**Zeitschrift:** Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
**Herausgeber:** Union syndicale suisse
**Band:** 74 (1982)
**Heft:** 11-12

**Artikel:** L'organisation de l'hygiène et de la sécurité du travail en France
**Autor:** Saurer, Andreas
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-386124

**Nutzungsbedingungen**
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 14.07.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# L'organisation de l'hygiène et de la sécurité du travail en France

*Par Andreas Saurer, médecin du travail*

## 1. La médecine du travail

### 1.1. Historique

*1.1.1 Origine*

La première législation concernant la médecine du travail a été mise en place en 1942 par le gouvernement de Vichy probablement dans le but d'une utilisation optimale des handicapés de la première guerre mondiale pour remplacer tant bien que mal les salariés mobilisés.

Toutefois, la médecine du travail d'aujourd'hui, trouve son origine dans la loi du 11 octobre 1946 stipulant qu'il faut organiser «une médecine exclusivement préventive, comportant une activité médicale clinique et une activité en milieu du travail, dont l'organisation et la charge financière incombent à l'employeur sous le contrôle des travailleurs».

Si le mouvement ouvrier a joué un rôle central dans la mise en place de la sécurité sociale et la législation des comités d'entreprise en octobre 1945, il est intéressant de noter que le moteur principal du développement de la médecine du travail n'était ni le corps médical, ni les organisations syndicales, ni les associations patronales mais de hauts fonctionnaires de la sécurité sociale. Remarquons que ces hauts fonctionnaires avant d'avoir rejoint la résistance avaient déjà joué un rôle important lors de l'élaboration de la législation concernant la médecine du travail en 1942 sous le régime de Pétain.

Ces «technocrates» ont pu mettre en pratique le concept de médecine du travail d'entreprise sans soulever de vagues parce que «l'*état de santé* de la population affectée par les difficultés de la guerre, marquée par la malnutrition et souvent atteinte par des fléaux sociaux comme la tuberculose» nécessitait la mise en place d'une structure médicale préventive touchant par des examens obligatoires une large fraction de la population active. Une étude sur l'origine des malades admis dans les sanatoriums révélait qu'à l'époque, près de 40% d'entre eux avaient été dépistés par l'intermédiaire de la médecine du travail.

En plus, comme *le système de soins* fut passablement désorganisé lors de la guerre et n'était plus apte à satisfaire dans l'immédiat cet énorme besoin de soins, il fallait chercher une autre solution. Elle fut trouvée sous la forme de la médecine du travail d'entreprise.

Les employeurs ont pu voir dans cette conception un moyen de sélection pour n'engager que des salariés en assez bonne santé, d'éviter des épidémies parmi le personnel et de soigner de petites blessures dans l'entreprise sans que le salarié ait besoin de s'absenter plus que le strict minimum.
En ce qui concerne l'organisation de la médecine du travail, il était impensable de ne pas accorder aux travailleurs un certain droit de regard sur l'activité des médecins du travail, compte tenu du rapport de force entre les organisations des travailleurs et les associations des employeurs caractérisé par des grèves avec occupation d'usines, une poussée communiste aux élections avec leur entrée dans le gouvernement de De Gaulle, etc. Enfin, la prise en charge financière par les entreprises s'explique autant par ce rapport de force que par le fait qu'il s'agit d'un acquis de vieille date du mouvement ouvrier, à savoir que les frais occasionnés par les accidents et maladies professionnelles, et à fortiori leur prévention, sont assumés par les entreprises.

