



www.medecinedutravail-syndicat.org



N°39

SOMMAIRE



Santé au travail : réforme & menaces

- 2 La position du syndicat dans les négociations pré-réforme
- 8 "La vraie menace sur le système de santé" de Dr Pierre GIRAULT
- 15 "Réflexions sur le progrès et la qualité" de Dr Philippe POUCHOLLE
- 20 La lettre du SGMT au CNOM
- 23 Bulletin d'adhésion

L'espace du Médecin du Travail, revue trimestrielle du SYNDICAT GENERAL DES MEDECINS DU TRAVAIL "SGMT"

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Bernard Salengro

COMITÉ DE LECTURE

Claudine Casagrande, Martine Delherm, Henri Kirstetter, Jean Nœuveglise, Patrice Fortin

RÉDACTION

"L'espace du Médecin du Travail"
SGMT, 39, rue Victor Massé - 75009 Paris
Tél. : 01 48 78 80 41
Fax : 01 40 82 98 95

PUBLICITÉ

Régies Cadres
Laurence Verrecchia
59-63 rue du Rocher - 75008 Paris
Tél. : 01 55 30 12 89
regie@cfecgc.fr

CONCEPTION-MISE EN PAGE

Ça Imprime ! - Tél. : 09 72 98 50 63

IMPRESSION

Groupe Imprimerie La Fertoise - ZA La Cibole - BP 115 -
72405 La Ferté-Bernard Cedex - Tél. : 02 43 93 00 05
Crédit photo : www.fotolia.com
Le service de cette revue est assuré à tout adhérent du SGMT
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 1996
Commission paritaire : CPPAP N°0908 S 06450

ABONNEMENT

Abonnement annuel : 50 euros
Le numéro : 15 euros

Si vous ne souhaitez plus recevoir cette revue, nous vous prions d'en faire part à la rédaction en joignant l'étiquette d'expédition.

Les articles publiés dans le cadre des Tribunes Libres ne sont en aucun cas l'expression officielle du Syndicat et n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Ils sont les témoins du dialogue que nous voulons créer de manière permanente avec nos lecteurs.

DECLARATION PRELIMINAIRE DE LA CFE-CGC

LE CONTEXTE

Un besoin croissant

Les salariés ont de plus en plus besoin d'appui afin de préserver leur santé au travail, ils ont besoin d'un système efficace, crédible et fiable, il y a beaucoup à faire.

Les évolutions considérables des techniques de plus en plus précises et exigeantes, les matériaux tous les jours nouveaux et mal connus, les techniques de management de plus en plus efficaces au prix d'une intrusion dans la zone intime des personnes s'accompagnent de plus en plus d'effets collatéraux très prégnants et très coûteux humainement !

Un chantier en évolution continue

C'est dans ce contexte que l'on rouvre le chantier de la santé au travail, chantier régulièrement ouvert et recouvert à chaque fois d'une réglementation toujours plus lourde dont le

au travail de nuit la protège-telle des effets pathogènes du non respect des rythmes circadiens, cela satisfait le politique !

Déjà lors de la refondation sociale, les partenaires sociaux avaient ils essayé d'investir ce champ notamment par la création d'institutions telles que les ORST et les commissions paritaires locales... Avec le pauvre succès que l'on connaît : des commissions paritaires locales, il n'y en eu quasiment pas, quant aux ORST la sécurité sociale y a posé sa grosse et lourde patte !

La légitimité des partenaires sociaux, employeurs et salariés

Et pourtant, n'y-a-t-il pas un domaine où les partenaires sociaux soient plus légitimes à s'investir, rappelons que la naissance de ceux-ci s'est faite tout d'abord avec les problèmes de santé des salariés, historiquement.

Les employeurs sont concernés au premier chef de par leur responsabilité d'ordonnateur, mais également de par leur intérêt car on ne produit bien que lorsque les salariés sont en bonne santé !

Les salariés sont concernés tout d'abord par le lourd tribut qu'ils paient dans leur corps et leur esprit, mais également parce que ce n'est pas non plus leur intérêt.

Les rapports s'accroissent

La situation actuelle est particulièrement contradictoire et étonnante : tout le monde semble partager la nécessité d'une prévention efficace, crédible et fiable ; les rapports s'accroissent et presque tous les six mois sort une nouvelle réflexion fort bien documentée sur ce qu'il faudrait faire. Tout a été dit ou presque et pourtant nous sommes devant une situation particulière avec un ministre sur le départ qui nous laisse des solutions qu'il prendrait à défaut d'un accord entre les partenaires sociaux !

premier objectif semble plus la protection des politiques et des responsables gouvernementaux que de l'efficacité opératoire !

En quoi le fait de revoir tous les six mois une personne exposée



La situation semble facile, il suffit de regarder le quasi consensus de l'excellent rapport du comité économique et social qui a bénéficié d'un très large soutien et d'aucune opposition! Ses solutions ont l'intérêt d'envisager beaucoup des difficultés actuelles et en particulier de débloquent sérieusement la situation, mais nous savons bien que l'engagement dans un rapport du CES n'a pas la même prégnance que l'engagement dans une négociation telle que celle-ci.

UNE RÉPONSE AUX PROPOSITIONS DU MINISTÈRE

Un contexte d'urgence

Dans la situation actuelle, il semble prioritaire de donner un avis circonstancié aux propositions du ministère, faut-il les accompagner ou non ? Il est urgent de se prononcer d'abord à ce niveau pour les accompagner ou les arrêter!

Dans le contexte actuel, retarder et se lancer dans un processus faisant perdre du temps équivaldrait à déstabiliser la protection de la santé des salariés et cela la CFE-CGC ne l'accepterait pas et le dénoncerait!

Pour la CFE-CGC, le ministère a raison dans sa démarche, d'abord pour le respect des partenaires sociaux, on l'a suffisamment demandé mais surtout la situation exige des mesures immédiates et rapides.

Si la CFE-CGC approuve la méthode et la pression elle a quelques commentaires sur certaines propositions :

1• La suppression de la visite médicale régulière

Si l'on partage la nécessité d'une plus grande efficacité du système en direction des causes plutôt que de la constatation des effets.

Si l'on partage l'idée d'un recentrement de l'activité des médecins du travail de l'examen et du conseil des personnes



au profit d'une activité d'examen et de conseil des conditions de travail avec les équipes qui les accompagnent, on estime nécessaire de conserver la rencontre régulière de tous les salariés avec le médecin du travail.

Il ne faut pas tomber d'un excès à l'autre, l'intérêt pour la prévention du système de la médecine du travail est de faire le lien, la jonction, l'interface entre les personnes, leur état de santé, mais également le vécu qu'ils expriment par rapport à leurs conditions de travail.

Pour la CFE-CGC, la multiplication des différentes situations selon que l'on travaille de nuit, que le salarié est déclaré SMR (Surveillance Médicale Renforcée) ou pas, entraîne une complexification sans grand intérêt pour le suivi des personnes et qui est très chronophage, sans parler de l'insécurité juridique pour tous.

