Espace

Médecin du travail

la revue du syndicat général des médecins du travail

Médecine du travail, quelle évolution?

Les travaux du conseil supérieur

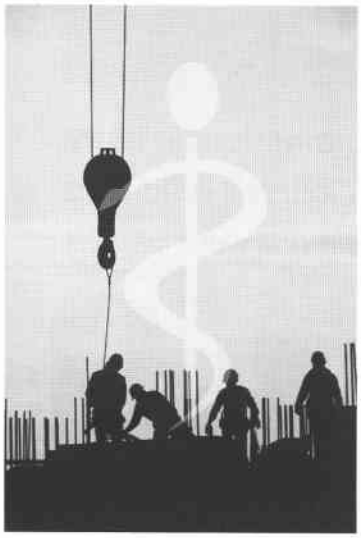
Le métier de Médecin du travail "enquête"

Notre histoire

NUMÉRO 0 | - Janvier Février Mars 1996

CFE CGC

SGMT N° 1 JANVIER FEVRIER MARS 1996



sommaire

Éditorial 3

Médecine du travail et risques professionnels — Les travaux du conseil supérieur 4

Tribune libre
- Histoire de la convention collective et de la rémunération des médecins du travail 7
- Médecine du travail et norme ISO 9002 10
- Combien valons-nous? 11

Humeur — L'équipe pluridisciplinaire aux journées d'Amiens! 12

Qualification des médecins
- Encore à l'ordre du jour dans les hopitaux 13
- Médecine du travail et fonction publique 13

Lu pour vous — Assurance maladie : la doctrine du CNPF 14

Dossier — Médecine du travail, quelle évolution? 16

Tableau de bord 20

Questionnaire — Le métier de médecin du travail ..... I à IV

Nota : Ce numéro comporte en pages centrales une enquête sous forme d'un 4 pages détachable

Espace Médecin du travail

L'espace du Médecin de travail
revue trimestrierlle du
SYNDICAT GENERAL DES MEDECINS DU TRAVAIL «SGMT»

Directeur de la publication
Bernard SALENGRO

Rédacteur en chef
P. ARTIERES

Comité de lecture
• B. SALENGRO • N. AMIGUES MOREL • P. ARTIERES
• C. CASAGRANDE • M. DELHERM • H. KIRSTETTER
• S. GELIN • A. LEMITRES • J. NOEUVGLISE
• S. ZYLBERMAN

Rédaction
"L'espace du MEDECIN DE TRAVAIL"
SMGT 39 rue Victor Massé 75009 Paris
Tél. : 16 (1) 42 85 48 99
Fax : 16 (1) 42 82 06 11

Publicité
REGIES CADRES
Jean-Claude BENSOUSSAN
Assistante : Laurence VERRECCHIA
30, rue Gramont - 75002 Paris
Tél. : (1) 44 55 77 89
Fax. : (1) 42 96 45 97

Conception et réalisation
C'PRINT EDITIONS
Tél. (16) 43 76 43 62

Le service de cette revue est assuré à tout adhérent du SGMT.
Dépôt légal : 1er trimestre 1996
N° Comm. paritaire en cours

Abonnement
Abonnement annuel : 1 100 francs
Le numéro : 300 francs

SGMT
Syndicat général des médecins du travail

Nous sommes tous impliqués dans la défense, l'évolution et la promotion de notre métier. Il est capital que nous soyons associés aux décisions qui décideront des conditions matérielles et morales de notre exercice professionnel. C'est pour cela que nous devons appartenir à un syndicat représentatif.
Créé en 1951, le S.G.M.T. est un syndicat médical indépendant politiquement .
Il fait partie de la fédération des médecins et Membres des Professions Médicales, elle-même rattachée à la Confédération Française de l'encadrement C.G.C.

Le S.G.M.T., en tant que syndicat professionnel, assure la défense matérielle et morale de ses membres.

- Contrats de travail
- Conflits de la vie professionnelle
- Interlocuteur du Cisme : conventions collectives, salaires, formation permanente...
- Participation à toutes les commissions de qualification en médecine du Travail
- Interlocuteur de l'état : organisation de la Médecine du Travail, Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, ...

Par son appartenance à la **Fédération Nationale C.G.C des médecins et membres des Professions médicales**, le S.G.M.T. se trouve aux côtés de tous les médecins ayant ce point en commun : exercer leur art avec certaines contraintes administratives vis à vis d'un employeur, et donc avoir à défendre indépendance professionnelle et intérêts moraux et matériels.

La fédération est membre de la **Fédération Européenne des Médecins Salariés et du Comité Permanent des Médecins Salariés de la C.E.** Par ces organismes, nous intervenons auprès des instances européennes pour défendre la conception française de la Médecine du Travail, et nous avons ainsi évité certaines orientations qui auraient remis en cause notre existence.

En tant que Médecins, et en tant que cadres, les adhérents S.G.M.T. font partie de la **Confédération Française de l'encadrement C.G.C.** Nous avons voulu, par cette appartenance, rompre l'isolement de notre profession tout en conservant notre spécificité médicale.
Ainsi nous sommes présents (et vous pouvez l'être) dans de nombreuses instances régionales et nationales :

- Union départementale et régionale C.F.E.-C.G.C.;
- Conseil d'administration des CPAM et des CRAM, des hôpitaux, IMP, COTOREP, CAF...;
- AGEFIPH;
- Conseil supérieur de Prévention des risques professionnels et ses commissions : information et formation, risques chimiques, biologiques et ambiances physiques, maladies professionnelles, Médecine du Travail, BTP,...

Adhérer au S.G.M.T. pour mettre en commun nos idées, obtenir rapidement un conseil juridique éclairé, être défendus en cas de litiges, être représentés partout où les médecins du Travail ont leur mot à dire.

bulletin d'adhésion S.G.M.T.

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code Postal : .....Tél. : .....

L'adhésion au S.G.M.T. ouvre droit à abattement fiscal.

Cotisation 1995 : 1 300 F
La cotisation 1996 sera fixée lors de l'assemblée générale du SGMT le 27 janvier 1996

S.G.M.T.
Syndicat Général des Médecins du travail

39, rue Victor Massé
75009 PARIS
Tél. : (1) 42 85 48 99
Fax : (1) 42 82 06 11

SGMT

éditorial

Président National

Demain, certains veulent nous remplacer par des assistants, des techniciens, des consultants, ... et nous cantonner au fond de nos cabinets médicaux !
Les envies et les arguments ne leur manquent pas : absence de médecins du travail sur le marché, coût de la médecine du travail trop élevé, mise en conformité avec les "règles européennes", interlocuteur plus docile que le médecin du travail car placé juridiquement sous l'autorité directe de l'employeur,...

NOUS AVONS BESOIN DE NOUS RASSEMBLER, DE NOUS MOBILISER afin de défendre une médecine du travail de qualité, faite par des professionnels de qualité, rémunérés à leur juste valeur, exerçant dans un cadre juridique décent, et bénéficiant de l'estime et de la considération de tous.

NOUS AVONS BESOIN D'INFORMATIONS, mais d'informations objectives, vérifiables, de sources connues et non pas de propagande, d'informations tronquées ou orientées au service de ceux qui les diffusent.

NOUS AVONS BESOIN DE REFLECHIR ENSEMBLE sur la pratique de notre art, de confronter nos idées et d'énoncer NOS objectifs.

NOUS AVONS BESOIN DE SAVOIR CE QUE CERTAINS DISENT en notre nom, au sein des instances officielles.

NOUS AVONS BESOIN DE NOUS FAIRE ENTENDRE et de faire connaitre nos positions.

NOUS AVONS BESOIN DE NOUS DEFENDRE professionnellement,juridiquement, matériellement.

Tout cela, le SYNDICAT GENERAL DE MEDECINE DU TRAVAIL le fait déjà et depuis longtemps, mais, afin d'être encore plus efficace et représentatif, nous voulons le doter d'un instrument d'information, de relation, de communication.
Vous avez ce nouvel instrument entre vos mains, c'est :

"espace MEDECIN DU TRAVAIL"

Il sera ce que VOUS en ferez, et n'exprimera que VOS idées, dans l'intérêt de NOTRE médecine du travail.

"L'espace du MEDECIN DU TRAVAIL" veut vous informer de tout ce qui touche notre médecine du travail: au syndicat, à la Confédération CFE-CGC à laquelle notre syndicat est adhérent, dans les services administratifs, dans les entreprises, dans la société civile.

Alors, avant d'alerter Green Peace pour la défense d'une espèce en voie de disparition, unissons nos efforts, et mobilisons nous!
Alors, exprimez vous: à vos plumes, et rejoignez nous!

Bernard SALENGRO
Président du Syndicat Général des Médecins du Travail.

Les travaux du conseil supérieur

Bernard SALENGRO, Président de notre syndicat, représente la CFE CGC au Conseil Supérieur des Risques Professionnels. Nous lui avons demandé de nous raconter son expérience : La CFE-CGC participe, comme les autres confédérations, à différentes instances de concertation. Les médecins du travail sont particulièrement intéressés par les travaux de l'une d'entre-elles : ***le Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels.***

Qui siège au Conseil Supérieur?

