

Compte rendu des échanges.

Mesdames Soulay et Fourcade ont dirigé la séance.

Toutes les organisations syndicales étaient présentes.

Pour la FSU : Hervé Moreau

Objectifs du GT :

- un point de bilan démographique, sur les médecins de prévention mais aussi sur les infirmiers et infirmières, pour savoir s'il est possible de développer les équipes interdisciplinaires impliquant des infirmières-iers en santé au travail.
- témoignage concret d'une expérience de mutualisation inter-FP pour développer un dispositif de médecine de prévention : Plateforme RH de Normandie.

Ouvrir les questions, recueillir avis, sur ces questions, déboucher sur du concret, pour répondre à la commande du ministre : il souhaite un débouché rapide sur :

- Médecine de Prévention,
- instances médicales.

Le GT du 21/11 n'épuisera pas le sujet mais viens de cette commande. Se donner la photo la plus actualisée possible de l'existant.

Il y aura un autre GT sur MP après celui-ci (au mois de janvier)

Correspond à l'objectif 4 de la feuille de route (circulaire « plan d'action pluriannuel SST » du 28 mars 2017), aller dans le détail de chaque axe.

La DGAFP précise que la question de la protection sociale complémentaire de fonctionnaires sera abordés au cours du premier semestre 2018. Une mission d'inspection va être lancée sur ce sujet.

CFDT : remercie les services sur le travail et l'invitation. Enjeu majeur, souffrance des agents.

Eclairage : témoignage personnel. Décharge syndical, directeur d'école. 30 de service, mais jamais vu un MP. Indigne pour la France. (intervention plutôt virulente... pas habituelle dans cette instance).

Agents laissés en situation de souffrance, avec méconnaissance que les agents ont de leurs droits.

UNSA : pb de la visibilité de l'agenda social. Le 18 septembre, on a eu une réunion de concertation sur la feuille de route. Uniquement pour les 3 points ? MP, ...

Sur les conditions de travail des agents, voir l'étude de l'INSEE, et l'étude de l'impact du jour de carence. Demande évaluation d'impact du jour de carence, cite la dernière étude publiée par l'INSEE.

FSU : même demande d'éclaircissements sur l'agenda social, manque de visibilité à l'avance sur les dossiers à traiter.

Sur la journée de carence, il y a effectivement la dernière étude de l'INSEE, mais le gouvernement avait connaissance d'études antérieures (DARES) qui en montre l'inefficacité.

Sur la réunion de ce jour : ne pas faire reculer les droits des personnels pour des raisons de démographie médicale. Il faut améliorer les services de santé au travail, mais il ne faut pas s'adapter à la pénurie. Si évolution, notamment pour les IST, comprend formation qui doit devenir obligatoire. Attention à ne pas prendre sur les effectifs d'infirmières scolaires par exemple pour fournir les équipes pluridisciplinaires.

Solidaires : demande abolition des journées de carences pour le privé comme pour le public. Il n'y a pas de modifications significatives d'absences lorsqu'il y a journée de carence.

Interventions diverses :

CFTC, CGC, propos très généraux de la CGC sur la souffrance au travail.

FAFP : pour recruter MP, recréer la filière qui permettait les reconversions.

FAFP n'accepte pas la proposition du texte.

Association des Départements de France : employeurs territoriaux sont mobilisés depuis des années. Exemple, les personnels de l'éduc qui ont été pris en charge alors qu'ils n'avaient pas de médecine de prévention avant leur décentralisation. Les employeurs territoriaux cherchent des solutions sur le terrain. Il faudrait renforcer le rôle des centres de gestions. La médecine de prévention doit faire partie intégrante du management général de la collectivité pour que ce soit une priorité de la collectivité. ADF mène réflexion sur QVT avec les départements. Il faut rendre plus attractif le métier, et éviter la mise en concurrence les collectivités pour les salaires de MP.

Mme Soulay : agenda social, on va vous communiquer par écrit les éléments d'agenda, avec les thématiques prioritaires, PPR (Période de Préparation au Reclassement), médecine de prévention et instances médicales, mais aussi :

- PSC,
- conditions de travail,
- droit à la déconnexion
- contenu de l'accord QVT

Sur le jour de carence : adopté hier par l'AN. Sur la prévention des absences, préoccupation du ministre, dialogue social peut être mené sur ce sujet ; prévention des absences doit faire l'objet d'un groupe de travail avec les organisations syndicales. INSEE montre effet carence sur arrêts de deux jours.

Sur la MP : rappel des moyens contraints, mais la médecine de prévention (et pas forcément un médecin de prévention) doit être un service accessible pour les agents publics.