Dans ces conditions, la CFE-CGC préconise, à côté des visites d'embauche et de reprise, une visite médicale régulière pour tous, tous les deux ans.

2• La suppression de la fiche d'aptitude

De nombreuses campagnes de presse se sont attaquées à la fiche d'aptitude porteuse de tous les maux, en particulier

elle aurait été le mal originel, pétainiste, de la médecine du travail !

C'est une vision myope qui a oublié que la fiche d'aptitude est un acte médical comme un autre et de ce fait soumis à l'éthique et à la déontologie !

C'est oublier ce que démontrent des pans entiers de jurisprudence et l'expérience de nombreux médecins du travail, la fiche d'aptitude a de multiples intérêts dont celui essentiel de protéger la personne au travail:

- La protéger au niveau des conditions de travail car elle permet de provoquer des reclassements et des aménagements de poste
- Mais également la protéger au niveau de son intimité et de sa confidentialité médicale. Il existe de nombreux pays où l'on se met à nu médicalement au niveau de l'entreprise et il est compris de bonne gestion pour l'employeur de s'en préoccuper comme il se préoccupe de la maintenance de ses machines ! Le risque de réification n'est plus loin. ce n'est pas l'option de la CFE-CGC.

La CFE-CGC est pour le maintien de cette fiche d'aptitude pour tous et renouvelée lorsque de besoin.

3• La suppression de la procédure d'agrément par l'Etat au profit d'une certification et d'une contractualisation régionale.

On constate dans plusieurs domaines cette volonté de retrait de l'Etat, notamment dans le cadre de la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) on en a eu des exemples au conseil supérieur de la prévention.

Ce dégagement de l'Etat ne doit pas être seulement vu du côté économique, il représente un désengagement de la responsabilité in fine de l'Etat que les juges ont particulièrement pointé à l'occasion de l'amiante.



Actuellement l'Etat, par l'intermédiaire du Directeur régional du travail, aidé du médecin Inspecteur du travail, engage tous les cinq ans la responsabilité de l'Etat en actant la conformité du service de santé au travail aux préconisations légales. Ce n'est pas par la suppression du gendarme que les accidents baissent, la réalité le démontre tous les jours.

De plus, si la santé au travail doit être à la main des partenaires sociaux, elle ne peut s'exercer que sous le regard et la caution de l'Etat responsable in fine!

La CFE-CGC n'est pas favorable à la suppression de l'agrément par l'Etat.

4• La sous-traitance de certains actes médicaux à des infirmières

On comprend la logique de cette démarche, non seulement l'économie, le comptable coûte moins cher que l'expert comptable, mais cela permet de répondre au manque attendu et dénoncé depuis longtemps de médecins du travail.

Cette proposition correspond à la conception d'un système de

santé au travail médico-centré et répond au souci des responsables de services de mettre en place une prestation, quelle que fut sa qualité, pour conserver l'apparence d'une réponse aux cotisations des entreprises.

Cette réalisation ne correspond pas à la conception que l'on a de recentrer l'activité sur l'analyse et le conseil pour les conditions de travail.

De plus, elle ne correspond pas à la nécessité primordiale de faire le lien entre les constatations des effets sur les personnes et des constatations sur les conditions de travail.

Cette proposition ne tient pas compte de la formation des infirmières qui n'ont pas la connaissance, ni de la séméiologie, ni des pathologies. Leurs rôles dans le milieu thérapeutique étant plus centrés sur des actes thérapeutiques mais, en aucun cas, sur la réalisation de diagnostic qui est le coeur de métier du médecin.

Sans insister sur l'insécurité juridique et les récentes affaires interpellant médecins et employeurs qui démontrent la gravité des responsabilités.

Cette position de la CFE-CGC n'est pas une opposition à la nécessité d'aides aux médecins, loin s'en faut, mais pas pour la partie diagnostic. Par contre, indiscutablement les médecins ont besoin d'aides au niveau administratif, ergonomique, toxicologique, épidémiologique et également au niveau de l'analyse des mouvements avec des kinésithérapeutes ou du reclassement par des assistantes sociales spécialisées comme le spécifie le rapport Gosselin.

La CFE-CGC n'approuve pas la proposition de délégation d'actes médicaux aux infirmières, mais réclame la présence d'autres professionnels partageant la même éthique et la même indépendance.

5• La collecte des cotisations par l'URSSAF

Cette proposition du ministère est très intéressante et répond au problème qui est souvent retrouvé d'utilisation des fonds collectés à des usages ne correspondant pas à l'objectif officiel des services de santé au travail.

Cependant, si le problème est réel, la solution n'y répond pas, de plus on connaît les besoins financiers de l'Etat qui n'est pas exempt de toute tentation de répondre à des besoins qu'il juge plus urgents avec des fonds dont ce n'est pas l'objet affecté.

La CFE-CGC est très attentive aux solutions à trouver pour répondre à la nécessaire transparence et à la parfaite adéquation des moyens aux objectifs, le problème se situant plus au niveau de l'utilisation des fonds qu'au niveau de la collecte. La CFE-CGC préconise des services de santé au travail d'une masse critique suffisante et bénéficiant d'une réelle gestion paritaire avec alternance de la présidence.

La CFE-CGC approuve le souci du ministère d'une transparence dans l'utilisation des fonds, mais opte pour la gestion réellement paritaire et régionale plutôt que par le biais d'une collecte des fonds par l'URSSAF.

6• Le transfert de la responsabilité de la désignation des personnes exposées au médecin

Une des propositions est de dire que c'est le médecin du travail qui décide de la fréquence de la surveillance médicale en fonction des expositions qu'il détecte. Ce transfert de responsabilité d'indiquer qui est exposé présupposerait un pouvoir d'investigation et une responsabilité qui relèvent de l'employeur plus que du médecin! Cette mesure ne paraît pas faciliter la surveillance médicale et surtout s'appuie sur des caractéristiques de rôle qui sont celles de l'employeur et non du médecin!

La CFE-CGC approuve l'idée que le médecin du travail puisse déterminer une périodicité de surveillance, mais désapprouve l'idée que le médecin détermine qui relève de telle ou telle exposition et par voie de conséquences de la désignation en SMR.

LES PROPOSITIONS DE LA CFE-CGC POUR UNE NOUVELLE GOUVERNANCE

Pour la CFE-CGC, le maintien du système actuel ne peut avoir notre approbation telle quelle, le retard de nouvelles structurations du système équivaldrait au consentement du dépérissement de cette protection des salariés à laquelle elle est très attachée et dont elle réclame la dynamisation.

La gestion paritaire avec alternance de la présidence



Pour la CFE-CGC, une gestion paritaire avec alternance se justifie complètement. Les partenaires sociaux sont les mieux à même de gérer cette institution, ils en paient le prix fort par l'enjeu de leur santé mise en cause.