*1.1.2 Le non-développement de la médecine du travail*

Dans la pratique, la médecine préventive a été limitée presque exclusivement aux actions de dépistage et de sélection et à quelques actes de médecine curative. L'exclusion de cette dernière du champ d'activité du MT a pu être contournée par une conception très étendue des premiers soins, qui font partie du cahier de charge officiel du médecin du travail. Il s'en est suivi que son activité *en milieu de travail* a été plus que discrète. Cela a été d'autant plus souvent le cas, que les employeurs ou les directions d'entreprise ont refusé et refusent encore parfois au médecin du travail les informations concernant les substances chimiques et lui ont interdit l'accès aux ateliers. La limitation de la médecine du travail à une activité de dépistage a été également favorisée par des décrets gouvernementaux qui sont restés totalement muets en ce qui concerne l'activité en milieu de travail.
Toutefois, cette évolution a été déterminée principalement par les attitudes respectives des trois protagonistes dans ce domaine: les médecins du travail, les salariés et les employeurs. Les employeurs pouvaient jouer un rôle déterminant dans ce domaine compte tenu du fait que *l'organisation pratique* du service médical était exclusivement dans leurs mains. Ainsi, cette évolution n'est pas trop étonnante car l'employeur est très réticent par rapport à l'activité en milieu de travail parce qu'elle fait courir un certain risque, soit d'agitation sociale par la mise en évidence de conditions de travail dangereuses, soit de frais d'investissement supplémentaires.
Ce n'était pas non plus le médecin du travail qui s'opposait à cette conception de son activité, puisqu'il n'était pas préparé à intervenir en milieu de travail.
Finalement, en ce qui concerne les organisations des salariés, particulièrement la CGT, qui était largement majoritaire parmi les travailleurs, il

faut rappeler qu'ils n'ont pas été le moteur de l'instauration de la médecine du travail. En effet, la CGT et le PCF défendaient une ligne très «productiviste» parmi les travailleurs; rappelons le fameux «retroussons les manches» de Thorez. La CGT était très discrète en ce qui concernait les revendications pour l'amélioration des conditions de travail; souvent, elle préférait demander des primes d'insalubrité plutôt que de revendiquer une amélioration du poste de travail. Bref, les syndicats ne s'intéressaient que fort peu à la médecine du travail.

### *1.1.3 Le développement de la médecine du travail depuis les années 70*

Lors des dernières années, nous avons assisté à une dynamique allant vers un renforcement de l'activité du médecin du travail dans le milieu du travail: l'incorporation de la législation concernant la médecine du travail dans le code du travail (1973) afin d'intégrer, y compris dans le domaine juridique, la médecine du travail dans le monde du travail; la diminution du nombre de salariés à surveiller, l'instauration du «tiers-temps», à savoir l'obligation du médecin du travail de consacrer le tiers de son temps à l'action en milieu de travail, ainsi que le renforcement des droits des travailleurs rendant plus difficile, voire impossible, le licenciement du médecin du travail par l'employeur sans l'accord des travailleurs (décret du 20 mars 1979).

Cette évolution a été facilitée par toute une série de facteurs, principalement par une valorisation des revendications pour l'amélioration des conditions de travail auprès des *organisations syndicales.* En effet, depuis 1968, on perçoit un net changement de l'attitude des salariés envers ce problème: les conflits de travail à propos des conditions de travail inacceptables deviennent plus en plus nombreux; la CFDT publie en 1973 une enquête montrant une image désastreuse du médecin du travail aux yeux des salariés, etc.

Mais, nous avons également assisté à un certain changement d'attitude de la part des *médecins du travail* qui s'intéressent de plus en plus à l'intervention en milieu de travail. Cela s'explique d'une part par l'influence qu'ils ont subie de la part des travailleurs dont la mentalité à ce sujet a sensiblement évolué et d'autre part par la nécessité – question de survie – pour le médecin du travail de marquer son originalité fondamentale par rapport au médecin praticien. Enfin, une très nette amélioration de sa formation lui offre actuellement toute une série de moyens techniques pour intervenir dans le domaine des conditions de travail qu'il n'avait pas autrefois.

Dans le *milieu patronal* nous avons également pu observer un changement suite à différents procès condamnant une certaine pratique patronale (condamnation d'un employeur suite à un accident de travail mortel en 1976, annulation d'un licenciement abusif d'un médecin de travail à Toulouse en 1974). En effet, les associations patronales ont été finale-

ment d'accord d'accepter un renforcement de la médecine de travail d'entreprise dans l'espoir que certains problèmes pourraient être réglés par le médecin de travail et ne constitueraient plus un sujet d'intervention pour les syndicats.