CGT : sur le jour de carence, le ministre tire d'abord et discute ensuite (il a repris mon expression en aparté...). CGT se pose la question de sa participation aux groupes de travail : on se rend compte qu'on est sur un environnement contraint budgétairement. Dans ce qui est proposé, c'est voir comment on peut se passer de médecins de prévention. On va partager le constat mais pas les pistes. On ne cherche qu'à pallier les manques de MP. Où en est on de l'intervention dans les études de médecine pour valoriser la MP ?

Soulay : laissez-nous présenter notre plan. Quand les MP n'existent pas, on ne peut pas les inventer.

CGT : jour de carence, si on veut lutter contre les absences il faut améliorer conditions de travail.

CFDT : rien sur l'information des agents, l'employeur doit informer.

Présentation de la DGAFP par Mme Lafourcade:

Voir le PPT.

Référentiel des MP.

Questions de formation.

Avant de donner plus de rôle aux infirmiers, voir s'il n'y a pas de pb de démographie infirmiers-infirmières.

Certains ne voient jamais de MP, mais des personnels sont bien couverts. Il y a grande variété de prise en charge et de vécu.

Démographie des médecins du travail, mais moins défavorable que ce que la DRESS avait vu il y a quelques années. Il a diminution, mais moins accentuée que prévu.

Répartition par âge des MP : la question de l'âge renvoie à la formation. Renouvellement des référentiels et des pratiques (les MP formés aujourd'hui n'ont plus la même formation ni les mêmes pratiques que les anciens). Ces médecins du travail ont été formés avec un ancien référentiel, avec une autre approche du métier. Donc confrontation avec une culture nouvelle. D'où nécessité de rencontrer le syndicat des jeunes internes.

Autre point important : on travail sur un vivier commun pour l'ensemble des employeurs, pour tous les métiers intervenant en médecine de prévention (ergonomes, psychologues du travail, infirmières•iers).

Pb de l'évolution dans le privé, qui vient interroger la fonction publique (notamment FPH) et qui attire les professionnels avec de nouveaux modes de fonctionnement et d'exercice. La manière de travailler dans le public doit prendre en compte ce qui se passe pour le privé.

Attractivité globale de la médecine du travail en formation initiale : 45% des postes sont pourvus en 2016-2017 en spécialité médecine du travail.

Dispositifs transitoires pour médecins qui ne remplissaient pas les obligations.

Evolution de 2011 : dispositif du collaborateur médecin : formation sur poste : manque de chiffres. On est à environ 130 médecins collaborateurs formés par promotion. Donc démarrage assez fort en attractivité.

Si promotion de 120 à 130 médecins collaborateurs, cela reste modeste.

Démographie de la profession infirmière : c'est la première profession en progression d'effectifs (en paramédical). Se dirigent vers secteur médical et établissements pour personnes âgées.

L'exercice salarié non soignant est souvent une reconversion en cours de carrière : 15 en moyenne en soignante.

Mais attractivité est aussi problématique pour SST, c'est un exercice qui est encore minoritaire.

Renvoie à la manière de considérer présence de personnels infirmiers, ne pas dire que c'est un pis aller, ou que c'est une situation dégradée.

Attractivité public versus privé.

Démographie médecins de prévention, comment résoudre le pb : possibilité de bascule d'activités vers infirmiers : l'entretien infirmier. C'est déjà effectif pour le ministère des armées. Ou pour des agents publics qui sont suivis par des services de santé au travail qui appliquent les prescriptions du CDT.

Equipe pluridisciplinaire : voir la vidéo des internes en médecine du travail, pour montrer l'intérêt de la filière médecine du travail, insiste sur le travail en équipe, et auprès du DRH.

Le MP est encadré par le décret de 86 : comités médicaux, reclassement, inaptitude, arrêts maladies, et pas seulement le décret de 82-453.

Equipe pluridisciplinaire c'est toute la structure, au bénéfice de l'agent et avec les DRH.

Le décret de 82 a une approche très médicale, alors que le MP doit être dans un collectif pour conseiller l'employeur et les représentants du personnel.

Séquence technique sur l'entretien infirmier :

- l'infirmier, comme le médecin, inscrivent leur action dans le cadre du code de la santé public : l'infirmier ne fait pas à la place du médecin.
- Voir article de Philippe Davezies : voir les missions de l'infirmier : réfléchir de missions confiées à l'infirmier.
- infirmiers sont dans le décret CHSCT depuis 82.
- infirmiers n'arriveraient pas en palliatif.
- introduction d'un nouveau professionnel.
- longtemps, on n'a pas eu d'infirmiers en service de médecine de prévention.
- aspect culturel : le travail en équipe pluridisciplinaire pose un pb de changement culturel, et pas seulement de textes.
- Il y a des formations en place.
- sécuriser la place de chacun.

