



CHSM INFO

La lettre de la délégation des Finances CGT

☎ : 01.48.18.82.21 - 📠 : 01.48.18.82.52 -

Site Internet : www.finances.cgt.fr - Mail : finances@cgt.fr

EDITORIAL

Vous avez entre les mains le troisième numéro de notre CHSM info qui est exclusivement consacré au compte rendu du groupe de travail inter instances CHSM/CNASS du 7 décembre 2001.

Ce compte rendu reprend, de façon exhaustive, les positions défendues par notre délégation et les réponses de l'administration.

Ce groupe de travail, qui réunissait délégations du CHSM (B.PICARD/F.PUYOO-HIALLE) et du CNASS (M.SIMON/B.LEMOND), avait pour thème initial le positionnement de la médecine de prévention au sein du MINEFI et les moyens (humains et matériels) dont elle doit disposer.

Au regard de l'importance du sujet, nous avons préparé cette réunion de façon commune afin de dégager des positions CGT inter instances.

A travers l'échange entre les deux délégations, nous avons pu mesurer l'intérêt d'un travail commun CHS/CDASS qu'il nous faudrait envisager de mener régulièrement dans les directions.

Nous sommes ressortis amers de ce groupe de travail car l'administration a très peu -voire pas du tout- pris en compte nos positions (cf. ci-après)

Confirmation de la prochaine réunion du CHSM en séance plénière le 10 janvier 2002 avec pour thème principal la discussion du Rapport sur l'Evolution des Risques et de l'ergonome après tenue d'un groupe de travail préparatoire le 7.1.2002.

Continuez à faire remonter par mel ou courrier vos questions et réflexions ; nous faisons parvenir l'ensemble à la DPMA et suivons les dossiers

Continuez à nous faire remonter le nom des représentants dans les CHS pour constituer un fichier fiable permettant l'envoi d'informations à chacun (ainsi que des comptes rendus des CHS).

Alors bonne lecture à tous et à bientôt de vous lire.

Pour la délégation
Bruno PICARD

FINANCES CGT FINANCES CGT

GROUPE DE TRAVAIL CHSM/CNASS du 7.12.2001

Au delà de remarques de forme concernant

- ❖ l'envoi des documents en nombre limité à la seule fédération
- ❖ la limitation du nombre de participants et la « faiblesse » du document devant servir de base au débat augurant mal des résultats du groupe de travail

Nous avons tenu, dans notre déclaration liminaire, à formuler des remarques de fond sur le sujet de la médecine et de son positionnement dans le dispositif hygiène et sécurité médicale :

- au regard de ses **nouvelles attributions issues du décret de 95** concernant les visites médicales annuelles pour les agents occupant des postes à risques et quinquennales obligatoires pour les autres agents
A noter que, de ce fait, le médecin de prévention prend des initiatives de prévention dans le cadre du CHS.
C'est à celui-ci qu'il présente son rapport annuel d'activité et avec lequel il doit établir annuellement les fiches de risques professionnelles (arti-



cle 15.1 du décret de 95).

- Par rapport à la **délégation des services sociaux** qui devrait actuellement, et à défaut quand il n'y a pas d'infirmières ni de réel secrétariat médical, assurer le secrétariat du médecin de prévention c'est à dire l'organisation du planning de convocations aux visites médicales (en lien avec les ACMO ou les services du personnel) et le suivi de l'activité du médecin

La note de 91 renvoie le secrétariat des médecins de prévention à l'action sociale mais le contexte a changé depuis 95 ; la place et le rôle de la médecine de prévention a évolué.

en pratique, depuis 95 et surtout ces dernières années, le médecin de prévention est confronté à une augmentation conséquente des tâches de secrétariat mais qui devraient être assurées par la délégation des services sociaux.

Par exemple, des **remarques s'imposent** :

- le fait d'établir les convocations s'apparente à un acte touchant au secret médical d'où problème
- l'activité du médecin de prévention ressort très largement de la médecine statutaire et moins dans le champ de la médecine de santé publique.