Il réunit les représentants du Ministère du travail, et les partenaires sociaux:

- confédérations syndicales patronales : CNPF, CGPME, UPA (artisans)
- confédérations syndicales de salariés : CFE CGC, CFTC, CFDT, CGT FO, CGT.

Quelles sont les missions du Conseil Supérieur?

Il examine les textes de loi concernant les conditions de travail, la prévention des risques professionnels, les maladies professionnelles, et tout ce qui concerne le travail.

L'organisation du Conseil Supérieur :

En raison de l'ampleur des sujets, des commissions spécialisées sont crées: risques physiques, bâtiment, handicapés, alcool, médecine du travail, etc...
Enfin, afin de préparer et d'approfondir un point particulier, des **Groupes de Travail** sont ponctuellement crées; d'un fonctionnement plus souple, ils comprennent des "personnes qualifiées" et peuvent entendre divers experts.

Le Groupe Médecine du Travail :

Les travaux de ce groupe de travail nous intéresse tout particulièrement, son but étant d'analyser le fonctionnement de la médecine du travail (organisation des services, temps médical ...), et de proposer d'autres modes de fonctionnements. Mis en place en février 94 par la commission médecine du travail, il a siégé jusqu'en juillet 95.

Participants :
Pour le ministère :
Me. Le docteur SIGNOURET, médecin inspecteur du travail, Présidente du groupe.
M. BOISNEL, Me le docteur SAUX (chef de service) et Me le docteur MAILLARD, médecins inspecteurs,
Me MATHURIN.
Pour le CNPF :
Me CORMAN, M. SAPPEY,
M. PAILLEREAU.
Pour la CGPME :
M. le docteur THILLAUD.
Pour la CGT :
M. le docteur CAUSSE.
Pour la CGT FO : M. CONTE
Pour la CFDT : Me DIXNEUF.
Pour la CFTC :
M le docteur DELLACIO.
pour la CFE CGC :
M le docteur SALENGRO.
Personnes Qualifiées :
M. le professeur FURON,
M. le professeur PERDRIX,
M. le docteur AMOUDRU,
Me le docteur LEPRINCE,
Me le docteur DEMOGEOT.

Les travaux du Groupe :

le Groupe a fonctionné comme une commission, procès-verbaux en moins, les partenaires sociaux craignant une "entourloupe'.

Le **déficit en médecins du travail** a été abordé: unanimité s'est faite pour reconnaître ce déficit, et ses conséquences négatives sur la qualité de la prestation "médecine du travail". J'ai fait remarquer très souvent et fortement que ce déficit, en rapport avec les erreurs du choix de la formation des médecins, doit être relativisé: les salaires n'ont pas évolué afin de rendre plus attractif notre pratique, et attirer ainsi nos confrères libéraux possédant le CES, ceci contredisant l'adage "ce qui est rare est cher"! Nous ne connaissons pas de services ayant exercé de fortes "pressions" afin que les médecins exerçant à temps partiel passent à temps plein. Enfin, notre syndicat a fait paraître plusieurs annonces dans la presse spécialisée: "médecin possédant le CES cherche poste...": nous n'avons reçu AUCUNE réponse!

Ce comportement n'est pas celui d'employeurs (directeurs de services inter) à la recherche de médecins du travail. En fait, il arrange et les services inter et le CISME: blocage de toute évolution des effectifs pris en charge, et proposition d'une réforme rendue nécessaire par ce déficit: équipe pluridisciplinaire et suppression de la visite annuelle, un vieux rêve!

Ce comportement arrange également les services de Ministère en le dédouanant de tout acte réel de tutelle, et justifiant une politique plus que laxiste d'agrément des services. Ce laxisme ministériel a d'ailleurs été dénoncé par le Patronnat.

Chronologiquement, le Groupe a fonctionné en trois phases: rapport du Ministère, proposition des participants, présentation de l'expérience de centres ayant pratiqué la pluridisciplinarité.

Le rapport du ministère :

Triste constat que celui présenté: les services chargés par la Nation de faire appliquer les textes légaux avouent la mauvaise application de ceux-ci! Enfin, connaissance du terrain très superficielle, et manque important de moyens attribués au Groupe: équipement, secrétariat...

Parmi les conclusions de ce rapport, certaines sont intéressantes, comme la constatation d'un nombre trop important de petits services : le poids de la structure administrative y est financièrement trop élevé par rapport au coût médical. D'autres conclusions sont dangereuses: le taux de surveillance médicale spéciale avancé n'est que de 15 %, au grand contentement du CISME qui voit ses chiffres validés: en fait le Ministère a puisé ses chiffres auprès des services inter, qui les ont collectés auprès des employeurs, tout comme le CISME! Et nous savons bien que ces déclarations sont faites dans la parfaite méconnaissance des textes légaux, en particulier de l'arrêté du 11 juillet 1977.

Les propositions des Partenaires sociaux:

Les "grandes propositions sont déjà connues:

- le CNPF veut transformer te tiers temps en quart temps, avec remplacement du médecin sur le terrain par un technicien, et espacement de la visite annuelle.
- le SGPME formule la même analyse, en plus caustique, et propose une formation d'urgence pour besoins immédiats de médecins.
- FO introduit un auxiliaire de santé placé sous l'autorité de médecin du travail, son effectif salariés étant alors ramené à 2211.

En l'absence d'auxiliaire, cet effectif est de 2028.

- CFDT: La surveillance médicale spéciale est calculée en fonction des maladies professionnelles, et la distinction employé ouvrier disparaît. L'activité tiers temps est programmée, et le rôle des partenaires sociaux est renforcé au niveau des commissions régionales.
- CGT: Maintien de la situation actuelle, le temps médical étant de 1 heure par mois pour 12 salariés. Le pouvoir des partenaires sociaux est renforcé au sein des commissions de contrôle, et la formation des médecins adaptée aux besoins démographiques.
- CFTC: maintien de la distinction E O.
- CFE CGC: application effective des textes actuels, et meilleure prise en compte de l'avis des partenaires sociaux (fonctionnement paritaire des services), et de l'avis des médecins des services. Suppression de la distinction E O, et formation des médecins dans un autre cadre que l'internat.

D'autres propositions ont été faites, et donné lieu à des

échanges virulents :
De la part du CNPF, au sujet du temps médical, nous avons entendu: " l'enrichissement sans cause des médecins en temps", "nous ne sommes pas minimalistes, nous avons simplement évacué les attributions de temps sans justification", c'est à dire toutes les surveillances médicales spéciales où l'acte médical n'est pas expressément et légalement décrit.
"Cela donne un effectif théorique de 2704 qui, corrigé d'un facteur de pluridisciplinarité de 1,15 amène à un effectif toujours théorique de 3045. Le tiers temps peut être maintenu grâce à l'espacement des visites médicales".
De la part des universitaires, quelques rêves, hors sujet à mon avis, sont énoncés.
Enfin quelques propositions intéressantes sont entendues: formation en alternance, et sur le terrain, pour les médecins généralistes voulant exercer la médecine du travail (la volonté politique ne semble pas y être), refonte des structures avec disparition de la multiplication de petits services.

Expérience de centres sur la "pluridisciplinarité" :

Bourgogne ergonomie : plusieurs services ont mis en commun des moyens en hommes et matériel, en respectant un volontariat et une éthique qui semble proche de celle de la médecine du travail.
Les services ne sont pas en concurrence, et les médecins sont détachés dans cette structure. Un financement spécifique est prévu, d'un coût relativement minime. Cette structure est hébergée par l'Université.
Nous avons perçu un très bon climat de confiance entre les différents partenaires, et constaté que Bourgogne ergonomie est à la disposition des médecins du travail, mais jamais à leur place.

Le service de Roanne : la présentation a été confuse : il semble que les médecins aient délégué certaines taches de métrologie à des auxiliaires rapidement formés au maniement des appareils.
Bien que les présentateurs semblent satisfaits, j'ai eu une impression d'emprise administrative que j'espère fausse.

Le service de CLUSES : son expérience a fait en son temps les honneurs de la presse spécialisée et syndicale. J 'avais rapporté lors des premiers travaux de la Commission ce témoignage à la suite des projets du CNPF concernant les techniciens. Un infirmier formé en ergonomie apportait son aide aux médecins demandeurs; par la suite, le conseil d'administration a autorisé l'infirmier ergonome à proposer sa prestation directement aux entreprises, hors autorité médicale, mais sous l'autorité du directeur administratif du service; l'opposition et le boycott des médecins , et l'avis défavorable de l'inspection médicale ont mis fin à cette expérience.

L'expérience de RENNES :
un technicien spécialisé en ergonomie et en formation, aide les médecins et est chargé de l'entretien du matériel; cela semble bien se passer, mais la proposition du service administratif d'embaucher un second "ergonome" a été refusée par les médecins, en raisons d'effectifs trop importants qu'ils ont actuellement en charge.

La montagne a accouché d'une souris

Et après tout ce travail, nous avons entendu le représentant du Ministère, ravi (au sens provençal du terme : le "ravi" du village) très content de la tournure prise par les événements, s'en auto-féliciter et conclure que l'on va pouvoir maintenant et sur ces bases engager une négociation entre les partenaires sociaux.
Or cela fait des années que cette négociation a lieu, sous la forme de confrontation d'idées souvent très opposées!
On s'attendait à ce que ce représentant exprime les réactions et les propositions du pouvoir politique; il a simplement déclaré que ses services allaient étudier ce dossier et en tirer des réflexions constructives!
Le bénéfice attendu est certainement de gagner du temps, en lassant les partenaires sociaux, ou en les conditionnant afin de leur faire accepter l'inacceptable!
Comme disait un de mes professeur de philosophie :

" on a soulevé le problème.... et on l'a reposé ! "

A suivre...