CGT : toujours été favorable à équipes pluridisciplinaire. Mais contexte manque de médecins, et on parle des infirmiers. Donc attention aux glissements de taches.

Question de la formation en santé au travail ? Est-ce une obligation à mettre en place ?

CFDT : témoignage d'une infirmière, en interministériel. Sur la démographie infirmière : d'où viennent les chiffres démographie infirmière ? Durée de carrière ?? elle est de 8 ans, donc comment recensés qui ? Elles n'adhèrent pas toutes l'ordre, donc comment ont-elles été dénombrées ?

Couple médecins/infirmiers. ne pas faire glissement de tache.

Décret 2016 sur autonomie infirmière ?

FO : rappelle le rapport de 2014. Attractivité : numéris clausus qui organise la pénurie de médecins. Dénonce la volonté de diminution de l'offre de soins. Les conditions d'exercice des MP dans contexte de dégradation des conditions de travail... remontées d'agents de dégradations des conditions de travail... donc la politique menée est entièrement responsable de la dégradation. Médecin de prévention (Min Ecofin) FO : existe réseau de MP. Effectifs moindres. Les vidéos ne vont pas forcément augmenter les recrutements : conditions d'exercice insatisfaisantes, contrats de travail, prévoyance, retraite... pas concurrentiel par rapport au secteur privé. Conditions de travail. Deux axes : aspect RH (avec contrat de travail, avec 1 heure pour 15 agents... pas crédible avec hausse des RPS.

Lorsqu'il y a quelques médecins embauchés, ... question du recrutement et du maintien.

Conditions de travail : le décret de 82 n'a jamais été respecté (infirmier, et secrétaire médical). Ne pas seulement focaliser sur l'emploi infirmier, rappeler le secrétariat médical.

UNSA : avec documents, on est favorable équipes pluridisciplinaires. Traiter la situation globalement, si on bricole, on ne va jamais arriver à équipes pluridisciplinaires.

Proposer des carrières, voir les référentiels de formation.

FSU : si on veut plan d'ensemble :

- lutter contre numéris clausus et pour attractivité y compris financière, durant les études.
- attractivité dépend aussi du pouvoir d'agir, du pouvoir de transformation des MP et de tous les acteurs en SST, y compris implication en amont pour que les réformes permettent l'amélioration des conditions de travail.
- sécuriser le financement des moyens exemple en secrétariat : avec les réductions de moyens, il y aura toujours la tentation de prendre sur le secrétariat du MP.
- formation des infirmiers en SST doit être obligatoire, comme dans le privé, pour notamment aussi évité effet d'éviction dans certains ministères.
- Dans les données fournies, des demande de formation de médecins collaborateurs en médecine du travail n'ont pas été accordée, pourquoi ?

Solidaires : comment rendre attractif médecine du travail ?....

CFCT : demande bilan des mesures proposées en 2014 ? Avoir un chiffre de nombre de personnels médical par nombre d'agents.

CGC : OMS dit 30% des salariés auront vécu un épuisement professionnel.

FAFP : on a eu le même travail sur les RPS.... mais sans résultat. La MP n'a aucun pouvoir aujourd'hui dans le cadre des CHSCT. Il faudrait que le MP ait un réel pouvoir. Crainte du glissement de taches. Attractivité pour les infirmiers en ST : il faut une rémunération adaptée. Mutualisation = maximisation de l'efficacité des effectifs.

Pas de remarques côté employeurs.

Soulay : retient :

- Définir qui fait quoi pour éviter glissements de taches ;

- nécessité de formation, pour les infirmiers et infirmières, sur la spécialisation SST. Revoir avec le schéma directeur de formation. Voir comment inscrire nécessité de formation.
- rémunération, voir au delà, l'aspect l'environnement de travail, sur la prévoyance, la retraite, qui font partie des éléments d'attractivité.
- toilettage du décret de 82.

Nouvelle intervention virulente du représentant CFDT directeur d'école sur information des perso, oui, mais il faut d'abord renforcer et sécuriser les dispositifs.

FO : à cette étape, la réponse n'est pas satisfaisante. Les médecins passent du temps à travail administratif, pour la grande majorité des médecins.

Lafourcade, sur la mutualisation.

MP en normandie, en partenariat.

