



Espace

Médecin du travail

la revue du syndicat général des médecins du travail

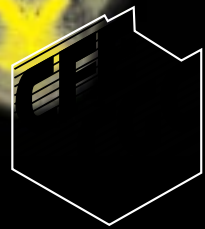


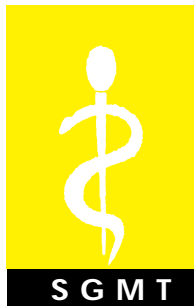
Génétique : INRS et médecine prédictive...
Fausses factures : la médecine du travail aussi...



SGMT

NUMÉRO 5 - Octobre Novembre Décembre 1997





SGMT

№ 5 OCTOBRE 1997



L'espace du Médecin de travail
revue trimestrielle du

SYNDICAT GÉNÉRAL DES
MÉDECINS DU TRAVAIL
«SGMT»

Directeur de la publication
Bernard SALENGRO

Rédacteur en chef
P. ARTIERES

Comité de lecture
• Claudine CASAGRANDE • Jacques DELBEY • Martine
DELHERM • Sylvina GELIN • Henri KIRSTETTER • Jean
NOEVEGLISE • Geneviève VINCENT • Salomon ZYLBERMAN

Rédaction
"L'espace du MEDECIN DE TRAVAIL"
SGMT 39 rue Victor Massé 75009 Paris
Tél. : 01 42 85 48 99
Fax : 01 42 82 06 11

Publicité
REGIES CADRES
Jean-Claude BENSOUSSAN
Assistante : Laurence VERRECCHIA
30, rue Gramont - 75002 Paris
Tél. : 01 44 55 77 89
Fax. : 01 42 96 17 12

Conception et réalisation
C'PRINT EDITIONS
Tél. : 02 43 76 43 62

Le service de cette revue
est assuré à tout adhérent du SGMT.
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 1996
N° Comm. paritaire : 4225D735

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

*Si vous ne désirez 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 des Auteurs.
Ils sont les témoins du dialogue que nous voulons créer
de manière permanente avec nos lecteurs.

sommaire

Éditorial 3

Médecine du travail

et risques professionnels Génétique, médecine prédictive,
médecine du travail et INRS 4
Démographie médicale
et formation initiale des médecins du travail 7
Formation continue des médecins salariés 8

Pages syndicales Fausse factures : en médecine du travail aussi 9
Rémunération conventionnelle 1997 11
Délégués syndicaux et représentation
syndicale dans l'entreprise 12

Dossiers Médecine du travail en Belgique 13
EUROGIP : maladies professionnelles,
des systèmes plus ou moins ouverts 16

ESPACE
Médecin du travail
№ 5 • 1997



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 :

- ◆ 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...
- ◆ C.F.E.-C.G.C.

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.

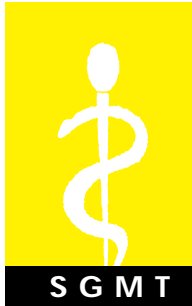
Cotisation 1997 : 1350 francs

Cotisation retraités : 785 francs



S.G.M.T.

Syndicat Général des Médecins du travail
39, rue Victor Massé
75009 PARIS
Tél. : 01 42 85 48 99
Fax : 01 42 82 06 11



éditorial

Bientôt, la CARTE GÉNÉTIQUE sera-t-elle à présenter pour la recherche d'un travail ?

L La sélection sur le génome pour repérer les bons risques pour les assureurs et les bons salariés pour les employeurs risque de voir le jour. Après le carnet de santé, l'éthique de notre métier en prendra un sacré coup ! Le communiqué de presse édité par la CFE-CGC le 22 mai 1997 constitue l'éditorial de ce numéro 5 :

SELECTION GENETIQUE DES SALARIES : LA CFE - CGC SAISIT LE COMITE D'ETHIQUE

La CFE-CGC s'élève violemment contre la décision du CA de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) d'ouvrir un axe de recherche sur la médecine prédictive.

Comment un organisme paritaire chargé de la recherche en vue de l'amélioration des conditions de travail et de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles peut-il se lancer dans : "l'identification des personnes à risque accru avec la mise en place d'indicateurs de prédisposition à des risques professionnels... résultant d'un ensemble de facteurs génétiquement déterminés..." et à "l'élaboration de mesures préventives aux personnes identifiées" ?

C'est très clairement l'amorce d'une sélection des personnels en fonction de leur patrimoine génétique pour repérer les bons risques pour les employeurs. Et pourquoi pas demain repérer les futurs handicapés, les futurs râleurs... voire les futurs syndiqués ? Même si l'on met en avant la prévention à laquelle la CFE - CGC est très attachée, il ne s'agit là que d'un paravent à une sélection génétique tout à fait inacceptable.

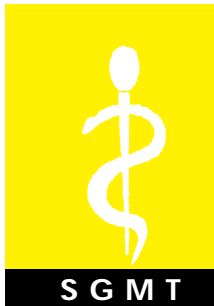
Comment le CNPF, avec l'appui de la CFDT et de FO peut-il se lancer sur ce chemin glissant dont les dérives potentielles sont vertigineuses ?

Après la flexibilité et la précarité, les tests génétiques sont-ils le nouvel avatar de la course à la productivité, à la compétitivité et au profit, au mépris de la dignité et de l'intégrité de la personne humaine ?

La CFE - CGC saisit le Comité d'éthique car elle se refuse à entrer dans le " Meilleur des mondes "

Comment peut-on en arriver là ? Réponse plus loin, dans ce numéro.

Autre préoccupation, les Prud'hommes : avez vous pensé à vérifier votre inscription sur les listes électorales ?



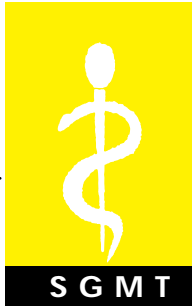
Génétique, médecine prédictive, médecine du travail et INRS

Les nombreuses manifestations type TELETHON, le tapage médiatique fait autour des plantes transgéniques devant envahir nos assiettes, ou de la brebis Dolly le prouvent : **la génétique est médiatique et à la mode**. La structure génique d'un individu n'a plus de secret pour le public, et très prochainement les 100 000 gènes humains seront connus et répertoriés. Cela ouvre des perspectives médicales éblouissantes, la thérapie génique (la greffe de gènes) en étant la plus impressionnante. Mais c'est aussi l'acte de naissance de la médecine de prévision. Cela doit ouvrir aussi un vaste débat sur l'utilisation que certains vont vouloir faire de ces découvertes.