Histoire de la convention collective et de la rémunération des médecins du travail

Le syndicat général des médecins du travail à la chance d'avoir un passé et une mémoire.
Ce passé nous est rappelé dans cet article écrit par les docteurs P.Girault et J. Noeuveglise.

Action

1946 : Création de la médecine du travail.

Les appointements minima des médecins sont fixés conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 15 mars 1946, pris en vertu des décrets du 10 novembre 1939 et du 1er juillet 1940.
La rémunération du médecin du travail à temps plein (10 vacations de 3 h.30 par semaine, soit 150 heures par mois) est fixée à 9 C par vacation (c = valeur de la consultation médicale).
L'application de ce tarif avec un C à 105 francs donnerait une rémunération mensuelle de :
9x105x10x4,33 = 40 918 frs 1995!

11 février 1950 :

Parution de la loi sur les conventions collectives: elle rétablit la libre fixation des salaires, sous réserve de minima fixés par une convention collective de branche professionnelle, ou par des accords d'entreprise. De nombreux services refusent d'appliquer ces arrêtés.
Ces circonstances montrent aux médecins du travail la nécessité d'une défense professionnelle organisée, forte et représentative.
C'est ainsi qu'en 1951 le Syndicat Général des Médecins du Travail est fondé , et choisi de s'affilier à la C.G.C. qui lui apporte la représentativité nécessaire.
De plus, les arrêtés de 1946 sont entachés d'illégalité pour vice de forme (non consultation des commissions techniques ad hoc) par un arrêt du Conseil d'état du 15 juillet 1955, cela rendant leur application encore plus aléatoire.
La négociation d'une convention collective pour les médecins du travail est demandée au CNPF.

Les conventions collectives devant se négocier par branches professionnelle, et la médecine du travail n'étant ni organisée, ni représentée à l'ordre national par un syndicat patronal professionnel, le CNPF refuse une telle négociation.

Il accepte cependant de signer le 7 juillet 1958 un protocole d'accord pour un modèle de contrat pour les médecins de services interentreprises.
Cet accord est signé par tous les syndicats de médecins du travail, et reçoit l'aval du Conseil de l'ordre des Médecins. Son principal but est d'assurer l'indépendance du médecin à travers les dispositions suivantes :

- indexation des rémunérations effectives sur la valeur moyenne de l'acte médical et le salaire de référence de la Caisse des Cadres (AGIRC)
- échelonnement minima de l'ancienneté :
  catégorie I : médecin ayant moins de 3 ans de pratique coefficient 0,9 moins de 6 mois coefficient 1 après 6 mois
  catégorie II : médecin ayant plus de 3 ans de pratique : coefficient 1,2. en outre, en fonction de l'ancienneté dans le service, les coefficients sont portés à .1,3 au bout de 5 ans. 1,55 au bout de 15 ans.
- maintien du salaire en cas de maladie pendant 3 mois après 1 an de présence
- indemnité de licenciement : 3 mois de traitement après 2 ans de présence.

Résultats

Par contre, cet accord ne fixe pas de rémunération minimale, elle est laissée à l'appréciation des services, et à l'accord des parties.
La plupart des services fixent de façon unilatérale cette rémunération; dans quelques cas, des accords de service sont négociés avec les représentants des médecins (l'APAS de Paris, services de Clermont-Ferrand, d'Angoulême, de Nantes par exemple).
Un comité de Liaison, institué pour surveiller l'application de l'accord, se réunit régulièrement, et cela jus-

qu'à la signature de la convention collective des médecins du travail, en 1973.

Action

Nos demandes de transformation de cet accord en convention collective, afin d'éviter toute contestation de certains milieux patronaux, et de fixer un salaire minimum de référence sont prises en considération par le Président CEYRAC (commission sociale du CNPF) en 1972. Le CISME est désigné par le CNPF comme l'association patronale représentative des services interentreprises.

Le président CEYRAC demande expressément que le CNPF soit représenté par M. NEIDINGER, secrétaire de la commission sociale du CNPF.

Après deux ans de négociations, et une participation très active de nos représentants, la convention collective nationale des médecins du travail des services interentreprises voit le jour le 27 décembre 1973.

Résultats

Elle est signée par notre syndicat CGC, et la CFTC. La C.G.T. et le SNPMT refusant de signer au dernier moment cette convention, sans notre syndicat, très représentatif de la profession, la convention collective n'aurait pas existé.

Au sein de notre bureau, les oppositions à la signature étaient très nombreuses, justifiées par l'insuffisance de la rémunération minimale inférieure de 30 à 35 % aux salaires en vigueur dans les gros services parisiens.

Le poids de l'avis favorable à la signature des délégués régionaux devait emporter la décision.

En fait, un sondage ultérieur a montré qu'un grand nombre de médecins a bénéficié d'augmentations substantielles, étant en deçà de la rémunération minimale, ou de la grille d'ancienneté.

L'extension demandée afin de généraliser l'application de la convention à tous les services adhérents ou non au CISME est refusée par le ministère en raison de l'opposition de la CFDT motivée par le fait que l'ensemble du personnel des services n'est pas couvert.

Notre syndicat avait d'ailleurs demandé au début des négociations que l'ensemble du personnel soit concerné, demande refusée par le CISME, sous prétexte de n'être mandaté que pour les médecins.

La promesse nous ayant été faite d'une négociation ultérieure pour les autres membres du personnel notre signature créait un précèdent important.

Un nouveau contrat type, annexé à la convention, est approuvé par l'ordre des médecins en 1977.

Il faut regretter que les médecins d'entreprise ne soient bénéficiaires d'aucune convention, malgré de nombreuses tentatives faites afin d'introduire des dispositions particulières pour les médecins du travail dans les C.C. de branches professionnelles.

La C.C. est appliquée régulièrement jusqu'en 1983. L'évolution

des salaires du personnel non médecin est négociée chaque année, et notre participation a toujours été effective.

1983 :

Action

le CISME demande un accord pour modération de l'augmentation des salaires, en raison de l'avance apparente prise par le "S" des cadres (du fait du décalage de son application).
Compte tenu du précédent de 1968 consenti en notre faveur par le CNPF, en raison de l'augmentation brutale du coût de la vie, nous avons accepté cette modération. Nous espérions ainsi éviter une dénonciation de l'indexation conventionnelle.

1985 :

contrairement à notre attente, le CISME dénonce la C.C. des médecins, pour réviser à la baisse les salaires, en modifiant l'index de référence basé uniquement sur l'évolution du salaire médian des cadres (AGIRC) minoré de 10 % , et en supprimant l'indexation des salaires effectifs, remettant en cause dans l'article 5 de cette proposition toutes les clauses plus avantageuses des contrats individuels nonobstant les usages et la jurisprudence sur les avantages acquis par les salariés.

Résultats

Jugeant cela inacceptable, le SGMT refuse de signer cet accord. Cette position est adoptée en réunion intersyndicale en mai 86.

Septembre 1986 :

le nouveau texte est accepté par le SNPMT, la CFDT, FO et la CFTC. Seuls, notre syndicat CGC et la C.G.T. maintiennent leur refus. Nous faisons opposition à l'extension de l'accord devant la Commission Supérieure des C.C. mais n'avons pas gain de cause, le ministère voulant éviter un vide conventionnel.

Une légère amélioration est toutefois apportée par ce nouveau texte : amélioration de la couverture en cas de maladie, de la progressivité de l'indemnité de licenciement (suppression des dispositions particulières applicables aux médecins, et donc application des clauses de la CC du personnel).

Nous proposons à nos adhérents victimes d'une remise en cause de leurs avantages acquis d'intenter une action en justice, dont les frais seront pris en charge par notre syndicat. Malgré plusieurs demandes d'étude de dossiers, aucune action n'a été concrétisée.

Le CISME dénonce également le contrat type , sans en aviser l'ordre des médecins, cosignataire.
On peut penser que l'attitude du CISME a été confortée par un arrêt du Conseil d'état du 8 avril 1987, remettant en cause le rôle de l'ordre en matière de contrats, et intervenu en conclusion d'une action menée par le SNPMT contre le contrat type de 1977, publié en 1978 par l'ordre.
Le CISME publie depuis un modèle de contrat non discuté avec les syndicats, et que nous estimons insuffisant.
Depuis 2 ans, la minoration de l'indexation, associée aux problèmes d'équilibre des caisses de cadres (démographie, chômage, modifications structurelles des rémunérations) a montré son inadéquation. Cela peut justifier la demande de révision de l'article 4 de l'annexe médecins, en cours de discussion au bureau du Syndicat Général des Médecins du Travail.

Ndlr : Cet historique prouve tout le travail effectué par le SGMT depuis sa création, les résultats obtenus, et la nécessité de poursuivre activement notre action !

Médecins du travail norme ISO 9002 et aptitude : *un confrère témoigne*

De nombreuses entreprises demandent la norme qualité ISO 9002.