Nous sommes preneurs d'un débat sur la médecine de prévention, son positionnement au Ministère pose la question des moyens matériels et humains nécessaire à l'exercice des missions exposées dans le décret de 95 et l'architecture du système.

Nous devons tracer aujourd'hui des pistes concrètes.

Au regard des nouvelles attributions de la médecine de prévention, il y a nécessité d'une indé-

pendance d'organisation et de fonctionnement de celle-ci entre ce qui relève de cette médecine et celle relevant de la santé publique.

En tout état de cause, il y a besoin d'une véritable articulation entre acteurs médicaux et acteurs sociaux : médecin de prévention/ AC-MO/secrétaire animateur/IHS et délégation des services sociaux en particulier assistante sociale et conseillères techniques.

Sans oublier les liens entre médecin et médecin régional/assistant régional à la médecine de prévention.

En conséquence, la CGT entend au moins maintenir les moyens actuels de l'action sociale concernant la santé publique

Nous considérons comme nécessaire l'articulation entre acteurs de la médecine de prévention et la délégation des services sociaux dans le domaine de la santé publique.

Dans cette nouvelle réorganisation, des solutions pourraient être avancées aujourd'hui :

. un système de « subordination hiérarchique » soit directement avec la DPMA soit par le biais des médecins coordonnateurs pour les médecins de prévention.

. mise en place, au regard des considérations antérieures, de secrétariats médicaux



. à défaut de secrétariats de ce type, utiliser le réseau d'infirmières (qui auraient des fonctions de secrétariat médical)

Question : cela suppose une augmentation conséquente de leurs vacations et leur implantation sur tous les CHS

Sont-elles prêtes et disposées à accepter ces nouvelles tâches ?

Au regard de leur doctrine d'emploi actuelle (cf. texte sur ce point), cela pourrait se concevoir (situation actuelle : 27 départements couverts et 60 infirmier(e)s)

Sont volontairement exclus de cette réflexion les assistants régionaux à la médecine de prévention car leur doctrine d'emploi est différente (cf. position en CHSM en annexe)

Autre proposition : LA FIN DU RECRUTEMENT DES MEDECINS PAR LA DELEGATION DES SERVICES SOCIAUX ET LA DETERMINATION DU NOMBRE DE VACATIONS

Alors qu'ils agissent dans le cadre de la médecine de prévention en lien avec le CHS, le recrutement des médecins est effectué par la délégation et reste, au mieux, de la responsabilité du CDASS et de son président.

Le CHS n'aurait pas à intervenir et, au minimum, être tenu informé des démarches entreprises.

Par ailleurs, c'est la délégation qui gère les crédits des vacations des médecins.

Après cette déclaration liminaire, M. Casanova, qui présidait le groupe de travail en tant que nouveau chef de service de la DPMA, qualifia cette réunion d'historique mais les conclusions ne sont pas à hauteur des espérances.

Il émit le souhait d'un débat autour des missions de la médecine de prévention dont le socle historique reposait sur la médecine de santé publique et des thèmes ou instances ressortant de l'action sociale.

Pour la DPMA, il ne fait aucun doute que **la médecine de prévention est entièrement dans le domaine de l'hygiène sécurité et prévention médicale.**

Selon M. Casanova, la question est de savoir si **la médecine de santé publique doit demeurer dans le volet de l'action sociale ou basculer sur le pôle hygiène et sécurité.**

Une autre piste fut alors évoquée par celui-ci : **ne faisons plus de médecine de santé publique ... !** (en clair, plus d'intervention du médecin de prévention en ce domaine avec participation d'intervenants extérieurs au Ministère).

Nous sommes intervenus en insistant sur l'ordonnancement des missions qui doit nous conduire à ne pas s'arrêter à définir ce que font les uns et les autres.

Le diagnostic lié à l'évolution de la médecine de prévention doit être suivi d'objectifs et permettre un nouveau positionnement des différents acteurs.