### 1.2. Organisation de la médecine du travail

Les grandes entreprises ont leur propre service de médecine du travail (service autonome) et les petites et moyennes entreprises sont regroupées régionalement et affiliées à des services interentreprises. Ces derniers, comme par ailleurs les services autonomes, sont mis en place et administrés par les associations patronales. Toutefois, les travailleurs, à travers les comités d'entreprises, peuvent y exercer un certain contrôle, en particulier ils ont le droit:

- de donner leur avis sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service de MT;
- de se prononcer sur le rapport annuel établi par l'employeur ou le président du service interentreprise, relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service médical;
- d'être informé des différentes observations notifiées par l'inspection du travail;
- de se prononcer sur le rapport d'activité établi par chaque médecin du travail et présenté par lui;
- de donner leur accord concernant la nomination et le licenciement d'un médecin du travail; en cas de désaccord avec l'employeur, la nomination ou le licenciement est prononcé par l'inspecteur du travail après avoir pris l'avis du médecin-inspecteur régional du travail. L'employeur ne dispose donc pas du pouvoir d'embauche et de licenciement des médecins du travail, ces décisions supposent un accord des organismes de contrôle.

On compte actuellement en France environ 2200 médecins de travail à plein temps et 3000 à temps partiel; en d'autres termes, un médecin du travail surveille environ 3000 salariés dans un service interentreprise et 2000 salariés dans un service autonome.
Le financement qui est assumé par l'employeur s'élève environ à 0,5% de la masse salariale. Cela signifie que la médecine du travail coûte en moyenne 50 fr. par an et par travailleur.

### 1.3. Activité pratique du médecin du travail

Si le médecin du travail est un salarié, ce n'est pas son employeur qui définit son travail mais la loi. Il est le conseiller de l'employeur et des salariés concernant la prévention de toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail. Sa mission est exclusivement préventive. Le médecin du travail consacre la plus grande partie de son temps à une activité clinique de dépistage au moyen d'un status, d'une anamnèse et parfois d'examens complémentaires (labo, RX, etc.):

- examen d'embauche et examen systématique annuel de chaque salarié sans exception aucune;
- examen médical de reprise de travail après chaque accident de travail ou maladie professionnelle ainsi qu'après tout arrêt de travail pour motif médical dépassant trois semaines;
- examen médical systématique des travailleurs exposés à des dangers particuliers pouvant être responsables de maladies professionnelles reconnues;
- examen médical en vue d'un changement de poste de travail pour des raisons de santé soit sur demande du salarié lui-même, soit de ses supérieurs.

Précisons que le médecin du travail ne peut établir de certificats d'arrêt de travail; il ne fait que prendre des décisions d'aptitude ou d'inaptitude par rapport à un poste de travail ou une activité précise.

Le reste de l'activité du médecin du travail, qui devrait constituer au minimum le tiers de son temps mais qui dans la réalité se situe nettement en dessous (environ 10%) est consacré à l'étude et l'intervention dans le milieu du travail:

- visites d'ateliers;
- étude de poste de travail;
- prélèvement et analyse de produits toxiques;
- actions pour améliorer les conditions de travail (cage d'insonorisation, système de ventilation, système de palettiseur, etc.);
- participation aux comités d'hygiène et de sécurité (CHS);
- information des travailleurs concernant les dangers de leurs conditions de travail.

# 2. Comité d'entreprise (CE) et Comité d'hygiène et de sécurité (CHS)

## 2.1. Comité d'entreprise (CE)

La fonction essentielle du CE est de gérer* les affaires sociales de l'entreprise comme la cantine, les activités sportives, les camps de vacances ainsi que d'être informé à propos de la politique générale de l'entreprise (emploi, licenciement, formation professionnelle, hygiène et sécurité, etc.) et de donner son avis à ce sujet. Afin de pouvoir donner un avis fondé, le CE peut créer différentes commissions parmi lesquelles le CHS joue un rôle particulièrement important; c'est une des rares commissions dont l'activité a une base légale. Bien entendu, le CE ne peut avoir un

* à ne pas confondre avec les délégués du personnel dont le rôle est avant tout revendicatif, à savoir qu'ils défendent les doléances des travailleurs auprès de l'employeur.

pouvoir décisionnaire que dans certains domaines des affaires sociales. Les membres du CE, sauf le représentant de l'employeur qui en assume la présidence, sont élus sur la base de listes syndicales par l'ensemble des salariés.