Pour obtenir cette certification, l'entreprise doit définir les procédures de travail, les moyens de contrôle de la production et les vérifications de ces moyens de contrôle.
Dans certains cas, les contrôles sont faits par l'homme, et les médecins du travail sont sollicités pour assurer la vérification de ces moyens humains de contrôle. Cela interroge bon nombre d'entre nous, car les examens complémentaires obéissent réglementairement à des objectifs précis d'aptitude (R. 241 52).

Dans l'exemple suivant, une imprimerie sur carton, le contrôle des couleurs imprimées se fait à l'oeil après comparaison avec le bon à tirer. L'entreprise (plusieurs établissements en France), a demandé au médecin du travail dans quelle mesure il pourrait effectuer un contrôle de la vision des couleurs des salariés.
Après diverses discutions et selon l'avis du Docteur SAUX, médecin inspecteur, il est apparu que si le contrôle des couleurs fait partie des exigences physiques du poste de travail, le médecin du travail peut faire des examens vérifiant cette aptitude. Toutefois, l'existence de conducteurs offset porteurs de dyschromatopsies et travaillant sans problème soulève la controverse, les dyschromatopsies étant de nature et d'intensité très variables et souvent bien compensées.

Il a été proposé à l'entreprise de faire lors de la visite annuelle un test "Lanthony 15 D" et de délivrer une aptitude "conducteur offset" et "contrôle des couleurs" en l'absence d'anomalie dépistée.
Si une anomalie est détectée, une inaptitude au contrôle des couleurs est prononcée; ce contrôle d'aptitude se substitue donc à un contrôle fait par une tierce personne (service qualité, coloriste) ou scanner.

L'entreprise souhaitait connaître le résultat des tests. Le médecin du travail, jugeant cela incompatible avec le respect du secret médical, a refusé. Actuellement, c'est le responsable du personnel (psychologue du travail de formation) qui pratique ces tests.
Dans quelle mesure les salariés doivent-ils s'y soumettre? Quelles garanties ont-ils en cas de dépistage d'anomalies?
Cette demande a été renouvelée dans plusieurs établissements du groupe, et dans d'autres entreprises. Plusieurs attitudes sont adoptées par les médecins:

-refus catégorique, la demande étant perçue comme une sélection. La notion d'aptitude au poste de travail est alors perçue au sens de danger pour le salarié ou pour autrui.
-Accord simple avec communication du résultat dans la mesure ou le médecin concerné n'a jamais trouvé d'anomalie...
-réalisation du test et remise au salarié d'un certificat mentionnant le résultat, le laissant libre de le remettre à l'employeur ou de demander à un autre médecin de son choix son avis (spécialiste en particulier), liberté très relative à mon sens...

Personnellement, il me parait du rôle du médecin du travail de gérer ces tests si ils doivent être pratiqués, de manière à garder la maîtrise du "médical" et protéger le salarié en cas de problème.

Ne peut-il y avoir une discussion au niveau national avec les "normalisateurs" pour avoir leur avis? Cette question est peut être délicate à poser de crainte de "pénaliser" l'entreprise pour l'obtention de la norme ISO 9002.

Docteur GODARD

NDLR: ce sujet va surement provoquer des débats : donnez nous votre opinion

Le métier de médecin du travail.

Le SGMT lance une enquête nationale

Mon Cher Confrère,

A l'occasion du **Congrès de Paris, en juin 1996**, dont l'un des thèmes est le métier de Médecin du Travail, le Syndicat Général des Médecins du Travail a entrepris une grande **enquête** auprès des praticiens.

Elle reprendra les termes d'une précédente réalisée il y a dix ans qui avait été l'objet de nombreuses citations dans le rapport Rochaix du Conseil économique et Social. Le contexte n'est pas tout à fait le même, cependant les problèmes, les inquiétudes et les tentations ont peu varié, les items seront quasi identiques.

Ces **questionnaires** seront ensuite traités par nous-mêmes et les conclusions seront diffusées à l'occasion du congrès et ensuite dans la presse professionnelle.
Nous pensons que les idées et leurs évolutions sont très importantes à déterminer par cette enquête, aussi vous comprendrez l'importance de votre participation. Il nous paraît nécessaire que chacun puisse s'exprimer sur sa propre activité et sur la meilleure façon de l'exercer.

Nous vous donnons l'occasion aujourdíhui, et nous comptons sur vous pour nous aider en prenant le temps de remplir ce questionnaire, soigneusement, et en le complétant par vos réflexions dont nous espérons tirer parti.

Découpez ce questionnaire afin de pouvoir mieux y répondre
et renvoyez-le complété à l'adresse suivante :

Union Départementale C.F.E.-CGC 06
Enquête Médecine du Travail
81 rue de France
06000 NICE

N'hésitez pas à le photocopier pour le faire remplir par des confrères qui ne l'auraient pas reçu ! Il est anonyme et sera traité comme tel, cependant si vous laissez vos coordonnées adresse et téléphone, cela nous permettra de vous contacter pour des compléments d'informations et récolter des témoignages plus vivants que de simples statistiques.

En vous remerciant par avance, au nom de tous, nous vous adressons nos salutations les plus cordiales.

Bernard SALENGRO
Président du SGMT

Questionnaire*

Médecins du travail

** Certaines questions peuvent nécessiter des réponses plus amples que l'espace prévu au questionnaire. Vous pouvez joindre un texte en annexe si vous le souhaitez.*

Cocher la case correspondante à la demande (si possible avec un crayon de couleur).

Quelques éléments pour vous situer :

1 - Le type de service de Médecine du Travail :

Interentreprise Interprofessionnel OUI ❑ NON ❑

Interentreprise Professionnel OUI ❑ NON ❑

Autonome OUI ❑ NON ❑

Patronal OUI ❑ NON ❑

Paritaire OUI ❑ NON ❑

2 - Votre âge : Homme ❑ Femme ❑

3 - Votre ancienneté professionnelle (en médecine du travail) :

4 - Votre région :

5 - Votre type d'exercice *(Rayez les mentions inutiles) :*

Temps plein

Temps partiel supérieur au mi temps

Temps partiel inférieur au mi temps

6 - Actuellement, quel est votre effectif annuel (rapporté à un temps plein) :

Précisez si possible, le pourcentage de SMS et SMP

7 - Souhaiteriez-vous une modification de la périodicité de la visite systématique OUI ❑ NON ❑

Si OUI, selon quels critères pourrait ère modulée la périodicité de la visite systématique :

8 - Pensez-vous nécessaire des modifications de la réglementation des autres visites médicale (embauche, reprise, etc...) OUI ❑ NON ❑

Si OUI lesquelles :

9 - A votre avis, quelle doit être la durée moyenne d'une visite médicale :

10 - Etes-vous limité dans la prescription d'examens complémentaires prévus à l'article R 241-52 OUI ❑ NON ❑

Si OUI pour quelles raisons :

11 - Souhaiteriez vous, au cours de la visite médicale, avoir la possibilité de :

prescrire des traitement ponctuels OUI ❑ NON ❑

délivrer des certificats d'arrêt de travail pour inaptitude OUI ❑ NON ❑

12 - A votre avis, une minoration des cotisations sociales de l'entreprise concernant les salariés bénéficiant d'une réserve d'aptitude, inciterait-elle l'employeur au meilleur respect de ces réserves OUI ❑ NON ❑

13 - les informations recueillies pendant la visite médicale participent-elles à l'orientation de votre tiers temps : OUI ❑ NON ❑

14 - Votre "tiers temps" représente-t-il vraiment le tiers de votre temps de travail ? OUI ❑ NON ❑

Si non pour quelles raisons :

Précisez sa durée réelle :

Estimez sa durée souhaitable :

Estimez en % la répartition de votre "tiers temps" :

Questionnaire suite

temps passé sur les lieux de travail :
temps de relations (courrier, téléphone, etc...) :
temps de documentation, formation :
temps de prestations dispensées (secourisme, éducation sanitaire, etc.)
autres (éventuellement) à préciser :

15 - Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'étude du milieu de travail :

aucune OUI ❑ NON ❑
temps insuffisant OUI ❑ NON ❑
matériel insuffisant OUI ❑ NON ❑
isolement du médecin OUI ❑ NON ❑
formation insuffisante OUI ❑ NON ❑
comportement des employeurs OUI ❑ NON ❑
comportement des salariés OUI ❑ NON ❑
autres à préciser :

16 - Souhaiteriez vous ne plus faire de visites de lieux de travail OUI ❑ NON ❑
Pourquoi? :

17 - De combien de jours par an disposez vous pour votre formation technologique et médicale :

18 - Estimez le nombre de jours nécessaires à une formation suffisante :

19 - Quelles mesures proposeriez vous pour améliorer l'efficacité de votre action en milieu de travail :

20 - Estimez-vous exercer votre activité en toute indépendance OUI ❑ NON ❑

21 - Subissez vous des pressions dans votre exercice d la part :

du salarié OUI ❑ NON ❑
de l'employeur OUI ❑ NON ❑
des représentant syndicaux OUI ❑ NON ❑
du service dont vous dépendez OUI ❑ NON ❑
de l'inspection de travail OUI ❑ NON ❑
autres à préciser :

22 - Souhaitez vous rester "le conseiller" de l'entreprise dans votre action sur le milieu de travail OUI ❑ NON ❑