Il faut cependant apporter des précisions : il faut que les représentants des organisations de salariés soient nommés et dénommés par les organisations représentatives.

De même, il est évident que ceux ci doivent bénéficier de statuts, de moyens à la hauteur de leur importante mission. Un exemple nous est facilement donné avec la formation actuelle de ces représentants qui, actuellement, sont formés par les services et, de ce fait, manquent de distance pour tenir correctement leur rôle.

Il est évident pour la CFE-CGC qu'ils doivent être formés régulièrement dans le cadre des centres de formation de leurs organisations syndicales.

Une masse critique suffisante pour permettre une meilleure pluridisciplinarité et une gestion plus économe

Pour la CFE-CGC, rien ne se réalisera sérieusement sans cette modification de gouvernance qui doit s'accompagner de services ayant une masse critique suffisante, l'échelon régional paraissant être optimal. Cette taille permet de construire des équipes pluridisciplinaires sérieuses, équipées et indépendantes, l'actualité de licenciements un peu rapides d'IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels) en démontre la brûlante actualité !

Cette taille permettant enfin de dégager des moyens pour la prévention et le reclassement, une étude réalisée il y a une quinzaine d'années avait évalué le gain de ces rapprochements à environ 30% du coût général.

Interpeller l'Etat sur sa responsabilité de former suffisamment de professionnels en santé au travail

Enfin, il y a le problème de la démographie médicale, les responsables politiques avaient fait l'analyse qu'en diminuant la ressource médicale ils diminueraient les dépenses de l'assu-

rance maladie. Cette conception malthusienne et erronée fait la preuve de son erreur par le manque de la ressource médicale qui commence à émerger çà et là.

La Commission européenne évoque également ce problème dans le récent Livre vert qui vient de sortir sur les professionnels de santé qui commencent à manquer en Europe. On peut noter également que la Commission met l'accent sur les besoins en santé au travail.

A cela, il faut ajouter les conceptions universitaires qui ont abouti à créer des tunnels de formation élaborés de telle sorte que les reconversions d'une spécialité à l'autre sont beaucoup plus compliquées, obligeant pour les médecins tentés par l'exercice de la médecine du travail à reprendre un cursus particulièrement long et inutilement éprouvant au niveau financier.

La CFE-CGC préconise d'interpeller l'Etat au niveau de sa responsabilité de fournir la ressource médicale nécessaire. Il faut développer la formation initiale en adaptant le numerus clausus, faciliter la reconversion et supprimer les contraintes d'exercice exclusif.

Une réforme rendant plus attractif cet exercice, notamment en permettant aux médecins de consacrer plus d'activités à modifier les situations de travail plus qu'à en constater les effets renforcerait l'attractivité de cet exercice.



LA VRAIE MENACE SUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ : LA PÉNURIE DE MÉDECINS

Une fois de plus, comme presque chaque année, le Gouvernement prépare une nouvelle loi sur le système de santé et l'assurance maladie.

Une fois de plus, on traite le problème sur le plan comptable et du financement et non des besoins, à part quelques mesures de rationalisation.

Mais les politiques, constamment suivies par les gouvernements de gauche, comme de droite, aboutissent au vrai problème qui menace notre système de santé, considéré, jusqu'à présent, comme un des meilleurs du monde : la pénurie de médecins et ses conséquences, les listes d'attente, des médecins surchargés et une dispersion des soins par transferts successifs à des professionnels moins formés.

D'où, l'autre vrai danger : la désattractivité de la profession médicale pour les jeunes.

Car, dans un premier temps, après 46, l'idée des gouvernements était de limiter les dépenses en formant beaucoup de médecins, pour que la concurrence fasse baisser les honoraires.

Puis, ce fût l'idée inverse : si les dépenses augmentaient, c'était qu'il y avait trop de médecins.

D'où le résultat actuel : 20 % de médecins en moins, dans quelques années, alors que la population a augmenté de 10 % et que la féminisation de la profession, l'attrait du salariat avec des horaires de travail plus raisonnables, nécessiteront plus de médecins.

Plus de médecins réglerait bien des problèmes de déserts médicaux, de fuite de certaines spécialités, de délais d'attente, etc.

Une récente enquête du Figaro Magazine, reprenant les tra-

voux de l'Ordre, soulève enfin les problèmes du malaise des médecins et, pour y remédier, on fait appel à des médecins étrangers, de formation variable, et qui vont manquer à leurs pays.

Si l'on parle du revenu des médecins, on ne les compare jamais avec le nombre d'heures auxquels ils correspondent.



Si l'on ajoute la multiplication des contrôles, des tâches administratives, des procédures judiciaires, des attaques dans les médias, on comprend que des jeunes craignent de ne plus trouver dans la médecine le rôle traditionnel du médecin fait de science, d'expérience, d'humanisme et de social.

Certains remettent même en cause la possibilité de maintenir notre système de santé actuel. Or, cette protection est indispensable compte-tenu de l'évolution de la médecine et de la société. Les prestations actuelles peuvent être maintenues. Mais il faut, au préalable, remettre à plat les nombreuses confusions maintenues dans la philosophie et les principes de notre protection sociale.

Ces confusions concernent, notamment, les notions

- 1• d'assurance, de solidarité, d'assistance, de pouvoirs d'achats, de redistribution des revenus ;
- 2• de service public et de service de droit public, de la nature publique ou privée des sommes consacrées à la protection sociale et, notamment, à la santé.

Au départ, l'assurance maladie était basée sur les principes de l'assurance, auxquels s'est ajoutée une notion de solidarité, quand la base des cotisations a été dé plafonnée. Puis, on est passé à la notion d'assistance, qui devrait faire appel à des modalités distinctes de l'assurance maladie elle-même.

Puis, maintenant, on ne parle plus que de redistribution des revenus qui est peut-être la notion la plus nocive sur le plan économique et social.

Car, pour redistribuer, il faut d'abord distribuer et, pour distribuer, produire, soit des matières premières, soit ce que produisent la terre et l'industrie.

La solidarité doit se traduire par une contribution **de tous, proportionnellement** à ses revenus ou à ses consommations. Redistribuer à un aspect de pénalisation de ceux qui gagnent plus que les autres par la quantité et la qualité de leur travail, de leurs responsabilités.

C'est faire croire à ceux qui ne payent pas l'IRPP que si leurs revenus sont faibles, c'est la faute de ceux de l'autre moitié de la population et, d'une manière générale, que la faiblesse des revenus des plus défavorisés pourrait être résolue par la baisse de ceux des autres, dirigeants ou classes moyennes.

Or, pour celles-ci, beaucoup plus pénalisées par notre système que les dirigeants, qui, eux aussi, sont indispensables, il ne s'agit pas de défense d'une catégorie, mais de l'espoir et la possibilité pour toute la population de s'élever dans l'échelle

sociale par son dynamisme, ses prises de responsabilité. C'est le développement des classes moyennes qui, dans tous les pays, est à la base de leur développement et de l'espoir de leurs populations. Mais il existe beaucoup d'illusions dans l'opinion sur l'écart réel des revenus de la population, mis à part le caractère provocateur de certaines rémunérations d'un petit nombre de dirigeants et surtout des parachutes dorés mais qui concernent très peu de personnes.

