribunaux dont on sait que l'abord est toujours plus compliqué pour les salariés.

En matière de prévention du point de vue de la santé des salariés elle doit s'infléchir en direction de la gestion des risques et se mettre au service de l'entreprise. D'où trois directions d'action dont le décret de 2004 est la parfaite illustration et qui sont décrites dans un article précédent :

- Mise en avant des garanties formelles non opératoires ne garantissant pas réellement l'indépendance des « lanceurs d'alerte ».
- Diminution des moyens ce qui restreint la visibilité et la pertinence et déplace la prévention du point de vue de la santé vers la gestion des risques.
- Affaiblissement de la visibilité des salariés et de leurs représentants en matière de santé au travail.

**UN CONSTAT, DES PROPOSITIONS**

**L**a réforme instituée par le décret de juillet 2004 n'est pas isolée et s'insère dans un contexte réglementaire dans lequel il faut également considérer la loi de modernisation sociale de 2002 et le décret d'application concernant la pluridisciplinarité de 2003 (promulgué après le changement de majorité). Le coup d'envoi en a été donné par l'accord « social » de 2000 entre le patronat et certaines organisations syndicales.

Ce corps réglementaire auquel participe le décret de 2004 sur les services de santé au travail a enclenché un mécanisme qui a pour effet de limiter la prévention des risques professionnels à une gestion de ces risques par les employeurs. La directive européenne de 1989 organise cette gestion à l'initiative exclusive de ces derniers.

Le constat sur les effets de la réforme mise en place dès 2002 mais concrétisée en 2003 et 2004, permet de penser que se met subrepticement en place, une profonde transformation du système de prévention des risques professionnels. Ce système se structurerait autour de regards extérieurs visant à « mieux » gérer ces risques du point de vue des responsabilités de l'employeur. Cette définition ferait l'impasse sur l'approche interne du point de vue de la santé de chaque salarié.

Se constituerait une médecine « du travail » à deux vitesses :

- Dans les petites entreprises, les employeurs financeraient une « visite de santé » périodique chez des médecins généralistes. Les médecins des SST interentreprises

régulariseraient la sélection de la main d'œuvre du point de vue de la santé et aideraient à la gestion des risques sur le terrain.

➤ Dans les grandes entreprises se mettrait en place une médecine d'entreprise sur les mêmes objectifs et encadrée par les experts de l'employeur auquel elle finirait par s'identifier.

Ainsi le médecin du travail ne serait plus là pour conseiller le salarié en matière de mise en lumière des risques et de prévention de leur effets avec les devoirs qu'impose au médecin la relation individuelle à son patient, c'est-à-dire ne serait plus « son » médecin du travail, mais deviendrait « par la force des choses » un supplétif de la gestion des risques, un médecin d'entreprise, chargé d'aider l'employeur dans la quadrature du cercle que constitue la définition d'un risque « acceptable et raisonnable ».

Si cette analyse est exacte alors l'État doit prendre ses responsabilités et la mettre en visibilité.

Si cette analyse est inexacte des faits concrets doivent la contredire :

➤ Le renforcement de l'indépendance réelle des experts du point de vue de la santé que sont les IPRP et les médecins du travail est indispensable.

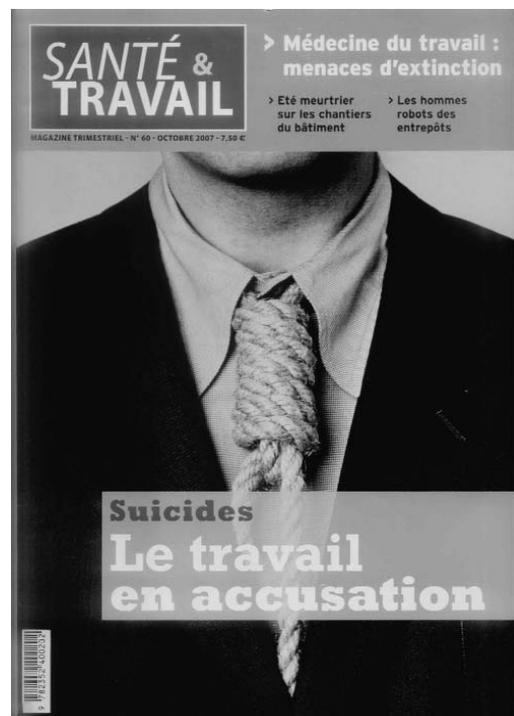
➤ Pourquoi ne pas intégrer dans les SST d'un pôle IPRP exclusifs coexistant avec un pôle médecine du travail (et par conséquent bénéficiant d'un contrôle social et administratif identique) et pouvant faire appel à des IPRP extérieurs ?

➤ Les IPRP auraient un statut identique à celui des médecins du travail (indépendance, statut de salarié protégé). Ces deux pôles construiraient des coopérations en santé au travail du point de vue de cette dernière. Une possibilité d'initiative devrait être rendue à ces spécialistes dans ce domaine.

➤ Ne serait-il pas logique que le contrôle social identique à celui des médecins du travail s'applique aux IPRP et aux actions dans le cadre pluridisciplinaire ? Les secrétaires des CHSCT et ceux du contrôle social ne pourraient-ils assister avec voix consultative aux CMT correspondant à leur périmètre de responsabilité ?

➤ L'indépendance des médecins du travail doit être garantie en respectant la définition qu'en donne la déontologie. Ce haut niveau d'indépendance doit être contrôlé par ceux qui bénéficient de leur action, la représentation des salariés pour la santé desquels fonctionne exclusivement le système, et l'état du point de vue de l'intérêt général.

Alain CARRÉ



## SANTÉ & TRAVAIL

**Parce que  
la santé au travail  
est l'affaire de tous**

Maquette plus aérée, sommaire mieux hiérarchisée, prix en baisse, *Santé & Travail* modifie sa forme mais conserve les qualités de fiabilité et de rigueur qui lui ont permis de devenir le magazine de référence en matière de santé au travail

**Derniers numéros :** Intensification, rendre le travail soutenable (57) ; Maladies professionnelles, obtenir réparation (58) ; Pénibilité, ne plus s'user à la tâche (59)

Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :

**SANTÉ & TRAVAIL, Abonnements**  
12 rue du Cap-Vert – 21800 Quétigny Tél. : 03 80 48 10 40  
ou en ligne sur [www.santé-et-travail.net](http://www.santé-et-travail.net)

(28 € pour quatre numéros)  
chèque à l'ordre de Santé & Travail