Déjà, aux Etats-Unis, on trouve en vente libre des tests permettant de connaître les risques de développer un cancer du sein, du colon, de la thyroïde ou une maladie d'Alzheimer (magazine VIVA : "les tests génétiques en vente libre"). Ils n'indiquent qu'une probabilité plus ou moins élevée de développer la maladie, et les médecins américains sont tenus à les proposer à leurs patients, faute de quoi ils risquent d'être poursuivis pour non assistance à personne en danger. La firme Oncor-Med propose à toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein de détecter la

présence d'un gène défectueux Breast Cancer 1 : il en coûte de 150 à plus de 1000 dollars (900 à 6 500 francs). Une fois la mutation génétique localisée, les autres membres de la famille bénéficient d'un tarif dégressif. Myriad Genetics, le laboratoire qui a découvert le premier gène du cancer du sein, Brca 1, annonce la découverte du gène Brca 2, et s'apprête à mettre sur le marché 20 000 tests par an à environ 900 dollars pièce (5 600 francs). De plus, les compagnies d'assurance – qui ont accès aux registres médicaux – se servent des tests génétiques pour exclure les mauvais clients : " les membres d'une famille dans laquelle est apparue une maladie telle que la chorée de Huntington n'ont aucune chance de trouver une assurance santé, et plusieurs centaines d'entre eux ont perdu leur emploi " affirme Francis Collins, directeur du Centre national de recherche sur le génome humain.

Les compagnies d'assurances françaises sont en droit de solliciter des renseignements médicaux afin d'évaluer les risques pris en charge : la loi de juillet 1990 qui sanctionne pénalement la discrimination fondée sur l'état de santé, ne s'applique pas dans ce cas. Concernant les tests génétiques, les assureurs français se sont engagés, en juin



Médecine du travail et risques professionnels

1994, et pour une durée de 5 ans, à ne pas tenir compte des informations résultant de tests génétiques (voir encadré). Que feront ils en 1999 ? L'assurance maladie française, notre Sécu, est fondée sur un principe égalitaire et de mutualisation du risque.

Une assurance privée pourra proposer un contrat en rapport avec le risque individuel en matière de santé : ce principe d'équité (chacun paye selon ses risques), lié à la société libérale, est un principe d'inégalité.

En tant que médecins du travail, nous sommes concernés par ces recherches génétiques : notre stupeur a été à son comble, quand nous avons découvert l'axe de recherche numéro 9 de l'INRS. L'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est une association constituée par les organisations suivantes : CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CGC et CNPF. Le représentant de la CGC est Bernard SALENGRO, médecin du travail et Président de notre syndicat.

Les buts de l'INRS sont importants à rappeler :

1. développer l'esprit de sécurité dans le travail,
2. procéder à toutes études et à toutes recherches en vue de l'amélioration des accidents du travail et des maladies professionnelles et des conditions de sécurité et d'hygiène du travail,
3. recueillir ou élaborer toute documentation intéressant la prévention, l'hygiène et la sécurité du travail,

4. diffuser cette documentation par tous les moyens appropriés,
5. mettre au point les programmes et les méthodes de formation de techniciens de la prévention, encourager cette formation ou l'assurer elle-même,
6. apporter un concours technique à tous les organismes qui s'intéressent à la prévention et notamment aux Caisses régionales d'assurance maladie et spécialement aux Comités techniques professionnels institués auprès des dites et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au Ministère des affaires sociales, ainsi qu'aux Comités d'hygiène et de sécurité,
7. coopérer sur le plan international avec toutes institutions ou organismes poursuivant des buts analogues.

En outre, le Directeur soumet chaque année au Conseil d'administration le programme d'activité de l'année suivante.

Nous voulons porter à votre jugement **l'axe 9 d'Orientation Scientifique et Technique** du programme de Recherches à Moyen Terme 1998-2002, présenté le 29 avril 1997 à la commission d'études et de recherche de l'INRS. Cette commission a pour objet la préparation et la validation des documents devant être présentés au Conseil d'administration du 22 mai. Le Président de cette commission est Bernard SALENGRO .

“MEDECINE DE PREVISION APPLIQUEE AU TRAVAIL :

La recherche et la validation d'indicateurs précoces d'atteinte à la

santé au travail (biomarqueurs d'effets) doivent permettre de trouver de nouvelles voies de prévention.

Ces indicateurs précèdent la maladie à un stade où elle est considérée comme bénigne et/ou réversible. Ils sont particulièrement importants dans le cadre de maladies professionnelles graves ou associées à l'effet de nuisances chimiques à long délai d'apparition (réponse immunitaire, reproduction, cancers, ...) ou pour des situations pouvant conduire à des accidents (stress, fatigue, vigilance, ...).

Dans une démarche de médecine de prévision appliquée au travail, deux phases sont nécessaires :

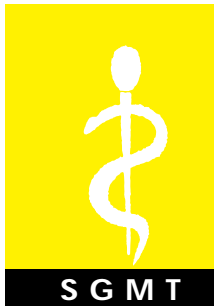
- l'identification de personnes à risque accru,
- l'élaboration de mesures préventives s'appliquant aux personnes identifiées, reposant sur une surveillance médicale et/ou sur des stratégies de limitation des expositions.

Un grand nombre de maladies (cancers, diabète, maladies cardio-vasculaires, ...) sont la combinaison d'un ensemble de facteurs, génétiquement déterminés ou non, dont la combinaison se révèle favorable au développement de la maladie. Chaque facteur pris isolément ne peut être en lui même pathogène, d'autant qu'il peut se révéler protecteur dans un autre contexte.

Ainsi, l'exploration du domaine implique la résolution pour les maladies professionnelles :

- d'indicateurs de prédisposition à des risques professionnels,
- de l'analyse fine de leur valeur : sensibilité et surtout spécificité,
- de la mise au point de mesures préventives.

Dans ce cadre, ces mesures doi-



Médecine du travail et risques professionnels

vent s'exercer sur des facteurs extérieurs quand l'interaction avec des facteurs génétiques mis en cause aura été démontrée.

Ainsi, les retombées de ces travaux dépendront du degré des acquis sur les mécanismes pathogéniques, eux-mêmes variables suivant le nombre, la nature des facteurs impliqués et la complexité de leurs interactions.

Néanmoins, malgré cette complexité, l'exploration de ce thème prévisionnel doit être examinée favorablement, en coopération avec les milieux de la recherche scientifique et médicale pour apporter des solutions de prévention aux travailleurs subissant des nuisances susceptibles de conduire à des maladies professionnelles".