23 - Souhaitez vous un pouvoir légal plus important pour faire appliquer vos avis OUI ❑ NON ❑

24 - Pensez-vous qu'un renforcement de l'action de la CRAM et de l'inspection du travail augmenterait la prise en compte des avis et des décisions du Médecin du travail OUI ❑ NON ❑

25 - Souhaitez vous une collaboration plus étroite avec ces services OUI ❑ NON ❑

26 - Pensez-vous que l'avis du Médecin du Travail devrait être pris en compte pour la fixation du taux des cotisations AT MP OUI ❑ NON ❑

27 - Souhaiteriez vous avoir plus de moyens pour faire le dépistage en "pathologie générale" par la participation de la sécurité sociale *(par exemple: prise en charge des examens complémentaires)* OUI ❑ NON ❑
par collaboration des Médecins du travail avec des centres de santé OUI ❑ NON ❑
par participation des mutuelles OUI ❑ NON ❑
par créations de nouvelles structures médicales à définir OUI ❑ NON ❑

Questionnaire fin

Lesquelles :

28 - Pensez-vous utile la communication systématique au médecin du travail de tous les certificats d'arrêt de travail OUI ❑ NON ❑
le souhaitez vous OUI ❑ NON ❑

29 - Pensez vous que les services de Médecine du Travail devraient continuer la surveillance médicale des salariés pendant :
leur retraite OUI ❑ NON ❑
pendant leur chomage éventuel OUI ❑ NON ❑

30 - Souhaitez vous être intégré à des plans de prévention médicale à l'échelon national dans le cadre de la santé publique : OUI ❑ NON ❑

31 - Pensez-vous nécessaire une structure de coordination nationale des Médecins du travail :
pour des enquêtes épidémiologiques OUI ❑ NON ❑
pour des études de milieu de travail OUI ❑ NON ❑
pour la documentation (banque de données par exemple) OUI ❑ NON ❑
pour la formation continue OUI ❑ NON ❑
pour la création d'un dossier informatique à l'échelon national OUI ❑ NON ❑

32 - Pensez vous que salariés et employeurs devraient avoir un droit de recours concernant les décisions du Médecin du Travail OUI ❑ NON ❑
Si oui, pensez-vous que le différent doit être réglé :
par le médecin inspecteur du travail OUI ❑ NON ❑
par un collège de trois médecins du travail dont le médecin inspecteur du travail OUI ❑ NON ❑
par un expert en médecine du travail OUI ❑ NON ❑

33 - Pensez-vous que le fonctionnement actuel des services de médecine du travail puisse être amélioré par :
Une fixation du taux de cotisation à l'échelon national toutes professions confondues OUI ❑ NON ❑
par branche professionnelle OUI ❑ NON ❑
participation effective des médecins à la gestion du service OUI ❑ NON ❑
participation effective des partenaires sociaux adhérents à la gestion du service OUI ❑ NON ❑
autres suggestions :

34 - Etes-vous favorable à un exercice de la médecine du travail par branche professionnelle OUI ❑ NON ❑

35 - Souhaitez vous que la médecine du travail demeure :
dans son système actuel OUI ❑ NON ❑
devienne libérale OUI ❑ NON ❑
se transforme en une structure analogue à la Sécurité Sociale (système privé national sos tutelle) OUI ❑ NON ❑
soit intégré à la sécurité Sociale OUI ❑ NON ❑
autres suggestions :

Nous préciser, éventuellement, tout aspect qui vous paraît important et qui n'a pas été abordé dans ce questionnaire :

Eventuellement vos nom, adresse et téléphone pour pouvoir approfondir certaines remarques ou expériences rapportées :
NOM :
Adresse :
Ville :
Tél.

Combien valons-nous?

*Lors de l'assemblée Générale de notre syndicat, il a été décidé de procéder à une **enquête** pour mieux connaître les rémunérations des médecins du travail et les financements des services de médecine du travail.*

*Si vous ne l'avez déjà fait, merci de **remplir ce questionnaire**, et de le retourner au journal.*
Nous vous ferons part des résultats dans le prochain numéro de "L'espace du Médecin du travail".

SERVICE AUTONOME :

Nom de l'entreprise : .....

Département : .....

Nombre d'heures mensuelles : .....

Ancienneté en années : .....

Nombre de salariés surveillés : .....

Salaire annuel brut 1995 : .....

Coût approximatif de la médecine du travail par salarié et par an : .....

SERVICE INTER-ENTREPRISE :

Nom du service : .....

Département : .....

Nombre d'heures mensuelles : .....

Ancienneté en années : .....

Coefficient d'ancienneté : .....

Salaire mensuel de base 1996 : .....

Salaire annuel brut 1995 : .....

Si vous recevez des primes, en indiquer le montant brut et les conditions d'attribution (13° mois, etc...) :

.....

Nombre de salariés surveillés :

.....

Votre service est financé par :

1. Une cotisation forfaitaire par salarié, d'un montant de : .....

2. Un pourcentage de la masse salariale au taux de : .....

N'hésitez pas à photocopier ce document et à le diffuser largement autour de vous afin d'obtenir un maximum de réponses, et ainsi mieux connaître... l'ampleur des dégâts!

L'équipe pluridisciplinaire aux journées d'Amiens

Les 5° journées nationales de médecine du travail, d'épidémiologie et d'ergonomie dans les P.M.E. se sont tenues à Amiens.

Cela a été l'occasion d'entendre, lors des discours officiels, de petites phrases assassines, comme par exemple :

"La médecine du travail, et ses composantes essentielles l'ergonomie et l'épidémiologie..."

"...les spécialistes de santé au travail qui ne sont pas médecins..."

Professeur Caillard,
président de la Commission Internationale
de Santé au Travail

"...la médecine du travail, et les autres professions de santé au travail..."

Intervenant

"Notre discipline ne sera une discipline évolutive que si elle est une discipline partagée"

Docteur L. Boitel,
médecin conseil du CISME
et de l'AFOMETRA

"L'institution (des services médicaux du travail), souffre d'un retard important. Il est urgent de mettre en oeuvre des systèmes de fonctionnement cohérents, et cela conformément à l'attente des utilisateurs."

Intervenant

Nous avons donc entendu parler de la Médecine du Travail "new look", et de ses équipes multidisciplinaires :

Les communications concernant l'ergonomie ont débuté par une présentation de la CRAM Nord-Picardie : *"l'ergonomie, une aide à la compréhension et à la transformation du travail".*

Cette intervention en entreprise, d'ailleurs d'un grand intérêt, n'a pas été facturée bien évidemment par la CRAM, mais il eût été très intéressant d'en connaître le coût, certainement élevé et impossible à déterminer en raison du temps passé (long), et du nombre d'intervenants .

L'intervention du Docteur LENA, de Lorient :
"collaboration médecin ergonome: bilan de 16 années dans un service inter entreprise "
a bien précisé que c'est le médecin qui fait intervenir l'ergonome, et qu'il reste maître d'oeuvre. Le travail de l'ergonome semble être le plus souvent de la métrologie.
A la question coût de l'ergonome, il m'a été répondu qu'étant infime, il n'a eu aucune répercussion sur la cotisation, ou le temps médical, le nombre de salariés par médecin étant pour 95 de 2850.
A signaler, il y a 1 ergonome pour 42 médecins : le temps ergonome par médecin est donc inférieur à 5 jours par an. Si l'on ramène ce temps au nombre d'entreprises en charge par médecin, on touche à l'infiniment petit !
Autre communication "binôme médecin-ergonome, la réponse aux attentes de l'entreprise : évaluation de 2 ans d'expérience d'un service inter" par des médecins du SMIT de Meaux.
C'est d'un ergonome consultant qu'il s'agit, l'ergonome étant payé soit à la vacation par le service inter, soit par l'entreprise après acceptation de l'étude par celle ci.

L'étude peut durer de quelques heures à plusieurs mois, et les conclusions ont été signées 14 fois par le médecin, et 5 fois par le médecin et l'ergonome.
Phrases relevées dans cet exposé :
"cette démarche ergonomique est accueillie favorablement dans la mesure où le médecin du travail conseiller de l'entreprise et des salariés, est l'initiateur du projet" et :
" l'ergonome est intervenu en tant que conseil du médecin ".

Impression de congrès :

Impression de rabâchage de la part des officiels (non médecins du travail de terrain dans la majorité des cas), des présidents de séance, de la nécessité d'équipes pluridisciplinaire. Ils la jugent indispensable pour améliorer les conditions de travail, et taisent le vrai (?) motif: diminuer le coût apparent de la médecine du travail.
On ne parle donc pas du financement de cette équipe médico-ergonomique :
- majoration des cotisations en raison du service complémentaire rendu ?
- baisse du temps médical, et donc prise en charge d'un nombre plus important de salariés par le médecin du travail, pour continuer à coût égal ?

Par contre, on ne s'interroge plus sur le responsable de cette équipe: il semble que ce soit le médecin du travail.

Patrice ARTIERES

Encore à l'ordre du jour dans les hôpitaux...

Le 13 décembre 94, l'Assemblée Nationale a adopté un projet de loi légalisant l'exercice, dans les hôpitaux, de médecins titulaires de diplômes étrangers hors Union Européenne.

Pourquoi en est on arrivé là?