Nous défendons l'idée de la constitution d'un pôle « affaires médicales » axé principalement sur la médecine de prévention et comprenant, comme indiqué dans notre déclaration liminaire, un ou des infirmier(e)s voire un secrétariat médical.

La constitution de ce pôle recueille l'assentiment des médecins qui mette aussi l'insistance sur le changement de nature de la médecine de prévention depuis 1995 avec une logique d'affaires médicales bien distincte de la logique action sociale.

Même s'il convient de recentrer la médecine sur les affaires médicales, il convient de garder une place à la médecine de santé publique car la médecine n'est pas divisible, ; le médecin de prévention devant garder des prérogatives en la matière.

Une insistance particulière a été mise sur ce point car il s'agit de la santé publique et de la santé au public avec les passerelles existant entre les deux médecines.

Ils ont qualifié le système de « système à baïonnettes » du fait des difficultés de liaisons entre acteurs locaux et centraux.

La médecine de prévention, ce sont les médecins, les infirmier(e)s ainsi que des partenaires médicaux « exclusifs » autour du médecin comme les assistants régionaux à la médecine de prévention (ARMP).

Ce qui ressort fortement, et cela a été souligné par les médecins et transparait de la réunion, ce sont les difficultés de communication voire relationnelles entre les deux sous directions de la DPMA en charge de la médecine à savoir la SDAS (sous direction de l'action sociale qui gère les médecins) et la SDRS (sous direction des relations sociales, bureau 2B chargé de l'hygiène sécurité et prévention médicale).

La place importante prise par la médecine de prévention et son implication concrète dans l'organisation des visites médicales ont été soulignées.

M.Casanova dut convenir de l'absence de consensus sur les pistes tracées soit :

- la «disparition» de la médecine de santé publique au Ministère
- - une des deux instances (CHS ou CDASS) seul maître d'œuvre qui ne donna pas non plus lieu à convergence de points de vue

M. Casanova, en son nom propre, fit alors une autre proposition : **repositionner le médecin sur son objectif de médecine de prévention et ne plus l'associer au ... CDASS qui s'occupe de santé publique !**

Notre délégation réagit vivement à ces «SCUD» qui avaient sûrement pour but d'éprouver les Fédérations et de les tester.



Pour notre part, en lien avec les réflexions des médecins de prévention, nous considérons que la médecine de santé publique fait partie intégrante de la médecine de prévention et que l'on ne peut dissocier artificiellement les deux.

Par conséquent, le médecin de prévention a toute sa place au CDASS où il doit participer, de par ses connaissances, à l'élaboration du programme de santé publique.

Cette position est partagée par les médecins de prévention nationaux qui considèrent l'action des médecins importante en ce domaine et qu'elle n'est pas la principale source de dysfonctionnement.

En lien avec notre conception de la santé au travail, élément majeur de la politique hygiène sécurité au Ministère, nous devons intervenir en amont sur les conditions de travail.

Par exemple, ne serait-il pas plus judicieux d'étudier les conditions de travail des agents souffrant du mal de dos plutôt que de faire ensuite des actions d'information avec des kinés pour atténuer la douleur ?

Pour la CGT, le concept de santé au travail est indissociable de la prévention des risques et les actions en amont du processus de travail sont de première importance.

Ne pouvons nous pas envisager, au moins une fois par an, une réunion inter instances CHS-CDASS sur les questions de santé publique permettant de conduire, en lien avec le médecin de prévention, une réflexion sur les actions à mener et clarifier le rôle de chaque intervenant ?

Cela permettrait de savoir qui fait quoi entre CHS/CDASS/mutuelles.

Nous avons aussi rappelé que nous étions pour le rattachement de la médecine de prévention à une seule instance (le CHS pourrait être cette instance) mais, contrairement à la FDSU, opposés à la fusion CHS/ CDASS ; chacun ayant son propre domaine de compétences.