En clair, il s'agit de mettre en route une phase d'identification génétique des personnes à risques accrus, et de rechercher des indicateurs de prédisposition aux risques professionnels !

La sélection pointe son nez.

Cela constitue également un détournement des buts de l'INRS, qui sont étudier et améliorer les conditions de travail.

Cette dérive est encore plus dangereuse lorsqu'on considère les répercussions susceptibles d'apparaître en face de notions comme le principe d'imputabilité des maladies professionnelles : quelque soit la maladie professionnelle, on pourra toujours arguer d'un état antérieur génétique !

Par 6 voix pour (CNPF, CGT-FO, CFDT) et 2 voix contre, (CGC et CGT), la commission a émis un avis favorable sur le projet qui lui a été présenté.

La CFTC a indiqué que la posi-

tion de sa confédération serait exprimée en conseil par l'administrateur CFTC.

Le Conseil d'administration de l'INRS, réuni le 22 mai 1997 a entériné cette décision, le CNPF, la CGT FO, la CFDT et la CFTC votant pour ce projet, la CGC et la CGT votant contre.

Pour la CGC, le statut paritaire de l'INRS montre ici ses limites, après l'affaire de l'amiante. La recherche santé - travail n'est pas neutre, sa connotation sociale obligeant à des choix de priorité. L'INRS ne peut se lancer dans un programme ayant pour effet d'accélérer le processus de sélection des salariés. Et fournir gratuitement aux assureurs l'étude qui leur permettra, en l'an 2000, d'exclure les "assurés à risques accrus" .

Devant cet état de fait, la CGC a alerté l'opinion publique, et saisi le Conseil national d'éthique.

Médecine de prévision, outil de sélection : un vaste débat sur

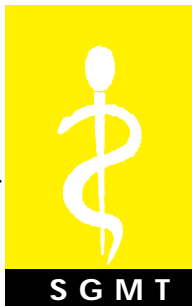
la génétique et ses utilisations doit être mené.

Comme le dit fort justement Axel KAHN, médecin et biologiste directeur d'une importante unité INSERM de génétique humaine et qui vient de publier un livre d'opinion chez BAYARD : *la médecine du XXI^e siècle* (Libération du 6 mai 97), "ce n'est pas la sécurité de l'homme que risque de menacer la génétique, mais sa dignité : il est urgent de débattre sur l'impact qu'aura la génétique sur l'organisation sociale. Depuis son origine, la génétique parle aux fantasmes valorisants de l'individu. La génétique est la science qui dit la différence avec l'autre, qui distingue les individus. Elle a une tendance naturelle à être appropriée par les idéologies de l'exclusion : la génétique mendélienne est la base scientifique du plus grand mouvement d'eugénisme, le nazisme. Aujourd'hui, avec les tests génétiques, on peut "voir" les gènes de chacun, pointer les différences biologiques entre les individus, et donc fonder une théorie de l'inégalité "rénovée" par la génétique moléculaire".

ASSURANCES ET TESTS GENETIQUES

Pour les assureurs, le développement des tests génétiques est indispensable, comme l'explique le directeur scientifique de l'UAP, Jean Jacques DUBY : "si la science est capable de déterminer des génomes plus favorables que d'autres, ce sont les personnes qui ont un bon génome qui seront demandeurs d'une réduction de leur prime d'assurance. Et le marché obligera les assureurs à accorder ces réductions. Ce qu'il

faut bien comprendre, c'est que les assureurs préfèrent mutualiser les risques ; c'est plutôt la société qui pousse à la différenciation : les assureurs seront amenés à discriminer parce que les gens ne veulent plus payer pour les autres". En 1994, les compagnies d'assurance membres de la FFSA se sont engagées pour une période de 5 ans à ne pas tenir compte des informations résultant de tests génétiques.



Démographie médicale et formation initiale des médecins du travail

Le docteur Girault, Président d'honneur de notre syndicat et Président d'honneur de la Fédération CGC des médecins salariés, a été reçu le 16 janvier dernier par M. Coudreau chargé d'un rapport sur la démographie médicale. Le docteur Girault lui a fait parvenir par la suite une lettre synthétisant les problèmes de cette formation. Nous vous en faisons découvrir ici les grandes lignes :

Je pense, comme l'Ordre, que la diminution du nombre de médecins va se faire d'elle-même dans les années à venir, et qu'il y a même un risque de pénurie d'ici 15 à 25 ans, si le chiffre actuel de numerus clausus est maintenu trop longtemps.

Je ne pense pas que les départs en retraite anticipés (médecins n'ayant que 25 ans de cotisations de retraite) et les reconversions puissent aboutir à proposer un nombre significatif de postes et à y intéresser assez de médecins.

Je ne suis pas sûr que le transfert vers d'autres activités de médecins prescripteurs puisse faire baisser sensiblement les prescriptions, surtout que si, comme il est souhaitable, on encourage l'alternative à l'hospitalisation, cela entraînera nécessairement l'augmentation du nombre des prescriptions de ville.

En dehors de l'hôpital, où l'existence de postes vacants et la diminution du nombre d'internes devrait créer des débouchés, il y a peu de pistes : dans les services de prévention, où les besoins existent, on se heurte aux restrictions budgétaires et au peu d'attrait de situations matérielles assez misérables.

Le problème est différent en **médecine du travail**, où existent des

besoins immédiats et futurs. Pour quelles raisons les étudiants évitent, ou ne peuvent pas accéder à cette spécialité ?

Cela découle de la dernière réforme des études médicales, et de l'interprétation erronée des directives européennes par des solutions typiquement françaises.

L'internat qui était un concours destiné à donner une formation de haut niveau à un certain nombre de médecins, mais était facultatif et non nécessaire à l'exercice, est devenu la seule voie pour accéder à une spécialité qui devra être exercée à **titre exclusif**.

D'où, pour les étudiants, dix ans d'études pour n'avoir à leur issue que le seul exercice de la médecine du travail, à l'exclusion de toute autre activité médicale.

Les directives européennes sont destinées à établir une équivalence des diplômes en vue de la libre circulation. Dans ce but, elles fixent la durée des études, mais non le contenu et le moyen d'y accéder, ni l'exercice exclusif. Certes, en médecine du travail, la commission consultative de Bruxelles sur la formation des médecins a fait un catalogue des matières souhaitables pour la médecine du travail, mais non exclusives et non précisées

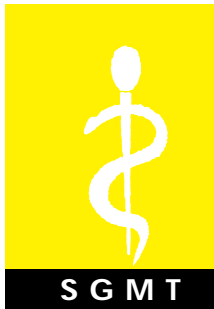
dans leurs durées respectives. Les directives précisent aussi que la formation en spécialité est faite par une activité hospitalière à temps plein.