La France est dotée de 42 CHU qui ont formé jusqu'à 23000 médecins par an.Un numerus clausus a été institué (pléthore médicale...),et aujourd'hui ce sont 3500 places en deuxième année d'université qui sont offertes chaque année.
Les CHU et les hôpitaux généraux avaient pris l'habitude de fonctionner avec une main d'oeuvre médicale bon marché car en cours de formation: étudiants, internes, chefs de clinique,etc.

Le vide créé du fait du numerus clausus a été comblé par des étudiants ou des médecins titulaires de diplômes étrangers, au nombre de 7900 actuellement.
La solution est elle la légalisation de l'exercice de ces médecins, ou l'adaptation du numerus clausus permettant l'exercice d'une médecine de qualité?
Quelles équivalences de formation pouvons nous accepter?

Cela n'est pas sans nous rappeler le manque de médecins du travail,et les problemes des commissions de qualification sollicitées pour reconnaître la qualité de médecins du travail à certains NON diplômés.

Médecine du travail et fonction publique

le point

La négociation sur l'hygiène, la sécurité du travail et la médecine de prévention dans la fonction publique de l'état, close le 19 juillet 94, a obtenu un accord signé le 28 juillet par le ministère de la fonction publique, André ROSSINOT, et les représentants de toutes les organisations syndicales de fonctionnaires, à l'exception de la C.G.T.

Le protocole réduit l'écart entre l'état et le secteur privé. Il s'applique également aux apprentis et aux bénéficiaires de CES des établissements publics de l'état. Il comporte des dispositions relatives à l'implantation des CHS CT, et définit le rôle de la médecine de prévention.

Le suivi médical des agents est mis en place: visite annuelle obligatoire pour les agents nécessitant une surveillance médicale particulière - postes à risques particuliers - , et pour les autres est prévue une visite tous les cinq ans au moins, garantie qui s'ajoute au droit déjà existant de demander une visite tous les ans.

Une certaine protection de l'emploi doit assurer un exercice indépendant du médecin de prévention.
La rémunération des vacations des médecins est améliorée. Les administrations peuvent conclure des conventions avec les services de médecine de travail.

Souhaitons que l'assujettissement à la TVA des services médicaux du travail ne soit pas un obstacle à ces conventions. Autre risque: la création d'une médecine du travail à deux vitesses...

Le SGMT répond NON

Assurance maladie : la doctrine du CNPF

CONCOURS MEDICAL ,1° juillet 1995

En 1992, le CNPF démissionnait de son poste de vice-président du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie. Les raisons d'abandonner ce poste étaient l'incapacité pour le patronat de peser sur la gestion et les décisions de cet organisme pivot de notre système de couverture des dépenses de santé, et donc d'infléchir la dérive continue de ces dépenses en grande partie supportées par les entreprises.

Le Conseil national du patronat français , constatant que cette décision n'a pas eu les effets escomptés, fait marche arrière, et vient de désigner un vice-président de la CNAM. Cette désignation s'accompagne d'une déclaration qui mérite un examen attentif: le patronat se donne trois ans pour réformer de l'intérieur le système de l'assurance maladie; s'il ne réussit pas, ce système pourrait, estime t'il, imploser.

Après avoir demandé le retour à la parité entre le patronat et les représentants des salariés pour gérer le système, le CNPF pose quatre questions essentielles :

• Quelles sont les dépenses dont la nature implique qu'elles soient remboursables, et qui paiera? Le CNPF fait intervenir les notions de santé (prévenir et guérir les pathologies), de confort et de bien être, la distinction entre les trois devenant encore plus difficile avec le vieillissement. Le CNPF estime cette question fondamentale, et reconnaît qu'elle engendre beaucoup de trouble dans les esprits : on ne peut accepter qu'un malade (pathologie) ayant des revenus faibles ne puisse accéder à la même qualité de soins qu'un patient plus aisé. Par contre, il estime qu'il n'y a rien de choquant à ce que des consommateurs arbitrent leurs dépenses, en consacrant une plus grande part que d'autres à ce qu'ils considèrent comme leur bien-être et leur confort. Il faut cependant noter que, depuis le déplafonnement des cotisations d'assurance maladie, un cadre rémunéré quatre fois le SMIC, paie en réalité sa journée d'hospitalisation ou sa boîte de médicament quatre fois plus cher que la personne touchant le SMIC.

• Quelle doit être l'intervention respective de la solidarité nationale, de l'assurance collective obligatoire, et de l'assurance individuelle facultative?

• Comment maîtriser des dépenses qui doivent être justifiées mais non impérativement limitées?

• Comment responsabiliser les acteurs du système?

Le patronat se propose donc de continuer à réfléchir sur des propositions générales pour une politique de santé plus performante.

A l'intérieur de la CNAM, il estime que trois urgences sont à traiter:

• Remettre de l'ordre dans les transferts entre branches (sécurité sociale, famille, vieillesse, accidents du travail) et autres régimes, le système de l'assurance maladie étant celui qui mélange le plus confusément les notions d'assurance et de solidarité.

• Maîtriser les dépenses

• Clarifier les responsabilités en définissant clairement le champs des responsabilités que l'état entend assumer et le champs de celles laissées aux partenaires sociaux.

Cette clarification étant effectuée, et après être revenu à une stricte parité des conseils d'administration lors du renouvellement prévu début 1996, le CNPF veut que le directeur général de la CNAM soit nommé par son conseil d'administration, et que soit donné a ce conseil un véritable pouvoir de contrôle sur les règles de gestion des caisses régionales et départementales d'assurance maladie.

Médecine du travail : quelle évolution?

Docteur Jacques DELBEY

Le Docteur Jacques DELBEY, membre du bureau national du Syndicat Général des Médecins du Travail, exprime ici son opinion à propos des réflexions et propositions développées au sein de la Commission "Médecine du Travail"[1] du Conseil Supérieur de la Prévention des risques professionels. Nous lui donnons la parole, et attendons vos commentaires

79, 86, 88, les textes réglementaires évoluent, la médecine du travail évolue. Comment pourrait-il en être autrement alors que le monde de l'économie et de la technologie est lui-même en évolution continue, parfois même imprévisible. Mais cette remise en cause quasi permanente depuis 15 ans est-elle indispensable, et surtout va-t-elle dans le bon sens ?

La directive Européenne du 12.06.89

Transposée dans le droit français par la loi du 31/12/91, elle insiste énormément sur la mise en œuvre de la prévention primaire en milieu du travail , à tel point que certains se mettent à imaginer que cela pourrait aboutir dans des conditions techniquement et économiquement réalistes à la suppression des risques, en prenant à témoin les systèmes de santé au travail européens où il n'y a pratiquement pas de médecins du travail.

Certes il est nécessaire et indispensable de faire de la prévention primaire, c'est-à-dire recenser les dangers, pour évaluer les risques et mettre en œuvre la prévention adéquate ; mais nul ne peut affirmer, sauf à être utopique ou malhonnête, que l'on aboutira un jour à ce que toutes les situations de travail soient sans risque.

Car Quid ?

Quid des nouvelles techniques, des nouveaux produits ? Aucune méthode actuelle ne permet d'en déterminer par avance tous les effets.

Quid de l'organisation ? Car c'est elle qui réduit les effectifs, supprime les activités annexes (services, formation, entretien, etc...) supposées non rentables, augmente la charge de travail, accélère les rythmes et crée de nouveaux risques.

Mais surtout quid du facteur humain? Le système français de santé au travail s'intéresse trop à l'individu lui reproche-t-on parfois. Et pourtant qui concevra et utilisera les moyens de prévention primaire, si ce n'est lui ? Qui appliquera les procédures, si ce n'est lui ? Et qui au final sera, par la pathologie traumatique, psychiatrique, toxique qu'il présentera, le reflet des dysfonctionnements des organisations et des techniques, si ce n'est lui ? Et qui est le mieux placé pour s'occuper de l'homme au travail, si ce n'est le médecin du travail !

Des propositions hypocrites

Désormais le Code du Travail précise que : "le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement..." (art. L 230.2.I). Il ajoute : "...le chef d'établissement doit..."

a) évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs...", mais aussi

b) "lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, prendre en considération les capacités de l'intéressé..." (art. L.230.2.III).

Mais comment mettre en œuvre ces obligations réglementaires ? L'article 13 du décret du 28.12.88 avait déjà anticipé en incitant les services de Médecine du Travail à créer des équipes pluridisciplinaires. Or ce dispositif n'a été que peu utilisé; les services de Médecine du Travail n'ont pas pu ou pas voulu mettre en application car "son utilisation entraînait des coûts supplémentaires" (2).

Le principe est cependant intéressant car : "une meilleure adéquation des services proposés par la Médecine

du Travail aux entreprises nécessite un enrichissement des compétences techniques extramédicales des services de Médecine du Travail" (2) "... de manière à répondre au mieux aux attentes des entreprises..., en tenant compte des compétences dont disposent les services de Médecine du Travail..." (2).
Reste cependant une préoccupation essentielle : "or, il est clair que, dans le contexte économique actuel,... notre système de santé au travail devrait être redéployé à coût au plus constant"(2).
La solution ? Il suffirait d'y penser : récupérons du temps médical. Comment et pourquoi ? Et bien en partant d'un constat qui sert d'alibi: "le manque de médecins du travail... est évalué par le Ministère du Travail à environ 600 médecins en 1994" (2) il suffirait d'augmenter les effectifs surveillés et de réduire le temps consacré aux missions en milieu de travail.