### 2.2. Comité d'hygiène et de sécurité (CHS)

Le CHS est «obligatoire» dans presque toutes les entreprises industrielles et agricoles occupant au moins 50 salariés ainsi que tous les autres établissements occupant au moins 300 salariés. Comme le non-respect de cette «obligation» n'est assorti d'aucune sanction pénale, la pratique est légèrement différente: 40% des entreprises où la règlementation prévoit un CHS n'ont pas de telle structure; il y a aussi de nombreux CHS qui ne fonctionnent que sur le papier... bref, il semble qu'il n'y ait qu'un CHS sur 10 environ qui fonctionne comme il devrait.
Ses principales attributions sont:
- inspecter les postes de travail au minimum une fois par trimestre dans le but de contrôler que les installations sont conformes aux règlements;
- enquêter sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et toute situation qui aurait pu entraîner un accident du travail ou une maladie professionnelle et décider des suites à donner à l'enquête;
- former et informer les travailleurs sur tous les aspects de la sécurité;
- être informé des données statistiques en matière d'accident;
- élaborer des propositions portant sur les méthodes et procédés de travail, le choix et l'adaptation du matériel ainsi que l'aménagement des postes de travail;
- demander l'intervention immédiate de l'inspecteur du travail en cas de danger grave;
- contrôler l'organisation des services d'incendie et de sauvetage.

Le CHS peut demander à être informé et donner son avis sur tous les aspects de l'hygiène et de la sécurité des travailleurs, mais en aucun cas, il exerce un rôle décisionnaire.

## 3. Service d'hygiène et de sécurité (ingénieur de sécurité)

Bien entendu, ces services n'existent que dans les établissements d'une certaine taille.
Ici, nous sommes confrontés à une situation apparemment paradoxale. C'est certainement *le service qui peut être le plus efficace dans le domaine de la prévention* car il s'occupe de la prévention technique. D'autre part, malgré le fait qu'il n'a aucune base légale, il est souvent bien plus

développé que le service médical d'entreprise. Mais tout cela s'explique. Le but de ce service est d'étudier le procédé de production pour diminuer les accidents techniques qui peuvent avoir des répercussions importantes sur la productivité. Cependant, en réduisant ces incidents on abaisse également le nombre des accidents de travail.

# 4. Inspection du travail et CRAM

## 4.1. Inspection du travail

L'inspecteur avec 1 à 2 contrôleurs et 1 à 2 secrétaires surveille environ 30 000 salariés. Il intervient dans le domaine des conditions de travail ainsi qu'en cas de licenciement; cette dernière activité occupe actuellement l'écrasante majorité de son temps. L'inspection du travail française n'a aucun pouvoir coercitif; elle ne fait que constater d'éventuelles infractions au code du travail et établit, par la suite, une mise en demeure ou un procès-verbal.

## 4.2. Service de la prévention technique de la CRAM

Ce service ressemble beaucoup au service de prévention de la CNA. En effet, la CRAM est la Caisse régionale d'assurance maladie ou, en d'autres termes, le siège régional de la sécurité sociale qui, comme la CNA, est principalement une assurance. De même que la CNA, la CRAM est gérée par une structure paritaire: 9 représentants des syndicats et 9 représentants de l'organisation patronale.

# 5. Quelques réflexions critiques

## 5.1. Examens médicaux

*5.1.1 Que peut-on tirer des examens médicaux?*
Quand on parle d'examen d'aptitude on confère automatiquement à ces examens une valeur prédictive qu'ils n'ont en fait que dans le domaine de l'inaptitude, mais aucunement en ce qui concerne l'aptitude. En fait, ces examens permettent de sélectionner les travailleurs qui, exposés à une nuisance donnée, développeraient à coup sûr une maladie professionnelle. Par contre, nous n'avons aucun moyen de prédire que tel ouvrier peut s'exposer à telle nuisance sans que sa santé n'en pâtisse. Les examens sont des *constats;* cela montre l'importance des examens périodiques. Il serait bien plus clair et précis de parler *d'examens de dépistage* ou *d'inaptitude* que d'examens d'aptitude.