Mais rien n'interdit sur le plan européen de devenir spécialiste en médecine du travail si la formation comprend deux ans en médecine générale et deux ans spécifiques médecine du travail. Les étudiants auraient plusieurs possibilités d'exercice à la fin de leurs études, les enseignants davantage de candidats, et la pénurie actuelle en médecins du travail serait compensée.

D'ailleurs, on ne peut être médecin du travail efficace si l'on n'a pas des notions cliniques et thérapeutiques sur l'ensemble de la santé.

La solution serait donc une formation de quatre ans : deux de médecine générale et deux de spécialité.

Pour l'immédiat, les médecins généralistes installés (donc ayant validé les deux premières années de formation), pourraient accéder à la spécialité en deux ans. C'est le point de vue du SGMT, afin que la médecine du travail ne disparaisse progressivement, faute d'acteurs. On peut regretter que d'autres voient dans la notion de spécialistes, qui n'est destinée qu'à pouvoir exercer dans d'autres pays, une sorte de mythe ou de consécration qui ne leur apporte rien, même si l'on comprend que les internes reçus aux concours ne veulent pas être dépossédés de leurs efforts.



Formation continue des médecins salariés : leurs syndicats se regroupent

Le 31 janvier 1996 a été officiellement constituée "l'Association intersyndicale des médecins salariés pour la FMC".

Cette association qui s'est voulue la plus représentative et la plus oecuménique possible, a pour but d'assurer une **représentation unique** de toutes les catégories de ces médecins (autres que les hospitaliers publics) et de toutes les tendances syndicales. Cette création qui a été réalisée dans un climat de très bonne confraternité a pour but d'assurer notre représentation dans les instances existantes ou à créer, par analogie avec le rôle des unions pour les médecins libéraux.

En effet, si la **FMC** devient **obligatoire**, elle ne peut l'être que **pour tous les médecins**.

Sinon cela signifierait soit que certains médecins sont plus contestés que d'autres dans leurs compétences, soit que celles-ci sont jugées moins nécessaires pour certaines formes d'exercice.

A moins que les pouvoirs publics ne comptent sur les employeurs pour assurer et contrôler la FMC

de leurs médecins : toutes solutions inacceptables.

Mais pour les salariés, la FMC ne peut devenir obligatoire que si on leur en donne les **moyens**.

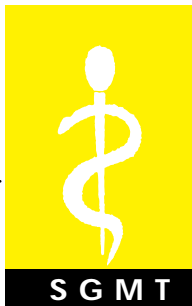
Les premières démarches ont commencé pour présenter au Ministère, à l'Ordre et au Conseil national de la FMC des libéraux cette nouvelle organisation qui doit permettre d'organiser une FMC, non pas unique en raison des différentes spécialités ou formes d'exercice, mais le plus possible commune à tous les médecins, afin d'éviter la multiplicité des organismes formateurs et des postes à pourvoir.

Nous vous tiendrons au courant du déroulement des travaux et de nos démarches.

Le syndicat Général des Médecins du Travail est représenté au bureau de l'association intersyndicale des médecins salariés pour la formation médicale continue par les docteurs Pierre Girault, Président, et Sylvia Gélina, trésorier adjoint.

Catégories de médecins salariés représentés à travers leurs organisations syndicales :

- Médecins de soins non hospitaliers
- Hospitaliers privés à but non lucratif ou autre
- Médecins des institutions privées à but non lucratif
- Médecins du travail
- Médecins des PMI et territoriaux
- Médecins de l'éducation nationale
- Médecins de la sécurité sociale des mines
- Médecins de l'industrie pharmaceutique
- Médecins SNCF et RATP
- Médecins de santé publique
- Médecins conseils des différents régimes de sécurité sociale



Fausses factures : en médecine du travail aussi !

Des médecins du travail appartenant au même service et désirant pour d'évidentes raisons garder l'anonymat, nous ont fait parvenir la lettre qu'ils ont adressée au Président de leur service interentreprises. Nous leur ouvrons les colonnes d' Espace MEDECIN DU TRAVAIL afin de dénoncer ces faits, et appeler nos confrères à beaucoup de vigilance pour que de telles pratiques ne se produisent ailleurs.

"Monsieur le Président,

Lors de la réunion du Conseil d'Administration du 6 mars 1997, Monsieur X, trésorier, annonce, après avoir présenté le bilan 1996, qu'il refuse de signer un chèque qui, à son avis, n'est pas imputable au service car il n'est pas prévu au budget et qu'il n'existe aucune commande.

Vous nous avez expliqué que ce chèque, d'un montant de 100 000 francs et destiné à la Maison des Entreprises, couvrait des dépenses concernant l'informatique et l'abonnement au journal "Paroles d'Entreprises".

Or il s'avère que notre système informatique est autonome et que la partie comptable est traitée par une entreprise extérieure, que le journal "Paroles d'entreprises" est remis gratuitement à tout adhérent à l'Union Patronale Départementale et que paie déjà un abonnement annuel à ce même journal d'une

valeur approximative de 50 000 francs.

Il nous paraît bien improbable que ce journal soit payé trois fois !

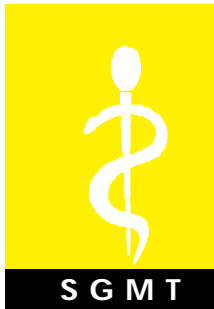
Par la suite, deux autres éléments nous ont alarmé :

Monsieur X, trésorier, a démissionné dans les 24 heures suivant cette réunion, et Monsieur Y, ex-président du CA a démissionné de son poste d'administrateur dans les 15 jours.

La participation de ces personnes étant particulièrement active quant au fonctionnement du service, nous jugeons cette démission comme étant le témoin d'un désaccord profond.

Nous voulons vous poser les questions suivantes :

- Comment se fait-il que vous ayez annoncé l'utilisation projetée de ces 100 000 francs pour l'informatique et le journal, alors que ces deux services sont déjà à la charge du Service ?



Fausses factures : en médecine du travail aussi !

(suite)

- Faut-il interpréter la démission de ces deux piliers du CA comme étant la manifestation d'un retrait par rapport à une manoeuvre qui pourrait être considérée comme condamnable ?
- Aucun médecin du service n'a demandé un abonnement au journal "Paroles d'Entreprise". Ne trouvez vous pas exorbitant la disproportion entre le tarif de l'abonnement à ce journal, et le budget de 50 000 francs attribué au poste documentation pour 57 médecins ? nous vous demandons de transférer le montant de cet abonnement sur le budget documentation qui apparaît si misérable.
- Pour quelle raison aucun médecin élu n'a été invité à une réunion du CA le 2 avril 97, alors que l'ordre du jour était ce problème, et qu'il nous apparaît être un problème de fonctionnement.