L'écart entre les 10 % de salaires, les plus élevés, et 10 % des plus faibles, qui est autour de 7 fois, est ramené à la moitié par le jeu de l'impôt progressif et des prestations plafonnées.

Quand on parle des salaires, on parle tantôt du salaire brut, tantôt du net. Or, ce qui compte aussi bien pour l'entreprise que pour l'économie, c'est le coût global du travail (salaire net + charges sociales) et non la proportion entre les deux.

Enfin, il faudrait aussi bien définir ce qu'est **le pouvoir d'achat**. Pour certains, c'est ce qui reste quand l'essentiel a été payé (impôts, cotisations sociales, logement, nourriture, etc.).

En réalité, ce devrait être l'ensemble des sommes qui provient de son travail, y compris des prestations sociales, et d'autres revenus. Et c'est sur ce pouvoir d'achat que l'on prélève impôts, cotisations sociales et l'ensemble de ses dépenses.

L'impôt sur le revenu, les charges sociales devraient être proportionnelles à ce pouvoir d'achat et dès les premiers euros. Reste à déterminer la part que l'on veut mutualiser pour répondre aux besoins des différentes protections sociales.

Dans ce domaine, il faudrait, notamment, mettre fin au mythe des cotisations salariales, différentes des cotisations patronales : c'est toujours pris sur le coût global du salaire, comme c'est le cas des actifs non salariés qui représentent



→ LA PÉNURIE DE MÉDECINS

une part non négligeable des actifs même s'ils sont minoritaires, alors que les principales protections sociales les concernent aussi.

Il faut bien réaliser que c'est à une véritable révolution culturelle et à la remise en cause de nombreux tabous que l'on sera, dans un jour plus ou moins proche, obligé d'arriver.

La crise financière actuelle va-t-elle amener à accélérer ces réflexions ou, au contraire, à les ajourner une fois de plus.

Ce qui nécessite d'abord quelques observations sur cette crise. Il ne s'agit pas de la traiter dans cette étude mais voici ce qu'elle m'inspire.

La crise actuelle est la conséquence qui aurait dû être prévisible de deux erreurs qui ont orienté les politiques récentes. Autrefois, les individus, comme les États qui avaient des projets, commençaient par mettre de côté l'essentiel des sommes nécessaires complétées, éventuellement, par des emprunts lorsque le crédit nécessaire était raisonnable et sûr d'être remboursé. Actuellement, on se base sur l'illusion d'une progression linéaire et continue de la croissance permettant de réaliser certains achats ou investissements avant toutes sommes déjà disponibles et basées uniquement sur le crédit. Ce qui devait arriver est arrivé.

Si on peut espérer une croissance, le fait qu'elle fasse une pause d'un ou deux ans, ou même quand on parle de - 1 ou moins de croissance comme d'une catastrophe, c'est ajouter à la crise les effets amplificateurs du catastrophisme diffusé à longueur d'antenne et de déclarations politiques. Car enfin, certes une augmentation du chômage aggrave la situation des personnes concernées, même si les aides peuvent l'atténuer plus qu'autrefois, mais 100.000 chômeurs de plus ou 1 % de taux de chômage en plus ne sont pas catastrophiques pour l'ensemble de l'économie si le reste de la population, qui garde son pouvoir d'achat, n'arrête pas de dépenser ce dont

elle dispose. Car, si c'est le cas, c'est l'ensemble de la production qui serait menacée.

Les médias ne mettent-ils pas aussi, sur le même plan, le chômage technique momentané avec le vrai chômage ? Ne citent-ils pas, pendant des jours et des jours, le cas des mêmes usines, ce qui met dans l'esprit des gens qu'il s'agit de nouveaux cas, d'une aggravation certaine ? **Le premier devoir de tous ceux qui le peuvent est de continuer à consommer**, et c'est la majorité.

On parle de perte de pouvoir d'achats, de hausse des prix, dans tous les journaux radio ou télévisés. En réalité, globalement, et même pour les plus pauvres, le pouvoir d'achat s'est



élevé. Il suffit de voir l'évolution du niveau de vie de la grande majorité de la population. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait pas encore trop de ménages en difficulté. Mais cela dépend plus des besoins supplémentaires de pouvoir d'achat pour répondre à certaines évolutions de la société ou aux désirs de consommations supplémentaires, justifiés ou non, et, notam-

ment, la multiplication des ménages monoparentaux dont les besoins sont plus élevés. On oublie aussi que la consommation obéit aussi à des évolutions et même à des modes et que face à certaines situations, il faut à la fois ne pas en prendre prétexte pour ajourner les solutions nécessaires ou, au contraire, prendre des mesures précipitées pour faire face à des situations momentanées.

2008 nous fournit quelques exemples :

- **LE PÉTROLE** : son prix a doublé de Janvier à Juillet (l'essence moins). C'était la panique dans les médias pour les familles qui seraient privées de vacances ou de restaurant, pendant celles-ci. Or, le surcoût, pour une famille parisienne de 4 personnes, se rendant dans le midi, était de l'ordre d'un repas modeste pour ces 4 personnes (environ 70 €). On a créé en hâte des subventions diverses pour aider les salariés à se rendre au travail, aux marins pêcheurs, pour le fuel de chauffage des plus démunis. Le prix du pétrole a été divisé par 3. Est-on revenu sur ces primes ? et quid si ces prix remontent ?
- **IMMIGRATION** : depuis plusieurs années et encore en 2008, on nous a répété que la venue de 500.000 immigrés, pour le bâtiment et l'hôtellerie, était indispensable (2 millions avec les familles). A la fin de l'année, on prend des mesures de relance d'urgence pour enrayer le chômage dans le bâtiment. Qu'aurions-nous fait de ces nouveaux arrivants ? Et quel aurait été leur sort ? ne serait-ce que pour les loger.
- **L'AUTO** : il y a une baisse des achats, d'ailleurs légère. Comment s'en étonner quand on connaît les campagnes contre l'usage de la voiture individuelle, qui mettrait en danger l'avenir de la planète. A-t-on pensé que l'on pouvait arriver à une certaine saturation des besoins ?
- **LES SPORTS D'HIVER** : un succès exceptionnel, cette année, dû, selon les pessimistes, à un besoin d'économie de

la population alors que l'on sait qu'ils coûtent plus chers que les vacances dans les pays du soleil un peu délaissés.

Ces quelques remarques me paraissent devoir être présentes à l'esprit pour mieux réfléchir aux problèmes que pose la protection sociale dans le cadre de l'évolution de la société qui impose son maintien, son amélioration mais aussi : que la population comprenne que cela impose d'y consacrer une part plus importante de ses revenus, car c'est elle et elle seule qui la finance par l'impôt, les cotisations sociales, les prix dans un service public ou de droit public, ou privé mais, dans tous les cas, avec un caractère obligatoire et sous un strict contrôle de l'État.