*5.1.2 Les examens réguliers de tous les salariés*

Rappelons qu'il y avait après la guerre d'une part une demande très grande pour des interventions de dépistage systématique (mauvais état de santé de toute la population) et d'autre part, un corps médical fortement réduit et désorganisé par la guerre. Aujourd'hui, il n'en est plus du tout ainsi. Les médecins de ville sont suffisamment nombreux et bien organisés, et l'état de santé de la population est tel qu'un dépistage systématique par les médecins de travail permet de découvrir très peu de maladies qui ne seraient pas découvertes grâce à l'activité habituelle des médecins praticiens et dont l'évolution pourrait être influencée d'une manière ou d'une autre. Le dépistage systématique est devenu d'une rentabilité économique extrêmement faible. Si cette activité ne figurait pas dans le cahier des charges du médecin du travail, personne ne demanderait aujourd'hui son introduction. Ainsi, compte tenu de la place que ces examens prennent dans l'activité d'un médecin du travail et, pour la plupart d'entre eux, de leur utilité toute relative, il n'est pas étonnant que l'évolution de la fréquence d'importantes maladies professionnelles (saturnisme, silicose, Hg, etc.) soit au cours des trente dernières années tout à fait similaire en France et en Suisse.

La non-suppression de ces examens s'explique d'une part par le fait que les salariés et les médecins du travail y sont profondément attachés. En effet, cet examen médical constitue encore actuellement pour beaucoup de médecins du travail l'activité principale, voire leur «raison d'être» et a pour de nombreux salariés une valeur «psychothérapeutique» non négligeable. Toutefois, il ne faut pas sous-estimer la fausse assurance qu'un examen médical normal peut créer auprès du travailleur et de son médecin.

Cependant, ces examens annuels, couplés avec des fiches d'exposition (carnet de santé) et intégrés dans un programme de recherche national, pourraient constituer un outil de travail inégalable dans le domaine de la recherche de maladies professionnelles qui sont rares et ne se développent que très lentement ou de la morbidité/mortalité dans un secteur professionnel particulier, etc. Ce genre de recherches permettrait certainement de comprendre les raisons de la surmortalité des catégories socio-professionnelles inférieures pour presque toutes les maladies. Il permettrait également de découvrir des origines professionnelles pour de nombreuses maladies et on n'aurait plus besoin de compter sur des concours de circonstances tout à fait exceptionnelles comme ce fut le cas pour le chlorure de vinyl. Si cette substance n'avait pas eu «l'heureuse» idée de se manifester au moyen de l'angiosarcome du foie, un cancer rarissime, mais plutôt par le biais d'un cancer pulmonaire, d'une artériosclérose accélérée ou n'importe quelle autre affection médicale pas trop rare mais tout aussi grave jamais on n'aurait découvert sa toxicité meurtrière. Soyons clairs, l'exécution de tous les travaux est liée à un certain risque. Ainsi, l'introduction régulière de nouvelles substances – et pas seulement dans l'industrie chimique – dont on ne peut souvent connaître

les effets à long terme sur l'être humain, signifie que les travailleurs qui les manipulent sont les *sujets d'une gigantesque expérimentation humaine.* Il est certainement irréaliste de vouloir la supprimer, mais il faut demander qu'elle se fasse dans des conditions scientifiques irréprochables, ce qui serait techniquement tout à fait possible.

*5.1.3 Les examens périodiques des ouvriers exposés à des dangers particuliers*

En ce qui concerne les examens des ouvriers exposés à des dangers particuliers, la critique est légèrement différente. Ces examens sont certainement utiles mais pourraient très bien être faits par des praticiens sur la base d'un protocole comme c'est le cas en Suisse.

## 5.2. Action en milieu de travail

*5.2.1 Constat:*

Le médecin du travail ne consacre que rarement le tiers de son temps aux véritables actions en milieu de travail (étude du poste de travail, proposition d'amélioration des conditions de travail, information des travailleurs, etc.).

*5.2.2 Formation insuffisante du médecin du travail*

Beaucoup de médecins du travail ont reçu une formation tout à fait insuffisante pour pouvoir intervenir dans le domaine des conditions de travail de manière compétente. Bien sûr, il ne s'agit pas de transformer le médecin en ingénieur mais de lui faire acquérir une formation technique qui lui permette de comprendre parfaitement bien les différentes étapes du processus de production. Mentionnons également le manque de temps (les examens médicaux obligatoires prennent énormément de temps) et la difficulté qu'éprouvent certains médecins du travail à quitter l'ambiance feutrée de leur cabinet!

*5.2.3 Base légale vague*

Dans ce domaine, les interventions ne sont pas codifiées ni en ce qui concerne leur nombre ni en ce qui concerne leur genre; ainsi, il est bien plus facile de ne pas les faire que de négliger les examens médicaux qui répondent à un cahier de charge précis.