Nous jugeons que ces questions sont d'une extrême importance tant d'un point de vue moral que légal. Nous vous rappelons que l'article R-242-12 du code du travail précise : "le service médical du travail interentreprises a pour objet exclusif la pratique de la médecine du travail"

Nous souhaitons obtenir les réponses les plus précises, et

adressons copie de ce courrier aux membres du CA, de la Commission de contrôle, au Directeur du service et aux membres du Comité d'Entreprise.
Recevez,
Monsieur le Président,..."

Ce chèque de 100 000 francs n'a finalement pas été encaissé, le commissaire aux comptes ayant refusé l'approbation des comptes de l'exercice 1996, aucun budget correspondant à cette somme existant.

La Commission de Contrôle s'est réunie au mois de mai. Le Président, à peine embarrassé, a expliqué que la synergie entre le Service et la Maison des Entreprises (l'union patronale) est un fait acquis par le CA, et qu'à l'avenir les choses seraient faites en règle, avec commande, prestation (!) et facture avant règlement.

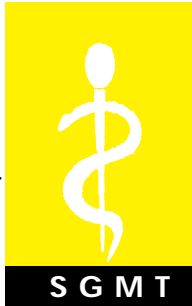
Notre service se verra donc facturer des prestations fictives, ou au tarif artificiellement gonflé !

Déjà, le CA de mai 97 vient de voter à l'unanimité, sans en discuter le prix et sans poser une seule question, un audit de 130 000 francs destiné à évaluer la charge de travail de nos secrétaires ! La moindre dépense donnant lieu à discussion, nous sommes perplexes !

Cette affaire amène deux questions :

- La Commission de Contrôle est-elle suffisamment armée pour faire la lumière sur ces détournements de fond ? Dans ce cas, où il est nécessaire de repérer des factures fictives ou d'un coût excessif, ne faudrait-il pas, par exemple, qu'elle puisse utiliser les services d'un expert comptable ?
- Ces affaires sont-elles "monnaie courante" dans les services inter ?

Si vous avez connaissance d'autres cas semblables, n'hésitez pas à nous écrire : le problème est assez grave pour mériter d'être soulevé au plan national !



Services interentreprises : rémunération minimales garanties des médecins du travail en 1997

En application du constat de la Commission Paritaire, le coefficient 1 des salaires minimaux mensuels (169 heures, 12 mensualités) est porté à 21 279 francs au 1er janvier 1997. Cela représente une augmentation de 1,17 %.

SALAIRES MINIMA CONVENTIONNELS :

Catégorie 1 : médecins ayant moins de 3 ans de pratique en médecine du travail :

• les 6 premiers mois	coefficient	0,9	19 151 F.
• après 6 mois de présence	coefficient	1	21 279 F.

Catégorie 2 : médecins ayant plus de 3 ans de pratique en médecine du travail :

• À partir de l'embauche, ou de l'entrée en catégorie 2	coefficient	1,2	25 535 F.
• après 5 ans de présence	coefficient	1,3	27 663 F.
• après 10 ans de présence	coefficient	1,4	29 781 F.
• après 15 ans de présence	coefficient	1,55	32 982 F.

MODE DE CALCUL DES REMUNERATIONS MINIMALES :

Les rémunérations minimales sont fixées par l'application d'un accord signé entre le CISME et les organisations syndicales suivantes : CFDT, CFTC et SNPMT, le 1er décembre 1986.

Le SGMT n'a pas signé cet accord, demandé par le CISME

après qu'il ait dénoncé la convention collective de 1973 (voir les articles «notre histoire», n° 1 et 2 «Espace MEDECIN DU TRAVAIL»). Cet accord fixe le classement des médecins, l'échelle des rémunérations minimales (l'ancienneté), le montant des rémunérations minimales, leur évolution, et fixe une grille d'augmentation des salaires

effectifs afin de les ramener au minima conventionnel, «nonobstant» toutes dispositions plus avantageuses figurant dans les contrats individuels, ou les avantages acquis dans les services.

L'évolution des rémunérations minimales est fixée chaque année par une commission paritaire composée des représentants des partenaires signataires de l'accord, qui se réunit avant le 31 décembre

de chaque année pour déterminer le montant de la valeur moyenne annuelle de la rémunération mensuelle minimale du coefficient 1 applicable l'année suivante.

L'évolution de cette valeur moyenne annuelle doit être égale à 90 % de la variation de l'année en cours du salaire total médian des cadres, compte tenu des éléments fournis chaque année par le régime de retraites des cadres (AGIRC). C'est l'application du fameux GVT : Glissement Vieillesse Technicité : l'évolution du salaire médian des cadres, qui prend déjà en compte ce GVT, est amputé de 10 %.

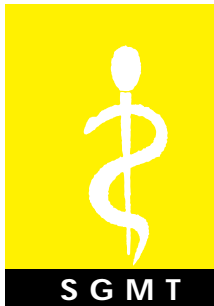
Malgré l'opposition de notre syndicat, cet accord a été étendu par la Commission Supérieure des Conventions Collectives.

Par avenant de 1991, il a été décidé qu'au cours de la réunion de la commission paritaire qui se tiendrait avant le 31.12.96, celle-ci examinerait en hausse ou en baisse le taux de 90 %. Réunie le 29.11.96, la commission paritaire a décidé de maintenir jusqu'au 31.12.98 le taux de 90 %.

SALAIRES EFFECTIFS :

Nous vous rappelons que vous devez demander une négociation salariale annuelle dans chaque service (pour les entreprises où sont constituées une ou plusieurs sections syndicales).





Délégués syndicaux et représentation syndicale dans l'entreprise

UN ARRÊT DE COUR DE CASSATION EN FAVEUR DES DÉLÉGUÉS SYNDICAUX ET DES REPRÉSENTATIONS SYNDICALES DANS L'ENTREPRISE

Un récent arrêt de la Cour de cassation décide:
«Lorsqu'un syndicat représentatif désigne un délégué syndical dans une entreprise qui emploie au moins cinquante salariés, l'existence d'une section syndicale est établie par cette seule désignation» (Cass. soc. 27 mai 1997, n° 96-60.239 P+B).