Test en grandeur nature des hypothèses. En inter-fonction publique, avec tous les acteurs autour de la table.

Recherche d'idées.

Travail collectif

condition de réussite du travail collectif.

Mme Laiguillon

PFRH Normandie.

Directrice plateforme RH

- repérer l'évolution des métiers et des missions,
- départs massifs à la retraite, qui touche aussi médecin de prévention.
- approche globale car interministérielle.
- problématiques de terrain.
- Les services ont explosés, travail avec la SRIAS. La médecine est à part mais c'est tout de même global.

Approche globale sur la médecine : formation des managers, décloisonner les services... action inscrite dans un schéma de mutualisation. L'action en médecine est dans le schéma de mutualisation.

Donc prestataire pour faire travailler ensemble.

Les groupes de travail de la DGAFP ont nourri le travail.

Premier travail en réseau :

- former, informer, responsabiliser à la SST.

Cartographie de l'offre de PM à l'Etat et la FPT. En février mars, on aura un état des lieux de l'offre.

Parallèlement, recherche de procédure en équipe pluridisciplinaire, pour aboutir à des process.

Faire bouger les lignes juridiques.

Financer ?

Commentaire FSU : quelles lignes juridiques ? (question posée à la fin par FSU, et attente de précisions à ce sujet pour la réunion de janvier).

Idée : sécuriser pour pérenniser un dispositif test.

Faire que du concret.

Sujet difficile, casse gueule.

E.Fourcade.

Séquence mutualisation. C'est identifié dans le plan SST comme piste à creuser. Ce n'est pas pour partager la pénurie. C'est aussi un intérêt en tant que tel, les mutualisations sont une forme d'organisation avec intérêt intrinsèque. C'est un effort de formalisation entre plusieurs employeurs

publics qui partagent intérêt commun. Réflexion sur l'endroit où doit être localisé le service mutualisé. Structuration d'un nouveau service au service des agents.

Pose question de l'accessibilité pour les agents.

Le service peut-il être mobile.

Lever l'ambiguïté : mutualisation n'est pour prendre médecins dans services qui fonctionnent pour les partager avec d'autres. Il y a aujourd'hui des employeurs qui auraient les moyens, mais qui n'ont pas la surface nécessaire pour recruter. Donc mutualisation permet de fédérer un besoin, de monter un projet, et de susciter, via médecin collaborateur, la construction d'un service de prévention.

Informe qu'il y a au PLF : un fond interministériel pour l'amélioration des conditions de travail (1 million d'euros).

On s'attend à propositions sur montage de services de MP.

CGT : problématique des DDI, comment faire tourner ?? Présentation rassurante, car il ne s'agit pas de voir comment se passer de MP. Forme de mutualisation rassurante : c'est mutualisation des besoins pour recruter.

Il faut une présentation cependant plus lisible de l'expérience.

Question : travail avec fac de médecine ? pour attractivité ? sur le cursus des médecins.

Avec les SRIAS : les MP sont-ils payés sur le budget de l'action sociale.

Réponse :

Non, le budget de la SRIAS n'est pas touché : c'est un budget ministériel. BOP 133.

Travaux avec fac : dans une de fiches action pour le travail sur le DU. Travail sur réseau des médecins tuteurs.

Pb de la gestion des rendez-vous... nécessite une plateforme numérique. Notamment pour organiser le 1/3 temps.

CFDT : pb du financement, des risques de mélanges de budget. On parle ministère, PFT, mais rien sur la FPH.

DGOS :

Sur FPH, mutualisation importante car établissements sont de taille très diverses. Dans le cadre des GHT (Groupements Hospitaliers de Territoires)

FO : malgré GHT, on a des pans entiers où il y a des déserts complets en médecine du travail en FPH.

Sur le cadre de la mutualisation, qui fait du plus, c'est très important. Expérimentation, pour

combien de personnes ? La médecine de prévention ne se borne pas à surveillance médicale.

Quelle participation à CHSCT ? à connaissance du poste de travail ? Plus on mutualise, et plus on perd.

UNSA : le GT couvre les 3 versants. Mais l'expérimentation présentée ne couvre pas tout.

FSU : quelles lignes juridiques ont été bougées ? Quels éléments juridiques auraient fait obstacle ?

Réponse :

Lignes juridiques : voir une fiche action, charte de mutualisation, s'ouvrir vers infirmiers de prévention,

Suite en janvier.

Avec experts en médecine et d'infirmiers, sur l'attractivité. Lien entre décret de 82 et attractivité.

Remarque : ne reprend pas intégralement toutes les interventions.