L'évolution de la société :

Elle est considérable depuis la dernière guerre :

- de rurale, la France est devenue, majoritairement, urbaine, avec les besoins de logements qui en découlent ;
- la généralisation du travail féminin hors du domicile ;
- la dispersion géographique des familles du fait que les mariages qui se faisaient, sont refaits, en général, dans les mêmes villes ou régions, réunissent maintenant des couples de régions plus ou moins éloignées ne serait-ce que pour le travail ;
- la multiplication des ménages monoparentaux ou recomposés, ce qui entraînent des besoins de pouvoir d'achat plus importants, notamment pour le logement.

De tous ces éléments, découle que les rôles traditionnels des familles et du voisinage qui existait autrefois et étaient à leur charge dans bien des domaines de la santé, de la vieillesse, de la natalité, etc. ont été transférés à la protection sociale et à la collectivité. Malheureusement, cette évolution n'a, non seulement pas été expliquée à la population, mais on a laissé ou fait croire à celle-ci que c'était des « droits » dont le financement ne les concernait pas ou que celui-ci était une ampu-



→ LA PÉNURIE DE MÉDECINS

tation de leur pouvoir d'achat alors qu'il s'agit que d'une mutualisation d'une partie de leurs revenus qui revient dans ceux-ci sous forme de différentes prestations (30 % du PIB).

Certaines de ces évolutions pourraient être modifiées, d'autres sont inévitables, mais il faut s'y adapter, au besoin, en remettant en cause certains « avantages acquis » qui ne répondent plus aux besoins actuels.

Diminuer les charges sociales des entreprises, si elles ne sont pas compensées par une augmentation équivalente des salaires, c'est diminuer les salaires.

Tout ceci ne concerne pas l'aide à apporter à certains, plus particulièrement, défavorisés, mais qui, à mon avis, est un problème particulier à régler autrement. Mais il faut réfléchir à tout ce qui précède, peut-être un peu long ou utopique, si l'on veut adapter nos différents systèmes de protection sociale et, notamment, notre système de santé.

Le système de santé, l'assurance maladie et la dépendance :

On ne peut séparer les trois car la dépendance n'est que la conséquence de maladies diverses et de l'évolution de la société. Mais, s'il faut tenir compte des possibilités de l'assurance maladie, c'est à elle à s'adapter aux besoins de la santé, de la dépendance et de la société.

Pour cela, on doit se poser deux questions :

- ces problèmes ne concernent pas que les salariés. Pourquoi faire intervenir les employeurs dans l'organisation et la gestion de la santé, alors que de toute façon, les « charges sociales » ne sont qu'une partie des salaires, comme de la rémunération des non-salariés. Ne renforce-t-on pas la dépendance des salariés à l'égard des employeurs, comme au 19^{ème} siècle, alors qu'il s'agit de l'argent des salariés ;
- c'est bien l'argent des assurés et d'eux seuls qui finance l'assurance maladie soit par les impôts, cotisations, CSG, prix de la consommation ou TVA sociale. S'agit-il de ressources et dépenses publiques, limitées par les accords de Maastricht ou de l'ordre privé ? Ne pas confondre service public et service de droit public. Selon le cas, c'est à l'État ou aux assurés à gérer sous étroit contrôle de l'État.

Car, en réalité, comme indiqué plus haut, les cotisations sociales, patronales et salariales ne sont qu'une partie du salaire mutualisé pour couvrir certains risques ou certaines périodes de la vie. Cette solidarité est inévitable mais elle peut avoir un risque : la déresponsabilisation, puisqu'on peut compter sur les autres pour financer des « droits ».

Mais de toute façon, il faut que la population ait bien conscience que, du fait des évolutions, il faudra qu'une part plus importante de leurs revenus soit consacrée à la santé, à





la dépendance, à la retraite, si nécessaire, au détriment d'autres dépenses.

Mais il faudrait aussi se poser la question de s'assurer que le coût des crèches, hospitalisations évitables, personnes âgées ou dépendantes le gère, etc. n'est pas plus élevé que de donner un salaire à un membre de la famille ?

Sur le plan pratique, le budget de l'assurance maladie ne peut être que prévisionnel, réajusté l'année suivante. On ne peut exiger son respect dans l'année, sauf à arrêter les soins, ce qui est impensable. Pour équilibrer un budget, il faut soit augmenter les ressources, soit diminuer les dépenses, soit les deux :

- il faut faire comprendre aux assurés que ce sont eux et eux seuls, sous une forme ou sous une autre, qui financent ;
- le transfert d'une partie des dépenses aux mutuelles n'est pas une privatisation. Il découle de deux ambiguïtés : la confusion entre service public et service de droit public et entre le caractère de dépenses publiques, limitées par Maastricht, et de dépenses privées.

Les gouvernements n'ont vues que deux autres modalités de maîtrise comptable :

- la limitation du nombre de médecins et autres professionnels de santé et, devant leur pénurie, volontairement organisée, les transferts successifs de certaines tâches médicales aux professionnels moins formés, ce qui risque de coûter plus cher qu'un nombre de médecins et de multiplier les risques et les responsabilités ;
- la multiplication des tickets-modérateurs de valeur variable et de diverses franchises d'une extrême complexité.

Mieux vaudrait une seule franchise annuelle, prise en charge par la collectivité pour certains revenus ou certaines catégories, plutôt que la véritable usine à gaz actuelle.

EN RÉSUMÉ

- La principale menace actuelle sur notre système de santé est la pénurie de médecins (et d'infirmières, etc.) et la perte d'attractivité de ces professions.
- Il faut faire comprendre aux assurés que ce sont eux et eux seuls qui le financent qu'ils soient salariés ou non et qu'ils devront y consacrer une part plus grande de leurs revenus.
- La notion de la redistribution des revenus et sa modalité, la progressivité des impôts ou cotisations sociales est la plus nocive des notions pour les individus, comme pour l'économie, car elles entraînent démotivations et départs à l'étranger des plus compétents et dynamiques ;
- Que la solidarité doit se traduire par des impôts ou cotisations proportionnelles aux revenus et dès le premier euro.
- Qu'il faut définir clairement la différence entre service public et service de droit public et la nature publique ou privée des recettes et dépenses de la protection sociale.



→ LA PÉNURIE DE MÉDECINS

- Qu'il faut simplifier l'assurance maladie, notamment en remplaçant les différents tickets-modérateurs et franchises, par une seule franchise annuelle.



- De préciser le partage des responsabilités juridiques qui découlent de la pluridisciplinarité, des recommandations, des protocoles de traitement, des parcours de soins, etc.

En un mot, ne pas confondre la création de postes administratifs découlant de la multiplication et la complexité administrative avec la création de postes de soignants, indispensables mais impossible à réaliser faute de professionnels disponibles.