Il s'ensuit que la principale, et quasi unique cause de contestation de la validité de cette désignation disparaît.

Jusqu'à présent, la désignation d'un délégué syndical, du seul ressort du syndicat, était subordonnée à la création d'une section syndicale. Souvent, le chef d'entreprise sachant qu'une section syndicale était en voie de constitution, pouvait réprimer les leaders syndicaux connus avant leur désignation. De plus, lors de leur désignation, de nombreux délégués syndicaux ont

apporté la preuve de l'existence de cette section devant le tribunal d'instance. En l'absence d'une telle preuve ils pouvaient être condamnés pour exercice illégal du droit syndical et perdre leur statut de salarié protégé.

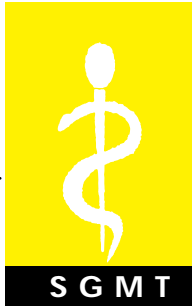
Cette jurisprudence doit inciter à multiplier les créations de sections syndicales dans les entreprises de plus de cinquante salariés par la simple désignation d'un délégué syndical. Ces créations ouvrent de fait l'obligation de négociation collective annuelle dans ces entreprises, et obligent à convoquer ces délégués nouvellement désignés pour toutes les autres négociations. Ainsi, des négociations remettant en cause des avantages acquis ou concernant l'aménagement du temps de travail ne pourront pas avoir lieu sans la présence de ces délégués. Rappelons que le délégué syndical est protégé de tout licenciement ou de toute brimade du fait de son appartenance syndicale dès que sa désignation est connue de l'employeur, c'est à dire dès réception du courrier recommandé de désignation. Enfin pour les entreprises de moins de cinquante salariés, un délégué du personnel peut être désigné

délégué syndical, mais uniquement pendant la durée de son mandat, par exemple à l'occasion d'une négociation dans l'entreprise.

La désignation des délégués syndicaux adhérents du SGM T est effectuée en coordination avec la Fédération des médecins salariés.

Pour toutes informations complémentaires ou demande de désignation, contacter le syndicat:

SGMT
39 rue Victor MASSE
75009 PARIS
tel. 01 42 85 48 99
fax 01 42 82 06 11



Dossier

La médecine du travail en Belgique

Espace MEDECIN DU TRAVAIL continue de vous faire découvrir la médecine du travail aux 4 coins du monde.

Après l'Allemagne, nous vous entraînons aujourd'hui en Belgique. Notre guide est le docteur Eveline SCHLEICH, Vice Présidente de l'Association Belge des Médecins du Travail.



INSTRUMENTS JURIDIQUES :

• Loi de base :

la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail a été publiée au Moniteur Belge du 18 septembre 1996.

Cette nouvelle loi remplace la loi du 10 juin 1952 concernant la santé et la sécurité des travailleurs ainsi que la salubrité du travail et des lieux de travail.

• Arrêtés :

Le code du bien être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail cohabite actuellement avec le Règlement Général pour la Protection du Travail (R.G.P.T.) et est progressivement alimenté par des arrêtés royaux.

INTRODUCTION :

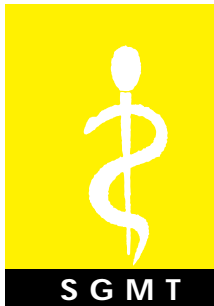
En cette année 1997, la médecine du travail belge est en pleine mutation. En effet, la nouvelle loi "bien-être" est en application depuis le premier octobre 1996, à l'exception des chapitres relatifs, d'une part, aux chantiers temporaires et mobiles et, d'autre part aux services de prévention et de protection.

Le médecin du travail exercera, à partir du premier octobre 1997, ses activités au sein de ces services, dont nous connaissons actuellement peu de choses quant aux multiples facettes de leur fonctionnement.

Dès lors, le présent article s'attachera principalement à évoquer les missions et le fonctionnement actuel de la médecine du travail de même que les grandes lignes du cadre légal de nos activités futures.

LES SERVICES MEDICAUX DU TRAVAIL :

L'Arrêté Royal du 16 avril 1965 a rendu obligatoire, pour 1968, la création des services médicaux du travail. Les employeurs eurent alors la possibilité de créer leur propre service médical d'entreprise (S.M.E.) ou d'adhérer à un service



Dossier

médical interentreprises (S.M.I.) ; le recours à un service médical du travail est obligatoire pour toutes les entreprises comptant au moins un travailleur.

Ces services médicaux sont placés sous la direction d'un médecin du travail qui en est le médecin directeur. Les organes de gestion sont soit la direction de l'entreprise (S.M.E.), soit le conseil d'administration et l'assemblée générale (S.M.I.) qui sont le plus souvent composés d'employeurs ; les partenaires sociaux, employeurs et travailleurs, exercent un droit de regard sur les activités des services par l'entremise des Comités de Sécurité et d'Hygiène (S.M.E.) ou des Comités Paritaires (S.M.I.). L'agrément de ces services est de la compétence des pouvoirs régionaux et communautaires à l'instar de celui des médecins du travail et de l'application de la législation en entreprise qui tous deux dépendent du Ministère de l'Emploi et du Travail (pouvoir fédéral).

Le financement est lié à une redevance minimale fixée annuellement par les autorités fédérales et au statut des travailleurs (soumis, non soumis, 1/3 soumis) ; nous reviendrons ultérieurement sur ces différentes catégories de travailleurs.

LA MEDECINE DU TRAVAIL :

La médecine du travail concerne toutes les entreprises occupant au moins un travailleur. L'ensemble des missions du médecin du travail sont reprises à l'article 104 du R.G.P.T. :

- surveillance de l'état de santé des travailleurs,

- orientation professionnelle des jeunes,
- ergonomie,
- dépistage des maladies professionnelles,
- surveillance des conditions d'hygiène,
- prévention des maladies professionnelles,
- participation à l'organisation des premiers soins et des secours en cas d'accident.

Le médecin du travail participe également avec le chef de sécurité à la politique de prévention (R.G.P.T. 54 quater) en remettant son avis lors de la mise en œuvre de nouvelles machines, de nouveaux procédés de fabrication ou lors de l'utilisation de nouveaux produits.

Le médecin du travail consacre une grande partie de son temps aux examens médicaux ; au regard du R.G.P.T. le travailleur est considéré en tant que travailleur soumis (aux examens médicaux), non soumis, 1/3 soumis.