*5.2.4 Il y a deux logiques dans une entreprise*

Les deux explications précédentes, si évidentes soient-elles, me semblent largement insuffisantes pour comprendre réellement ce fait. Pour cela nous devons analyser l'activité du médecin du travail en tenant compte du fait que l'employeur et les salariés ont au fond des intérêts prioritaires *contradictoires:* la rentabilité et le profit pour l'employeur – la défense et l'amélioration des conditions de travail au sens large du terme pour les salariés.

Cependant, il faut préciser que l'employeur n'est aucunement opposé par principe à l'amélioration des conditions de travail, ni les salariés à une certaine rentabilité, mais ce ne sont pas leurs préoccupations prioritaires. De plus, la manière de défendre ses intérêts varie d'un syndicat à un autre, d'un employeur à un autre de telle façon qu'il n'est pas toujours très facile de reconnaître l'intérêt objectif et fondamental de chacun d'eux.
Par rapport à ces deux centres d'intérêts il est évident que la fonction de la médecine du travail s'intègre infiniment mieux dans la définition de l'intérêt fondamental des salariés, que dans celle des employeurs. Enfin, ce ne sont pas toutes les activités du médecin du travail qui sont prises directement entre le marteau et l'enclume. Ce n'est par exemple pas le cas en ce qui concerne les examens médicaux et l'attitude générale du médecin envers les travailleurs. Par contre, l'utilisation du «tiers temps» et l'activité en milieu du travail sont déterminés principalement par ce rapport de force. Si maintenant l'écrasante majorité des médecins du travail estiment que leur dépendance patronale n'influence pas leur activité quotidienne, ils oublient tout simplement que leur réelles interventions en milieu du travail constituent une part négligeable de leur activité. Mais cela n'explique pas encore le fait que certains salariés dont la tâche est également l'amélioration des conditions de travail comme par exemple les membres du comité d'hygiène et de sécurité, les délégués du personnel, etc. arrivent à s'opposer plus facilement à l'employeur que le médecin de travail qui est également un salarié et qui, s'il faisait son travail correctement, serait aussi très fréquemment en opposition à l'employeur. Il est vrai que l'origine sociale rarement ouvrière du médecin de travail, ses opinions politiques peu socialisantes et son statut social élevé dans l'entreprise favorisent peu la confrontation avec l'employeur. Mais la différence principale réside dans le fait que les travailleurs qui assument des tâches comme celles de délégué d'un CHS sont élus par les travailleurs et c'est à eux qu'ils doivent rendre des comptes et non pas à l'employeur. S'ils font mal leur travail ils ne sont pas «licenciés» par l'employeur mais par les salariés. Le médecin de travail, par contre, que l'employeur est obligé d'engager selon une législation mise en place lors de luttes importantes en 1946, dépend principalement de l'employeur. En effet, l'organisation pratique et la gestion du service de médecin de travail se font principalement avec l'employeur.

*5.2.5 Quelle solution préconisons-nous?*

Comme nous l'avons vu, le médecin du travail se trouve, concernant son action en milieu du travail, dans une situation où il doit, en fait, défendre les intérêts des salariés contre ceux de l'employeur. Ainsi, quels que soient son sens diplomatique et ses capacités techniques, *son activité en milieu du travail va buter inévitablement contre la résistance de l'employeur.* Cette dernière ne peut être combattue que dans la mesure

où le médecin du travail est d'une part conscient du conflit d'intérêt dans ce domaine et d'autre part obligé de rendre des comptes prioritairement non pas à l'employeur mais aux représentants des salariés.
Le médecin du travail devrait être engagé par le comité d'entreprise qui disposerait à cet effet d'un crédit (pourcentage de la masse salariale) mis à sa disposition par l'employeur, comme c'est parfois le cas pour le personnel de la cantine. L'activité du médecin du travail devrait être définie par un cahier des charges sur la base d'un accord commun entre le comité d'entreprise et le médecin du travail. Bien entendu, il ne s'agit en aucun cas de changer la fonction du médecin du travail définie par la loi française, mais de *créer les conditions psychologiques, sociales et économiques afin que le médecin du travail puisse consacrer réellement le tiers de son temps à l'action en milieu du travail,* à savoir: *étudier les postes de travail* et leur amélioration possible ainsi qu'*informer les salariés* de ses études et des dangers des différents postes de travail. Cependant la défense de ses propositions et l'utilisation de ses informations ne devraient pas être l'activité principale du médecin du travail mais celle des salariés ou de leurs représentants et celle de la direction.