(2) en comptes-rendus de la Commission "Médecine du Travail" du Conseil

Manque de médecins?

Il existe un important réservoir de C.E.S. de Médecine du Travail parmi les médecins libéraux diplômés avant 1980. Encore faut-il les attirer vers cette spécialité ! Comment un médecin pouvant gagner de 40 000 à 50 000 francs nets par mois pourrait-il accepter facilement de redescendre du jour au lendemain au salaire de l'échelon 1 de la convention de 1986 ?
"On n'attire pas des mouches avec du vinaigre !". Il n'est pas possible d'admettre une convention avec une indexation aussi aléatoire (+0,20 % en 94, +0,36 % en 95), qui incite les services dont les salaires sont au-dessus du minimum à les redescendre progressivement, qui plafonne l'ancienneté à 15 ans, qui ne réprend pas en compte les années d'ancienneté, donc d'expérience, lors d'un changement de service.
La formation actuelle des D.E.S. de Médecine du Travail est insuffisante en nombre de diplômés car elle passe par l'internat et son numérus clausus, et peu motivante quant à l'avenir pour des "Bac + 10" interdits, en cas de perte d'emploi (par suite de récession économique ou... de désaccord avec l'employeur), de reclassement dans un autre mode d'exercice, la médecine générale notamment.
La réglementation européenne concernant la délivrance des diplômes de médecins spécialistes n'impose pas le passage par l'internat mais un temps de formation suffisant. Pourquoi dans ces conditions ne pas créer un CES/DES qui s'obtiendrait par deux années de formation à temps-plein après les deux années de résidanat, les deux premières années du DES actuel n'étant faites que de stages hospitaliers et la formation "généraliste" préparant mieux aux problèmes pathologiques que le Médecin du Travail rencontrera dans sa carrière ?

Augmentation des effectifs à surveiller

Voilà longtemps que l'on parle de la remise en cause de l'article R 241.32 du Code du Travail. Dans quel but ? Ne serait-ce pas tout simplement pour officialiser et légaliser une pratique courante dans les services interentreprises consistant à ne pas tenir compte des différentes catégories de travailleurs dans le calcul du temps médical ?
Selon quel mode de calcul ? Les propositions patronales sont encore floues, mais elles considèrent souvent comme normal un effectif de 3 000 salariés à surveiller pour un médecin temps-plein ; autrement dit ouvrier = employé = 20 salariés/heure-médecin, compte tenu que le ministère lui-même estime que les "surveillance médicale particulière" doivent être estimés en moyenne à 15% des effectifs.
Mais ce n'est pas tout car cet effectif de 3 000 salariés ne serait que la base d'un nouveau calcul qui par la réduction du tiers-temps (33%) au quart-temps (25%) pour les uns (CNPF) ou par la visite annuelle tous les deux ans pour les autres (CGPME) porterait l'effectif à 3 400 ou 4 500 salariés.
Soit au total plus de problèmes à résoudre, d'entreprises à surveiller, d'études de postes à réaliser, de fiches d'entreprise à rédiger, de réunions de CHSCT... et moins de temps. A quoi veut-on aboutir ? A dire que le médecin du travail (parce qu'il n'en a pas les moyens) ne remplit pas son rôle? et donc finalement qu'il ne sert à rien... donc qu'il faut le supprimer?

Economie de personnels, économie budgétaires

Dans tous les cas de figure l'augmentation du nombre de salariés surveillés par un médecin temps-plein entraînera, mais ne serait-ce pas le but recherché, une diminution du nombre de médecins dans les services de Médecine du Travail, et par ricochet du nombre d'auxiliaires (art. R 241.38 du Code du travail).
A titre d'exemple pour un effectif-médecin actuel de 3 000 salariés (et c'est déjà trop !) un service de Médecine du Travail employant 24 médecins à temps-plein n'emploierait plus que 21 dans le premier cas (effectif : 3 400 salariés) et 16 dans le second (effectif =

4 500 salariés) soit 3 ou 8 médecins en moins et autant de secrétaires. Dans tous les cas les services qui ne manquent pas de médecins actuellement (il y en a...) licencieraient. Dans le premier cas, à condition d'être mobiles on peut penser qu'avec le déficit existant tous retrouveront du travail, mais garderont-ils leur ancienneté, on peut se poser la question.

Dans le second cas (réduction de 33 % du nombre de médecins nécessaires) le déficit actuel sera plus que comblé et certains iront pointer au chomage...
Economies de personnels, économies budgétaires. Quand on sait que les frais de personnel représentent au minimum 80 % des dépenses d'un service de médecine du Travail, service dont les frais de fonctionnement ne sont pas exorbitants (0,40 % de cotisation en moyenne contre 1,5 %, 2 %, 3 % voire plus de cotisation AT/MP), on voit tout de suite l'économie réalisée.

L'évaluation des risques professionnels aux frais de la médecine du travail

Que faire de cet argent économisé sachant que l'on resterait (théoriquemen) à coût constant "au plus" ? On engagerait des professionnels en santé au travail, technicien ou ingénieur, appelés techniciens qualifiés de santé (TQS), Intervenant en santé au travail (IST) ou Assistants de santé en milieu du Travail (ASMT) selon les propositions à raison de 1 pour 7 médecins (effectif : 3.400 salariés) dans un cas, 1 pour 2 médecins (effectif: 4 500 salariés) dans l'autre cas.
Pour le CNPF il s'agirait dans un premier temps de remplacer les médecins au niveau de la métrologie. Mais celle-ci occupe-t-elle réellement 8 % (33 % - 25 %) de notre temps ?
N'est-elle pas plutôt un élément parmi d'autres d'une étude de poste ? On peut cependant constater qu'à ce niveau de "compensation du temps médical" le coût ne sera pas égal mais inférieur, où passera la différence ?
Pour la CGPME les objectifs paraissent plus clairs. "L'IST pourrait intervenir dans tous les domaines relevant de sa compétence et du domaine extra-médical." "elle (son action) doit être en mesure de constituer une source de conseils - nouvelle et utile" pour l'entreprise adhérente au service de médecine du Travail". (2) etc.
Que sommes-nous tentés d'en penser ? Pourquoi ce propositions? Rappelons-nous les termes de la loir du 31.12.91.

Une obligation morale, pour certains, est devenue une obligation légale pour tous, avec les conséquences juridiques et pécuniaires que cela peut impliquer. L'employeur est désormais tenu dans son entreprise de procéder à une évaluation des risques et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs. D'autres textes pris en application de l'article L 231.2 du Code du Travail (plomb, benzène, bruit, amiante, etc) sont encore plus contraignants. Tout cela a nécessairement un coût. Comment financer ? La solution imaginée est facile à comprendre ; en supprimant certaines catégories de personnels dans les services de médecine du Travail on embauche des technicines et l'on fait ainsi financer par la Médecine du Travail TOUTE la prévention des risques professionnels dans les entreprises. CQFD ?

Sommes-nous opposés à la pluridisciplinarité ?

Le médecine du Travail n'est pas omnivalent. Il a besoin de professionnels qui sont plus compétents que lui dans certains domaines, qui maitrisent des techniques et des matériels sophistiqués, qui lui permettent de disposer de temps pour d'autres missions en milieu de travail que la métrologie ou les études de poste (fiche d'entreprise, rapports, réunions de CHSCT, formation à la sécurité et/ou aux premiers soins, éducation sanitaire, enquêtes ...).
Il n'y a donc pas antagonisme mais complémentarité.
A certaines conditions cependant! Que les rôles et responsabilités de chacuns soient bien définis. Que pour ce qui concerne la prévention médicale le médecin du Travail reste le maître des orientations, et le destinataire de toutes les études concernant le milieu de travail.
Le médecin du Travail ne saurait également être tenu pour responsable des mesures effectuées ou des actions pratiquées, cette responsabilité devant être assumée par l'interessé ou l'organisme qui l'emploie.
Il serait également indispensable de définir les compétences requises pour la pratique de ces interventions. Il ne s'agit pas en effet de voir certains services essayer de profiter d'une telle possibilité pour reclasser des personnels en "Assistants de santé en milieu de travail".

Une concertation pourrait utilement s'engager entre tous les professionnels concernés. Ingénieurs et techniciens de sécurité, hygiènistes du Travail, infirmiers, assistants sociaux, ergonomes, toxicologues... et médecins du Travail.