Les travailleurs exposés à des risques de maladies professionnelles, de même que ceux occupés à des postes de sécurité ou dans le secteur des denrées alimentaires, ainsi que les travailleurs handicapés et les jeunes de moins de 21 ans subiront un examen médical périodique annuel ; cette fréquence peut être semestrielle, ou trimestrielle pour certaines expositions. La notion de "travailleur 1/3 soumis" est liée à l'existence de contraintes (écran de visualisation, manutention manuelle de charges par exemple) ; les examens ont alors lieu tous les 3 ou 5 ans, la fréquence étant fonction de l'âge des travailleurs.

Les travailleurs non soumis ont, quant à eux, uniquement recours aux examens médicaux de médecine du travail dans le cadre de la consultation spontanée qu'ils peuvent demander comme tout autre travailleur chaque fois qu'ils estiment avoir des problèmes de santé liés à leurs conditions de travail.

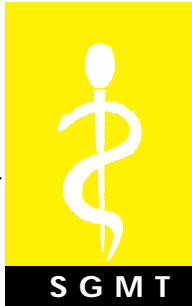
Le médecin exerce donc ses activités non seulement au cabinet médical, mais aussi de plus en plus sur les lieux de travail. Il a du faire preuve de persévérance et d'originalité afin d'arriver à libérer du temps pour être présent au poste de travail, le contrôle de ses activités portant jusqu'à présent essentiellement sur la réalisation des examens médicaux.

Outre la visite annuelle des lieux de travail telle qu'imposée par la réglementation, le médecin du travail réalise, quand il le peut, l'analyse des risques, des études ergonomiques et des séances de formation et d'information en fonction des besoins des entreprises.

LE MEDECIN DU TRAVAIL :

Au regard de notre législation, un médecin est reconnu médecin du travail après avoir suivi une formation complémentaire en médecine du travail comprenant 360 heures de cours et 8 semaines de stage. Dans le cadre de la législation européenne en matière des spécialités médicales, la médecine du travail est reconnue, en Belgique, comme spécialité depuis 1993 et le contenu de la formation en a été déterminé par un Arrête Ministériel de 1995.

Pour être reconnu médecin spécialiste en médecine du travail, le médecin doit suivre une formation



Dossier

de 4 ans comprenant 2 ans de formation spécifique et 2 ans de stage.

Ici aussi, de grandes mutations sont en cours puisque nous sommes actuellement au stade des discussions quant aux modalités pratiques liées au contenu de cette formation.

LOI RELATIVE AU BIEN ETRE DES TRAVAILLEURS LORS DE L'EXECUTION DE LEUR TRAVAIL :

La Belgique a adhéré à la politique européenne en matière de sécurité et santé au travail en 1992 en traduisant dans sa législation les principes généraux minimum. La loi " bien être " ainsi que les modifications déjà réalisées et prévues du R.G.P.T. de même que son évolution vers le code du bien-être ont pour objectifs de permettre à la Belgique de continuer à aligner sa législation sur les directives européennes, et d'actualiser le R.G.P.T. devenu obsolète dans plusieurs de ses articles.

Quelles sont les principales nouveautés de cette législation ?

- La loi s'applique à toute personne travaillant sous l'autorité d'une autre sans pour cela être engagée par les liens d'un contrat de travail. Il y a donc extension à de nombreuses catégories de travailleurs, actuellement seuls les travailleurs salariés étant concernés.
- Le bien-être concerne différents domaines : sécurité au travail, protection de la santé, charge psychosociale du travail, ergonomie, hygiène du travail, embellissement des lieux de travail et mesures prises par l'entreprise

en matière d'environnement pour ce qui concerne son influence sur sécurité et santé interne. La prévention et la protection concernent donc un domaine plus étendu que ceux de la santé et sécurité au travail.

- L'entreprise doit intégrer et planifier la prévention dans sa gestion, notamment en assurant une bonne politique de dépistage, d'évaluation des risques. Il appartient à l'employeur de déterminer les moyens pour mener la politique de bien-être, la gestion des compétences et la répartition des responsabilités.
- Les travailleurs se voient attribuer un certain nombre d'obligations.
- Les travaux exécutés par des entreprises extérieures sont soumis à cette nouvelle législation, le tout étant placé sous la responsabilité du maître d'ouvrage.
- La création de Service Interne de Prévention et de Protection (S.I.P.P.) est obligatoire dans toutes les entreprises : c'est un service multidisciplinaire qui fusionne les services de sécurité et ceux de médecine du travail. L'entreprise doit faire appel à un service externe de prévention et de Protection (S.E.P.P.) en cas de compétences jugées insuffisantes en son sein. Il semble que les S.M.I. pourront évoluer vers cette structure en disposant de 2 sections, l'une assurant la surveillance médicale des travailleurs et l'autre la multidisciplinarité.

LES PERSPECTIVES :

L'avenir de la médecine du travail trouvera sa réalité quotidienne dans l'intégration de la multidiscipli-

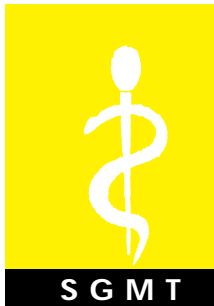
plinarité au sein de l'entreprise, dans une politique coordonnée de prévention et de protection du bien-être des travailleurs.

Une certitude : le médecin du travail exercera ses activités au sein des services de prévention et de protection.

Une incertitude : sa place dans l'équipe multidisciplinaire, les arrêtés et modalités pratiques étant actuellement en gestation dans les ministères.

Il appartient au médecin du travail de continuer à défendre la place qu'il doit occuper au sein de l'équipe multidisciplinaire parmi les autres conseillers en prévention de l'entreprise. L'objectif primordial est sa participation à la gestion, la prévention et la protection du bien-être des travailleurs.

Docteur Eveline SCHLEICH
Médecin Directeur SEMILUX
A.S.B.L.
rue Fleurie 2, bte 7, 6800 LIBRAMONT
Vice Présidente de l'Association Belge des Médecins du Travail.



Dossier

EUROGIP : maladies professionnelles, des systèmes plus ou moins ouverts

EUROGIP a été constitué en novembre 1991 sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'Institut national de recherche et de sécurité, pour une durée de dix ans. EUROGIP est le maillon européen de l'institution Prévention de la Sécurité sociale. La normalisation, l'information, la certification réglementaire pour les machines et les équipements de protection individuelle et les relations extérieures sont les quatre pôles d'activité d'EUROGIP.