La première urgence est de réattirer les jeunes vers ces professions en les rendant plus attractives, ce qui ne sera certainement pas le cas en prévoyant des mesures coercitives supplémentaires pour le choix du lieu de travail et de la nature de l'activité médicale, après 10 à 12 ans d'études et donc des carrières d'une trentaine d'années.

Dr Pierre GIRAULT

REFLEXIONS SUR LE PROGRES ET LA QUALITE EN SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL.

L'AST Grand Lyon est un grand service, par le nombre... Des projets sont régulièrement présentés, des notes de services publiées, des procédures élaborées.

Toutefois, le cœur du métier, la médecine de prévention au service des salariés, souffre de maux chroniques altérant la qualité de la prestation.

Actuellement le médecin du travail distribue des aptitudes pour que les entreprises satisfassent à leurs obligations légales minimales, et des inaptitudes, bien sûr, la prévention avançant moins vite que la constatation de maladies professionnelles. En effet les entreprises souhaitent être conseillées...sans pour autant que l'on mette trop son nez dans leur fonctionnement !

Nous allons détailler la polypathologie frappant le service.

1• LE MATÉRIEL

La demande d'un matériel neuf ou de remplacement ne fait pas l'objet d'information en retour ni de suivi, et il faut souvent insister pour obtenir satisfaction après un an ou plus : ni la forme ni le délai ne sont satisfaisants.

L'étalonnage et la révision des appareils est plutôt inexistante.

Le choix des matériels pose problème :

- **exemple 1** : le visiotest vieillit mal, les planches de lecture brunissent notamment, altérant l'angle de discrimination. L'acuité visuelle doit être vérifiée à l'échelle de Monoyer, en particulier pour les chauffeurs PL/TC, l'aptitude dépendant de l'arrêté de 2005.

- **exemple 2** : le spiromètre 50 ne fonctionne que branché en permanence, H24, pour une charge maximale de la batterie.

Sinon il ne tient pas une vacation en camion : on renonce donc à l'utiliser. Ce qui précède est source de perte de temps et de non-qualité.

L'ergonomie des postes de travail informatique est généralement réduite à la mise en fonction du PC où l'on peut et pas vraiment selon les recommandations INRS. Au début, Sthéto 4 fonctionnait assez bien et surtout vite. Quelque soit le problème, les accès et opérations sont désormais plus lents, ce qui est aux antipodes du progrès. Enfin les chiffres issus du traitement informatique sont régulièrement contestés par les confrères.

2• LES CAMIONS



A l'arrivée en entreprise, il faut souvent se débrouiller pour l'accès, l'emplacement ou le branchement.

Les camions présentent des signes de vétusté, comme la

→ PRÉVENTION ET PROGRES EN ENTREPRISE

poignée de porte restant dans la main du salarié, une banquette usagée, des brassards à tension fermant mal...

On peut aussi se passer d'eau ou de WC (plus de 15 jours par exemple), et le « ménage » est très approximatif (on retrouve le lundi les épingles à cheveux vues au sol la semaine d'avant).

Le bruit alentour (circulation de camions par exemple) ou la pluie sur le toit empêchent de réaliser les audiogrammes nécessaires.

Certaines entreprises abusent des visites « urgentes » (embauches, reprises) obtenues en Centre au détriment d'autres adhérents : s'y ajoute le coût de transport ou copie des dossiers stockés au siège, pour autant qu'on puisse en disposer à temps.

Il est indéniable que les entreprises trouvent leur compte en terme de temps et proximité, mais là encore la qualité de la visite et de la surveillance pâtissent largement. Rapatrier l'activité en Centre n'est pas aisé voire impossible sans déployer une énergie excessive...

3• CABINETS D'ENTREPRISE

L'intérêt est d'être sur place, ce qui permet mieux de connaître l'environnement de travail.

Les inconvénients sont multiples : manque de confidentialité, pas d'assistance au médecin, état et propreté défectueux, matériel obsolète, refus des entreprises d'acquiescer les appareils nécessaires au suivi des salariés... voire pressions inamicales sur le médecin. Nous sommes encore dans la non-qualité. A ce jour, les médecins affectés ayant fait part de leurs problèmes n'ont reçu aucun soutien actif de la Direction pour obtenir des conditions de travail décentes, car modifier l'usage établi pourrait contrarier les entreprises, avec risque de perdre un client !

4• CENTRES MÉDICAUX

Une grande disparité règne en terme de commodités, de taille, d'accessibilité, de maillage territorial. Une des conséquences est de voir des cabinets d'entreprise affectés à un médecin hors de son secteur, ce qui n'est guère cohérent, en particulier pour les temps de trajet.

Certaines zones géographiques sont éloignées du centre urbain et très mal desservies en transports en commun, d'autres trop étendues, d'autres soumises à une circulation intense : ceci constitue une discrimination entre les salariés du service, concernant les dépenses de carburant et d'entretien de leur véhicule.



5• AMT - TIERS TEMPS

Assez fréquemment réalisé dans l'urgence d'une inaptitude ou d'une situation difficile, il n'est alors pas centré sur la prévention. Les FDS (fiches de données de sécurité) peuvent être très difficiles à obtenir. L'intérêt de la métrologie et des études ergonomiques est indéniable, mais le service est dans l'incapacité de fournir suffisamment de prestations.

Les mesures ou prélèvements obligatoires à effectuer par des organismes agréés sont refusés par des entreprises peu vertueuses.

La Fiche d'entreprise reste le seul témoin en cas de difficultés : sa réalisation dans les règles peut nécessiter de quelques heures à plusieurs jours d'investigations. Un médecin ayant entre 150 et 300 entreprises ne pourra probablement jamais être à jour.

La Direction du Travail fait la promotion de l'AMT, que notre Médecin Inspecteur Régional considère comme prioritaire sur les visites. Notre Direction insiste régulièrement sur la nécessité de faire plus de visites. Le service est donc quelque peu dans la voie de la schizophrénie. Il est évident que chacun fera comme il peut, plutôt que comme il veut.

Nous sommes par conséquent loin de l'idée ayant présidé à la précédente réforme.

6• LES ENTREPRISES

Elles sont en proie à des difficultés croissantes pour certaines TPE/PME, et augmentent notre charge de travail par méconnaissance des textes légaux et réglementaires, ou parce que mal conseillées par un comptable béotien gérant aussi les RH.

Certaines sont assez peu organisées pour générer un absentéisme chronique aux visites : celles-ci sont alors facturées, mais des confrères signalent que les pénalités sont ensuite retirées par le service, ce qui n'est pas un signal fort en faveur de l'assiduité.

La dégradation des relations économiques et sociales implique la médecine du travail dans des conflits employeur / employé que l'on essaie d'apaiser au prix de temps et d'énergie qui eussent pu être mieux employés.