M. Casanova indiqua que :

- ❖ ce n'était pas la peine de rêver concernant le recrutement de secrétaires médicales
- ❖ le réseau actuel des médecins est relativement dense
- ❖ **la gestion administrative des médecins de prévention par les délégués des services sociaux est une nécessité car il n'y a pas d'autres représentants de la DPMA au plan départemental.**

Notre délégation a fait remarquer :

- **l'absence actuel de secrétariat pour 51 médecins (sur un total de 140 environ)** d'où la nécessité de trouver des solutions pour ceux-ci afin qu'ils puissent remplir leurs obligations issues du décret de 95.



- Les **secrétaires-animateurs**, en tant qu'agents de la DPMA placés auprès de deux présidents de CHS, sont gérés par l'inspecteur hygiène et sécurité.

Pourquoi ne pas placer les médecins de prévention sous l'autorité du médecin coordonateur ?

- Il est prévu dans les textes la mise en place **d'un secrétariat médical si besoin.**

A partir d'un état des lieux des besoins des médecins, ne faudrait-il pas demander l'implantation d'un tel secrétariat ?

Sans oublier le rôle des infirmières dans ce cadre car leur doctrine d'emploi prévoit des tâches de secrétariat médical.

- **Les assistants régionaux à la médecine de prévention** ne peuvent tenir lieu, comme l'insinue la DPMA, de secrétaires aux médecins et nous avons rappelé que leur doctrine d'emploi consiste à animer le réseau des médecins dans la région.

M. Casanova conclut la discussion en dégageant, selon sa propre expression, les «axes concluants» soit :

- **Il faut affirmer la mission de relais ou de représentants de la DPMA des délégués au plan**

départemental en indiquant qu'ils n'ont pas autorité hiérarchique sur les médecins !

Devant l'apparente contradiction de la proposition, l'aspect représentant DPMA a été retiré.

- Autre axe : ajuster la procédure de recrutement (demeurant de la compétence du délégué) ainsi que la lettre de mission au médecin en réaffirmant les rôles des médecins coordonnateurs régionaux et nationaux.

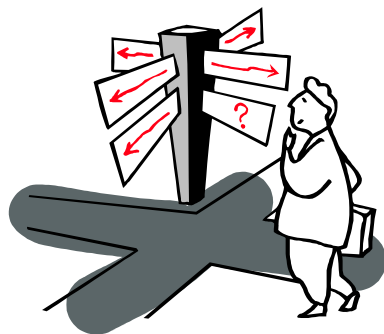
Cela ne prend aucunement en considération nos propositions et nous avons vivement dénoncé l'absence de prise en compte du débat par la DPMA.

Seule une amélioration à la marge est prévue alors que nous souhaitons un repositionnement du médecin de prévention.

En l'absence de nouveaux moyens en emplois dont il faudrait prendre acte, on nous propose le minimum et encore...

La DPMA étant prise sur une autre réunion, on en resta là, un nouveau groupe de travail pourrait se tenir début 2002 mais le peu d'avancées constatées dans ce GT augure mal des suites...

Faites nous remonter vos réflexions et suggestions sur ce sujet pour faire monter nos exigences et obtenir des moyens permettant l'accomplissement des missions de la médecine de prévention !



**Nouvelle composition
de la délégation de la**

Fédération des Finances CGT au CHSM à compter d'Octobre 2001.

Titulaires : - Bruno PICARD
Coordonnées CDI Auxerre 8, rue des Moreaux
89 010 Auxerre Cedex
Téléphone : 03.86.72.50.00 (bureau)
portable : 06.83.42.20.79

- Franck PUYOO-HIALLE
Bureau National CGT Trésor
243, rue de Paris
93 514 Montreuil Cédex
Téléphone : 01.48.18.81.56
Fax : 01.48.51.99.65

Suppléants : - Denis KILLIAN
Brigade gardes côtes d
des Douanes
Quai de l'ancien arsenal BP 735
50.107 Cherbourg cédex
Téléphone : 02.33.44.19.20
(bureau)

- Jean-Louis WICHEGROD
Fédération des Finances CGT
case 540- 263, rue de Paris
93 514 Montreuil Cedex