Espace MEDECIN DU TRAVAIL vous permet de lire ici un exemple des travaux d'EUROGIP :

PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS EN EUROPE

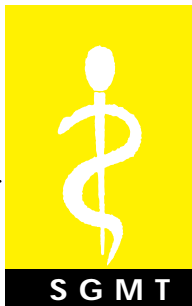
MALADIES PROFESSIONNELLES : DES SYSTEMES PLUS OU MOINS OUVERTS

Dans une grande majorité d'Etats membres, les salariés peuvent aujourd'hui, grâce au système de preuve, bénéficier de l'indemnisation prévue pour les maladies professionnelles, même si l'affection dont ils sont atteints ne figure ni sur une liste ni sur un tableau. Un système ouvert qui fonctionne différemment selon les pays.

Dès 1962, dans sa recommandation du 23 juillet, la Commission européenne a préconisé l'instauration d'un système mixte de reconnaissance des maladies professionnelles.

Il s'agit, à côté de la procédure "traditionnelle" de la liste ou des tableaux, de permettre à une victime d'apporter la preuve du caractère professionnel de l'affection dont elle est atteinte.

Sous l'impulsion de cette Recommandation, puis de celles adoptées en 1966 et 1990, de tels systèmes se sont mis en pla-



Dossier

ce dans différents pays.

Une enquête, menée par le ministère belge des affaires sociales dans le cadre du Forum européen de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, a permis de dresser un état des lieux parmi les douze pays de l'Union européenne ou de l'AELE ayant adhéré au forum.

Il est intéressant de noter, même si elle ne fait pas partie de l'Union européenne, que la Suisse dispose d'un système mixte depuis 1918. Pour ce qui est de l'Union, c'est d'abord l'Allemagne en 1963, puis le Portugal et le Luxembourg respectivement en 1965 et 1966, qui ont modifié leur législation dans le sens souhaité par la Commission. Le Danemark, l'Autriche et la Suède font partie de la "seconde" vague ayant instauré le système mixte en 1976 ou 1977.

Il faudra attendre 1988 et 1990 pour voir l'Italie, à la suite d'une décision de la Cour constitutionnelle, puis la Belgique modifier les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles. La France est, à ce jour, le dernier pays de l'Union à avoir satisfait, en 1993, aux recommandations européennes en la matière.

Deux pays sur trois ont opté pour le système mixte

Tous les Etats membres n'ont pas adopté le système mixte :

c'est notamment le cas de l'Espagne, ou de la Finlande qui dispose d'un système de reconnaissance exclusivement basé sur la preuve.

Il semble que la Grèce, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, non membres du Forum européen, n'aient pas adopté de système mixte.

Mais en Irlande, les victimes atteintes de certaines affections (système respiratoire supérieur, pneumoconioses, dermatoses) qui ne figurent pas dans la liste des maladies professionnelles, peuvent apporter la preuve que ces maladies sont bien d'origine professionnelle.

A chaque pays ses raisons !

Selon les pays, le système ouvert assure des fonctions différentes. En France, il vise essentiellement à atténuer le caractère rigide des tableaux. En Allemagne ou au Luxembourg, il permet de reconnaître comme professionnelles des maladies qui ne figurent pas encore sur la liste mais sont appelées à y figurer.

Ainsi la liste allemande des maladies professionnelles devrait, en 1997, s'enrichir de 5 nouvelles affections (dont le cancer du larynx dû à l'amiante).

D'autres pays enfin - l'Autriche, le Danemark, la Belgique notamment - utilisent le mécanisme de la preuve pour reconnaître, au titre des maladies professionnelles, des affections pouvant avoir plusieurs origines, mais

dont l'origine professionnelle est prépondérante, déterminante, essentielle ou directe. Dans la plupart des pays, le caractère professionnel de la maladie est déterminé par la même instance que celle appelée à se prononcer dans le cadre de la liste ou des tableaux.

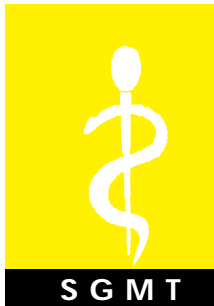
Ce n'est que dans 3 pays - Danemark, Belgique et France - qu'il existe une instance spécifique pour la reconnaissance hors liste ou tableaux.

Tableau ou preuve : même indemnisation

Partout, l'indemnisation assurée aux victimes est identique à celle dont elles bénéficieraient au titre du système des tableaux ou de la liste. Mais en Autriche ou en France, l'ouverture des droits à réparation répond à des conditions plus sévères. Seuls les cas graves - incapacité de travail égale au moins à 50 % en Autriche et 66 % en France - peuvent bénéficier d'une indemnisation.

A côté de ces aspects réglementaires, l'enquête a porté également sur des données statistiques. Le tableau suivant fait apparaître le nombre de cas ayant bénéficié du système ouvert, ainsi que le pourcentage de cas acceptés par rapport aux demandes présentées.





Dossier

Tableau ou preuve : même indemnisation

Pays membres du Forum Européen	Nombre de bénéficiaires du système ouvert	Nombre de cas acceptés par rapport aux demandes (1995)	Affections les plus fréquemment reconnues
Allemagne	465 du 1.7.93 au 31.12.95	4,5 %	Carcinomes des cordes vocales et du larynx consécutifs à une exposition à l'amiante
Autriche	19	100 %	Caries dentaires, cancers des bronches, maladies des voies respiratoires supérieures
Belgique	23 du 1.1.95 au 31.12.95	6 %	Tendinites, asthmes
Danemark	non communiqué	26 %	Affections du dos (le plus grand nombre), asthmes, désordres mentaux (quelques cas)
Luxembourg	non communiqué	13 %	Cancers
Portugal	285 de 1990 à 1995	non communiqué	Maladies des voies aériennes et des poumons
Suède	non communiqué	41 %	Affections dues aux vibrations, troubles musculo-squelettiques

En Belgique comme en Allemagne, le système de reconnaissance par preuve semble être utilisé de façon extrêmement rigoureuse, ce qui conduirait d'ailleurs un certain nombre de victimes, en Belgique du moins, à renoncer à leurs droits, la preuve étant trop lourde et trop onéreuse à apporter.

En France

Les maladies indemnisées au

titre du système mixte sont, pour 71 % des cas, des maladies inscrites à l'un des tableaux, mais qui ne remplissent pas toutes les conditions requises par ce tableau. Il s'agit particulièrement d'affections périarticulaires (40 %), de surdités (21 %) et d'affections respiratoires de mécanisme allergique (10 %).

Les maladies reconnues comme professionnelles, alors qu'elles ne sont prévues par aucun

tableau, représentent 29 % des cas. Il s'agit essentiellement de tumeurs malignes. Pour la période du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1995, 639 personnes ont bénéficié du système ouvert, ce qui représente un cas accepté sur deux demandes.

.....