### *5.2.6 Réponses à quelques critiques*

Pour terminer ce chapitre, je voudrais répondre à quelques objections qui ne vont pas tarder à surgir. «C'est un leurre de croire que les syndicats défendent toujours l'hygiène et la sécurité du poste de travail.» Ceci est parfaitement juste, les syndicats sont loin de défendre toujours des positions irréprochables dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. Mais le problème n'est pas de savoir s'ils seront d'accord avec toutes les opinions du médecin du travail mais de comprendre que le but de la médecine du travail fait partie des objectifs fondamentaux des syndicats et non pas de ceux du patronat. Maintenant, il est évident que les propositions pour réaliser ce but commun peuvent être très divergentes.
Une autre objection est: «Si le médecin du travail est engagé par le comité d'entreprise, il perd toute la confiance du patron qui sera tenté de faire de l'obstruction systématique». A ceci on peut répondre que la direction de l'entreprise n'est pas opposée par principe aux améliorations des conditions de travail, mais ce n'est pas son objectif principal. Elle jugera toujours les propositions d'amélioration en fonction de leur coût. C'est l'estimation du coût financier et politique, en cas de troubles sociaux que le refus d'une proposition d'amélioration pourrait entraîner, qui détermine la décision de l'employeur.
Finalement, on objectera que «l'engagement du médecin du travail sera déterminé par son appartenance politique». Je ne le pense pas. Les syndicats n'ont pas besoin d'un militant syndical ou politique supplémentaire mais avant tout d'un «technicien» qui ait la capacité et la volonté de faire son travail et qui soit prêt à collaborer avec les représentants des travailleurs.

# 6. Conclusions

Pour conclure, je voudrais revenir sur le point essentiel de mon article, à savoir les conditions pour que le développement de la médecine de travail se fasse dans l'intérêt des travailleurs.
Il s'agit d'une part du financement du service de médecine de travail qui doit être assumé par l'employeur car ce dernier est responsable de l'organisation du travail et d'autre part – et cela est l'aspect central – du contrôle et de l'organisation de ce service qui doit être dans les mains des travailleurs et non pas dans ceux des employeurs. Et enfin, rappelons que, pour réaliser et appliquer une telle conception de la médecine de travail, il faut avoir une *solide organisation syndicale dans l'entreprise.*

---

# Bibliographie


«Dossier concernant la médecine du travail», édité par le Syndicat National des Médecins du Travail UGICT-CGT.
«Les services interentreprises en médecine du travail en France», par N. Pardon, Schweiz Rundschau Med, 69, 1980, p. 988–990.
«La médecine du travail, au service de qui?» en pratiques ou les cahiers de la médecine utopique, octobre–novembre 1980.
«La médecine du travail» en actes No 3, juin 1980.
«Code du travail français.»
«Bulletin trimestriel d'information et de liaison, No 45, avril 1981», édité par l'inspection médicale régionale du travail Rhône-Alpes.
«Les comités d'hygiène et de sécurité», 1980, édité par l'INRS.
«La médecine du travail» en CFDT Aujourd'hui, revue d'action et de réflexion, juillet–août 1981.
«Travail et Santé» en Cadres CFDT, No 298, mai–juin 1981.
«Les inspecteurs du travail» en Le Monde du 1er mars 1981.
«Rapport du service médical de Rhône-Poulenc». Polymères et de Chloé-chimie» de 1980.
«Les maladies professionnelles», brochure No 486–0 de l'INRS, 1978.
«La LAMA et les ordonnances s'y référant».
«Forderungen an die Arbeitsmedizin aus gewerkschaftlicher Sicht», K. Aeschbach, Sozial- und Präventivmedizin 26, 1981, 195–198.
«La médecine du travail, spécialité des sciences médicales et partie du système de santé», dans médecine sociale et préventive, 26, 1981.
«A quoi sert le médecin du travail?» par E. Gubéran en médecine sociale et préventive 23, 48–52, 1978.
«La médecine du travail à l'heure européenne», par N. Pardon en CAMIP, No 76, 1979.
«Documents du symposium sur la médecine du travail», Confédération européenne des syndicats, Paris, 26–28 novembre 1980.


---