A coût global au plus constant

Mais qu'est-ce que le "coût constant" ? Il n'existe pas encore en France de "coût de référence" de la médecine du Travail. Des

disparités, parfois énormes, existent entre les services qu'ils soient autonomes ou interentreprises.
Dans les services interentreprises la cotisation est appelée per capita ou en pourcentage de la masse salariale. Elle peut varier ou non avec la catégorie professionnelle des salariés, avec le type de centre dans lequel se déroulent les examens, prendre en compte ou non le coût des examens complementaires, etc.
Pourquoi un service dont la cotisation est calculée au plus juste, saurait-il par les réformes qu'on nous propose, offrir des prestations supplémentaires ? Il y a trop de petits services interentreprises en France, et le CNPF devrait le savoir car pour mettre en application sa proposition d'embauche à temps plein d'un "assistant de santé en milieu de travail" il faut en "récupérant" 8/1000 de temps par médecin que le service emploie 12,5 médecins à temps-plein soit environ 35.000 salariés à surveiller répartis sur 2 secteurs géographiques ou professionnels. Peut-être faudrait-il d'abord "restructurer" la médecine du Travail avant de se plaindre de son fonctionnement ?
Mais pourquoi la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de médecine du Travail devrait-elle se faire nécessairement sans une augmentation des coûts de fonctionnement ? Autrement dit ne peut-on la faire autrement que "sur le dos des personnels" ?
De tout temps certaines entreprises conscientes de l'intérêt de cette démarche ont pris l'habitude de faire effectuer une analyse préalable des risques, en interne ou par des organismes extérieurs.
Pourquoi la prise en charge de telles études par le service de médecine du Travail reviendrait-elle plus chère ? Il ne s'agirait que d'un transfert.
Car quand une entreprise se plaint, par exemple, du "coût" de son infirmière elle oublie de considérer que toutes les fonctions qu'elle remplit (convocations et secrétariat de médecine du Travail, gestion administrative des accidents du travail, mutuelle, assistanat social, premiers soins, transports sanitaires, etc) devraient, en son absence, être assumées par d'autres.
Et puis prend-on en compte les économies que les actions pluridisciplinaires de prévention pourraient faire réaliser à une entreprise ? Meilleure prévention, meilleure sécurité, meilleure santé conduisent à moindres incidents techniques, meilleure ambiance, meilleure qualité du travail fourni, diminution de l'absentéisme, réduction des taux de cotisation AT-MP etc. Au total on serait plutôt tenter de parler de "bénéfices" pour l'entreprise que de "coûts".

Une attitude ambigue du ministère

Ne donne-t-il pas l'impression d'apporter de l'eau au moulin des "réformateurs" ?
La formation initiale entretient la pénurie. Elle ne forme pas assez de diplômés parce que le nombre de places offertes est insuffisant, et le statut de spécialiste en Médecine du Travail précaire, nous l'avons déjà dit. Fallait-il vraiment remplacer le CES par l'internat ? Pourquoi n'a-t-on pas poursuivi le concours "européen" ? Pourquoi continuer un mode de formation qui a montré ses insuffisances ?

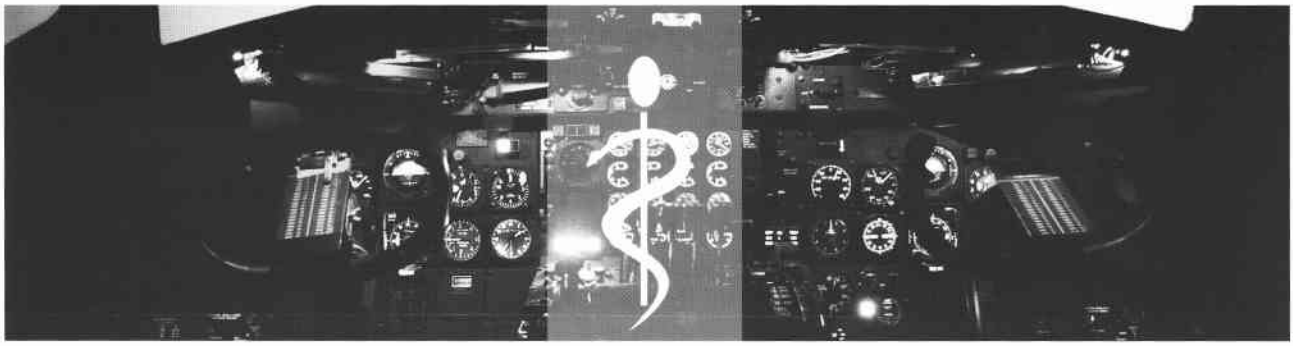
Les effectifs que chaque médecin doit surveiller sont surévalués. La circulaire du 29.12.93 conseille un seuil de 15% de "surveillance médicale particulière" au-dessus duquel il n'y aurait pas lieu de contrôler.
Elle estime aussi que le médecin du Travail doit procéder à "au moins une visite complète des lieux de travail au cours des douze mois écoulés... dans toutes les entreprises, même de petite taille" ce qui est matériellement irréalisable compte tenu de toutes les obligations mises à la charge du médecin du Travail ces dix dernières années (fiche d'entreprise, rapport annuel-pléthorique), plan d'activité, étude de poste systématique avant décision d'inaptitude, participation souhaitée à enquête (SUMER 94), etc) et du nombre d'entreprises à visiter dans certains services interentreprises.
Est-ce pour jeter le discrédit sur l'action du médecin de travail ?

en guise de conclusion... provisoire

L'article 1er, paragraphe 3, de la directive Européenne 89/391/CEE du 12.06.89 stipule : "la présente directive ne porte pas atteinte aux dispositions nationales et communautaires, existantes ou futures, qui sont plus favorables à la protection de la santé et de la santé des travailleurs au travail".
Nous ne sommes pas pour l'immobilisme. La médecine du travail, comme les autres structures de la société, doit évoluer. Mais évoluer c'est regarder vers l'avenir, c'est investir sur le long terme. L'unité de temps du médecin du Travail c'est la vie et la pathologie professionnelle (se reporter aux délais de prise en charge des maladies professionnelles indemnisables) est là pour le prouver. Les entreprises ont souvent des objectifs à plus court terme. Mais pourquoi réussite économique et santé de l'homme au travail seraient-elles incompatibles?

Docteur Jacques DELBEY

Tableau de bord



CONSOMMATION

Octobre 1995 :	-4,3 %
Novembre 1995 :	+4 %
Novembre 1994 à novembre 1995 :	+1,4 %

Commentaire :

La consommation des ménages s'est redressée en novembre, après une forte baisse en octobre (due en partie à un nombre de jours ouvrables plus faible, des conditions météorologiques défavorables aux dépenses d'habillement).

Tous les secteurs ont bénéficié de cette reprise.

Cependant, pour la plupart des produits, la hausse constatée par l'INSEE "correspond à un retour à un niveau de consommation proche de celui constaté avant le recul sensible d'octobre".

Ce rebond ne permettra probablement pas de compenser les médiocres résultats attendus pour le mois de décembre et qui intégreront l'impact des conflits sociaux.

INFLATION

Novembre 1995 :	+0,1 %
Variation sur un an :	+1,9 %
Moyenne annuelle en 1995 :	environ +1,7% (comme en 1994)

Commentaire :

Les prix de l'alimentation sont ceux qui ont le plus augmenté au cours du mois de novembre, ceci en raison de la forte hausse des prix de produits frais.

En revanche, les prix des services publics ont baissé en raison de la diminution saisonnière des prix de transports maritimes.

Sur l'année, il apparaît que les deux points supplémentaires de TVA instaurés au mois d'août n'auraient eu que peu d'effet sur l'indice des prix (faiblesse de la demande, baisse des marges des producteurs et des distributeurs).

ECHANGES EXTERIEURS

Octobre 1995 :	5,9 MdF
Septembre 1995 :	7,5 MdF
Excédent cumulé des trois premiers trimestres :	79,3 MdF (56,5 MdF en 94)
- exportations :	- 3,8%
- importations :	- 2,3%

Commentaire :

L'excédent des échanges en produits manufacturés diminue notamment dans la branche des biens d'équipement professionnel.

Les importations en produits manufacturés sont en repli, en particulier dans le secteur automobile et matériel de transport terrestre.

Les exportations manufacturées sont également en baisse, et plus particulièrement dans les secteurs des biens d'équipement professionnel et des biens de consommation courante. L'excédent avec l'Union européenne se replie avec des flux orientés à la baisse.

L'amélioration d'une année sur l'autre est le résultat d'une progression plus rapide des exportations que des importations. Cependant, en volume, les exportations augmentent moins vite qu'en valeur, alors qu'à l'inverse les importations sont bien supérieures en volume qu'à ce qui apparaît en valeur. Ceci est dû au fait que le taux de change effectif du franc a connu une hausse d'environ 4% en 1995. Il convient donc de relativiser la contribution positive des échanges extérieurs à l'activité économique.

L'EMPLOI

Créations d'emplois dans le secteur marchand non agricole au 3éme trimestre :

+0,1%, soit 15 000 emplois nets créés (63 000 au 2éme trimestre : +0,4%).

Sur un an : +1,3%, soit 177 000 emplois supplémentaires.

Commentaire :

Le bâtiment accuse le ralentissement le plus sensible.

Des destructions nettes d'emplois ont lieu également dans l'industrie, secteur qui avait pourtant retrouvé quelque dynamisme les deux trimestres précédents (+0,3%, +0,5%), notamment dans l'agro-alimentaire et l'énergie. Cependant, les secteurs liés à l'investissement des entreprises restent créateurs d'emplois, ce qui est un signe rassurant.

Le tertiaire ne crée à son tour presque plus d'emplois, en raison notamment du ralentissement des créations d'emplois dans les services aux entreprises (intérim) et des fins de "contrats à durée déterminée".

Il apparaît que le net ralentissement de l'activité observé depuis le printemps s'est répercuté très rapidement sur l'emploi.

Source : Service Economique CFE-CGC