Un problème est celui de grandes entreprises où le médecin du travail peut être dans une situation difficile : le jeu consiste à remplacer le praticien par un confrère plus souple ou moins bien informé. La patate chaude est souvent présentée comme une expérience intéressante ou bien une structure en attente d'un médecin actif... Le confrère « sortant » est peu enthousiaste et le « rentrant » s'aperçoit assez rapidement des problèmes. On peut ainsi voir les confrères se succéder rapidement ou refuser d'aller dans telle ou telle entreprise.

Le rôle du service devrait être d'obtenir les conditions matérielles et de sérénité nécessaires à l'accomplissement de la mission de prévention au bénéfice des salariés suivis. Dans le cas contraire la présence du médecin n'est qu'un alibi inopérant. Faire de la constatation de pathologie en lieu et place de la prévention revient aux médecins de ville et de l'assurance maladie.

Il n'est pas éthique de maintenir un médecin du travail si sa mission est fortement entravée. L'agrément du SST l'oblige à recevoir une adhésion, mais on pourrait y mettre des conditions, avec pénalités financières fortes au besoin (d'où l'intérêt de passer sous l'autorité des CRAM).

7- LA RESPONSABILITÉ

Pour le médecin, elle est trentenaire au plan médico-légal, portée à cinquante ans pour tout ce qui concerne les CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques). Aucun problème avec une entreprise légaliste.

Cependant, les universitaires du Droit qualifient généralement le Code du Travail d'« inefficace », ce qui montre bien les limites de nos possibilités de réaliser une prévention de qualité. Il est des employeurs qui font réaliser une métrologie le vendredi après-midi, lorsque les machines sont à l'arrêt, d'autres qui cachent les résultats au CHSCT, qui passent



→ PRÉVENTION ET PROGRES EN ENTREPRISE

outre aux injonctions de l'Inspection du Travail. Les salariés sont rarement informés de la composition des produits qu'ils utilisent, alors que les FDS doivent leur permettre de se protéger. La simple identification de risques par la Fiche d'entreprise peut être source de conflit avec le médecin du travail. Ecrire en recommandé AR reste parfois la seule solution pour attester de ce que l'on a tenté de faire quelque chose pour essayer de soustraire des salariés à un risque grave : c'est alors le « divorce » médecin/employeur... mais le seul moyen d'action.

L'amiante est utilisée depuis plus de 100 ans, reconnue comme dangereuse depuis 70 ans, et les médecins n'ont cessé de réclamer des mesures depuis 50 ans : pourtant, il est encore des « décideurs » qui prétendent que « l'on ne savait pas » et que la faute revient aux médecins du travail !

8- LA COMMUNICATION

Ah, la « trimestrielle » ! Bel outil de communication à sens unique, dans la pensée unique ! Rares sont ceux qui y prennent la parole, chacun reste à sa place, sagement, comme à l'école communale d'autrefois.

La CMT : la présidence doit revenir à un médecin, comme en CME des Hôpitaux ; ça faciliterait la communication.

Le CE : malgré des arguments réalistes et des études présentées, pour beaucoup de questions, les réponses sont négatives, la Direction avançant des arguments parfois d'un autre âge ou à la limite de la mauvaise foi (exemple : prendre en charge le kilométrage domicile-travail ? « impossible, ce serait la porte ouverte aux abus, certains voulant habiter la campagne, à 50 ou 60 km... »).

Les questionnaires mis en place ont concerné en premier les dirigeants, puis le personnel AST et enfin les salariés suivis : on voit qui est important (communication non verbale, par le fait).

Les médecins devraient se réunir entre eux tous les 6 mois (ce que nous faisons au CHI 01), et surtout cesser de se laisser infantiliser (un jour j'ai dit à un directeur d'usine : moi j'ai bac+14, et vous ?).

EN CONCLUSION

Il est régulièrement reproché à la Santé au Travail de ne pas faire la preuve de son efficacité, ce qui est facile et de mauvaise foi quant on lui coupe les ailes à tous niveaux : effectifs, moyens, non respect de la réglementation, indifférence des pouvoirs publics, édicition de lois sans adjonction des moyens de les mettre en œuvre, emprise d'une économie au seul service d'un actionariat ploutocrate... Les médecins du travail pourraient être plus efficaces s'ils bénéficiaient de la même indépendance que les magistrats du Siège, avec un pouvoir d'injonction et de sanction.

Toutefois, chaque médecin sait en conscience qu'il a pu aider de nombreux salariés et faire progresser la prévention malgré tout, et c'est là l'honneur et la grandeur d'une profession pas assez bien considérée.

Face à sa responsabilité sociétale et au risque médico-légal, le médecin ne dispose pas de conditions d'exercice favorables et reste notablement sous-payé, ne serait-ce que par rapport à ses diplômes. Comparez avec un DAF issu de sup de co, ou un ingénieur en informatique responsable d'un réseau d'entreprise... Bien sûr, à l'AST, nous sommes dans un « bon service »... et « surpayés » (peut-être par rapport au fait que l'on ferait la sieste toute la journée ?).

La démarche de progrès entamée dans nos services a pu faire évoluer un certain nombre d'anomalies, permettant une rationalisation et meilleure cohérence du fonctionnement administratif interne, sans toutefois améliorer la communication ni accélérer l'obtention de matériels, ordonnances... Hélas, elle ne résoudra pas nos problèmes de fond,



sauf si Conseil d'Administration et Direction de chaque service se résolvait à faire radicalement évoluer les choses.

La gestion d'un service devrait être assurée par un conseil composé d'un tiers d'élus employeurs, un tiers d'élus employés, et un tiers de représentants du personnel du service, avec présidence tournante : le fonctionnement serait plus républicain.

Le rattachement aux CRAM évoqué comme piste de réforme résoudrait une bonne partie des problèmes, en particulier d'indépendance, le corps médical n'y perdrait sûrement pas, la prévention y gagnerait certainement. Mais il y a peu de chances qu'il se réalise, quoique la régionalisation soit en marche pour Assurance Maladie et Assurance Vieillesse...

Dr Philippe POUCHOLLE



Dr Bernard SALENGRO
Président
du Syndicat Général
des Médecins du Travail
CFE-CGC (S.G.M.T.)

Monsieur le Président
Du Conseil National de
l'Ordre des Médecins
180, boulevard Haussmann
75008 PARIS

Paris, le 9 février 2009

Objet :
Contrat type pour un médecin du travail d'un Service interentreprises de Santé au travail.

Monsieur le Président, Mon Cher Confrère,

Nos confrères médecins du travail et membres de notre syndicat ont découvert le nouveau contrat de travail, élaboré en concertation avec le CISME, sans que vous ayez cru nécessaire d'associer les représentants des médecins du travail, ni même solliciter un avis in fine.

C'est donc avec incompréhension et amertume que nous avons analysé son contenu avec le soutien technique de nos juristes.

Nous avons pu constater que ce contrat de travail type contenait des éléments qui nous semblent, dans leur écriture, susceptibles de porter atteinte à l'indépendance des médecins du travail et l'étendue de leurs missions telles que définies actuellement dans le code du travail. D'autres éléments omettent d'intégrer des avancées réglementaires issues du Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 réformant la santé au travail, du code de santé publique en matière d'assurance des médecins salariés, du code des assurances et de la jurisprudence.

Nous souhaitons développer les points nous faisant griefs point par point :

1 • ARTICLE 4-2 • ACTION SUR LE MILIEU DE TRAVAIL

« Le service interentreprises de santé au travail intervient, s'il y a lieu, auprès des entreprises adhérentes, tant pour faciliter au Dr l'accès aux lieux de travail qu'en vue de l'accomplissement des missions prévues par la réglementation et notamment par les articles R. 4623-1 et suivants du code du travail. »

Cette écriture assez ambiguë selon notre interprétation serait susceptible de sous entendre que les missions, exclusivement du domaine du médecin du travail selon l'article R.4623-1 du code

du travail dans son écriture actuelle, pourraient être assurées pour partie par le service inter-entreprises au sens non médical. Cette vision de la responsabilité du service, qui serait prépondérante par rapport à celle du médecin, est actuellement l'un des points de discussion des négociations en cours sur la réforme de la santé au travail. Ce point nous semble donc pour le moins prématuré au sein d'un contrat type.

2• ARTICLE 8 • PERSONNEL AUXILIAIRE

« Le recrutement du personnel auxiliaire mis à la disposition du Dr ... pour son activité médicale est effectué avec l'accord de celui-ci, conformément aux dispositions de l'article R.4623-56 du code du travail.

Le Dr... est consulté en cas d'affectation d'un membre du personnel auxiliaire déjà présent au sein de l'Association.

Au cas où le Dr estime que le comportement de ce personnel compromet la bonne exécution du travail, ou est susceptible d'engager la responsabilité du médecin, il en saisit la direction du service interentreprises de santé au travail. »

L'Article R 4623-56 du code du travail indique précisément ceci :

« - Dans les services de santé au travail interentreprises, un secrétaire médical assiste chaque médecin du travail dans ses activités.

Le secrétaire médical est recruté avec l'accord du médecin du travail. »

La question de la seule consultation nécessaire à l'affectation d'un membre auxiliaire déjà présent au sein de l'association n'est pas différenciée dans le code du travail du recrutement et fait l'objet d'au moins un recours prud'homal actuellement en cours venu à notre connaissance.

Que ce point plus que litigieux figure comme une obligation contractuelle dans le contrat type nous semble, là encore, plus que prématuré, voire allant au delà du droit.

3• ARTICLE 10 – ASSURANCES

« Outre, l'assurance en responsabilité civile contractée par le service interentreprises de santé au travail, le Dr. doit s'assurer, à ses frais, en ce qui concerne sa responsabilité civile professionnelle, auprès d'un organisme d'assurances agréé. »

Cet élément figurant au contrat type est contraire aux dispositions de l'article L.1142-2 du code de la santé publique et de l'article L.251-1 du code des assurances. En effet, l'obligation d'assurance au titre de la responsabilité civile des médecins salariés repose sur leurs employeurs Service de Santé au travail. Les articles L.1142-25 et 26 du code de santé publique sont particu-

lièrement sévères pour les employeurs défaillants puisque 'une amende de 45.000 € est prévue.

D'autre part, suite à une jurisprudence très défavorable aux assureurs en responsabilité professionnelle de médecins salariés assurés « en plus » de l'assurance RCP de l'employeur comme le prévoit à tort le contrat type , les assureurs, notamment la MACSF, envoient systématiquement, lors du renouvellement annuel du contrat, un avenant à leurs adhérents pour supprimer cette assurance en RCP inutile.

(Arrêts cour de cassation n° 06-12624 06-13790 du 12 juillet 2007).

Ainsi donc cette clause contractuelle figurant dans le contrat type est non seulement abusive, mais impossible à respecter pour le médecin du travail du fait du refus des assureurs.

4 • ARTICLE 16 • PERIODE D'ESSAI ET PREAVIS

« Le présent contrat peut être résilié sans préavis par l'une ou l'autre des parties pendant une période d'essai de 3 mois à compter de la date d'entrée du Dr ... dans le service interentreprises de santé au travail, soit le »

Depuis le Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004, le médecin du travail est devenu un salarié **protégé**. Il bénéficie de cette protection, y compris **pendant la période d'essai**. L'arrêt du 26 octobre 2005 (pourvoi n°03-44.585) qui concerne précisément un médecin du travail confirme bien la protection pendant la période d'essai. L'essai ne peut être rompu à l'initiative de l'employeur sans l'autorisation de l'inspecteur du travail.

Il nous semble indispensable que le contrat type mentionne cette particularité de statut et ses effets, étant assez prolixe par ailleurs sur d'autres sujets.

Je vous remercie Monsieur le Président, mon Cher Confrère, de bien vouloir prendre en considération nos remarques sur les points litigieux que nous vous soumettons. Nous renouvelons nos regrets de ne pas avoir pu les mettre en lumière lors d'une concertation qui n'a pas eu lieu. Nous sommes évidemment à votre entière disposition pour la concertation qui porterait sur la révision de ce contrat type.

Veillez agréer, Monsieur le Président, Mon Cher Confrère,
l'expression de mes sentiments distingués.

Dr Bernard SALENGRO



Santé au Travail

→ BULLETIN D'ADHÉSION



SGMT

→ Cotisation Médecins du travail : 230 €

Cotisation retraités : demi-tarif, soit 115 €

→ Cotisation Autres Membres de l'équipe Santé au Travail : 156 €

Cotisation retraités : demi-tarif, soit 78 €

- L'adhésion au Syndicat ouvre droit à un abattement fiscal de 66 % de la cotisation, sous forme de crédit d'impôt. **Cette réduction s'applique bien à l'impôt, et non au revenu imposable.**
- Une attestation fiscale à joindre à votre déclaration de revenus 2008 vous sera adressée après paiement de votre cotisation.
- Le paiement semestriel est possible : dans ce cas joindre 2 chèques et un récapitulatif des dates de remise. Toutes les mentions sont obligatoires pour un bon enregistrement de votre adhésion

Nom Prénom

Adresse.....

Code postal Ville

Tél. Fax

Email

- **Nom de l'Employeur** (Entreprise ou service inter).....
- **Adresse de l'entreprise où vous travaillez**.....
- **Formation en Santé au Travail** (CES, DES, Internat européen, BTS, DUT, Ingénieur...).....
- **Métier**.....

→ Modalité de paiement :

- soit un chèque à l'ordre de CFE-CGC Santé au Travail
- soit en remplissant la demande de prélèvement que vous trouverez ci-après

Santé au Travail CFE-CGC • 39, rue Victor Massé • 75009 PARIS • Tél. : 01 48 78 80 41 • Fax : 01 40 82 98 95
www.medecinedutravail-syndicat.org / santeautravail@ffasscfecgc.com

