

Bruxelles, le 4 mars 2008

Projet de compte-rendu du groupe de travail CLP "Service médical" (GTSM composé de Daniela Mormile, Gina Dricot, Dieter Scheuer, Helena Ferreira-Ramos et Philippe Bioul)

INTRODUCTION

Suite à l'envoi au CLP du rapport d'évaluation du Service Médical par le Chef d'unité du Service médical et interventions psychosociales au Président du CLP le 12/12/2007, un groupe de travail du CLP a été constitué .

Le GTSM s'est réuni à deux reprises pour analyser en détail ce rapport demandé par la DG ADMIN à la société PROLOG et qui a été finalisé en août 2006. Le groupe a été étonné de constater qu'il ne s'agissait pas d'un rapport d'évaluation sur le service médical ,mais bien d'un rapport d'évaluation de la santé et de l'ensemble de la politique socio-médicale à la Commission dans le cadre beaucoup plus large du bien-être au travail en application de la directive de 1989 (EEC 89/391) ,transposée dans la législation belge en 1998. En outre ,le groupe a du constater qu'aucun Représentant du personnel ,ni statutaire ,ni syndical n'avait été consulté lors de l'enquête ,malgré les recommandations expresses d'associer le personnel à toute politique du bien-être. Il faut également noter que la dimension européenne et la spécificité du personnel multiculturel de la Commission n'a pas été suffisamment pris en compte dans ce rapport.

ROLE DES SERVICES MEDICAUX DANS LA POLITIQUE DE BIEN-ETRE

Le rôle des services médicaux de la Commission est multiple ,ils assurent essentiellement trois rôles qui peuvent se recouvrir partiellement ,ce qui augmente l'opacité de leur fonctionnement :

- la médecine du travail : examen d'embauche , visites annuelles , évaluation des risques liés au travail , poste de travail , ergonomie , ambiance de travail , etc.
- la médecine préventive : surveillance de la santé du personnel dans l'intérêt même de ce personnel , mais aussi dans celui de l'institution
- la médecine statutaire : non-aptitude à l'embauche , réserve statutaire à l'embauche , procédures de mise en invalidité , accident du travail , maladies professionnelles , handicap ,double allocation , participation aux comités statutaires paritaires (CGAM,CHST) , ainsi qu'au Collège médical interinstitutionnel

De plus , ils doivent coordonner leur activité avec les unités de sécurité et d'hygiène , la caisse maladie (PMO) et certains services de la DG ADMIN (services sociaux

,orientation du personnel , aide aux retraités ,etc...) afin d'optimiser le bien-être au travail.

Le rapport , dans ses conclusions , est assez critique sur la situation actuelle de la politique de bien-être du personnel de la Commission et suggère d'importantes réformes à long terme. Il souligne le manque de management de la politique de santé au travail ; à l'énoncé des nombreuses lacunes et déficiences ,on comprend mieux les réticences de la part de l'administration à le communiquer aux Représentants du personnel :

- pas de politique claire du "médical" à la Commission
- pas de planification , pas d'objectifs ciblés sur les groupes à risque
- pas de définition claire des responsabilités
- manque de communication entre le personnel des services médicaux (entre les différentes sections) et entre les différents services concernés
- manque d'information écrite et "culture essentiellement verbale"
- manque de données statistiques
- manque de gestion des rapports médicaux
- manque de formation adéquate et de formation continue spécialisée
- pas d'approche participative du personnel (pas d'implication du comité du personnel)
- pas d'évaluation de la qualité et des performances

Il propose également d'abandonner le concept d'extra-territorialité qui serait , d'après les auteurs du rapport , préjudiciable à la qualité des services.

Plus grave encore , le rapport propose de lier la banque de donnée médicale SERMED avec le SYSPER II et le contrôle des absences pour maladie (Base Centrale des Congés Absences) , ce qui est contraire à la déontologie médicale .

Il pose la question du maintien des laboratoires au sein de la Commission en établissant des conditions très restrictives (externalisation d'une partie des analyses).

Il dénonce le manque de coordination ente les services médicaux et le RCAM dépendant du PMO ,ainsi qu'avec les USHT ; il s'étonne du rattachement de l'USHT à la Direction de la Sécurité à Bruxelles.

Enfin ,il rappelle que les services de santé du travail doivent être multidisciplinaires : médecins généralistes et spécialistes, infirmières , psychologues , ergonomes , assistants sociaux , administratifs , informaticiens , etc ... ,tout en s'inquiétant de l'actuelle complexité de l'organisation des services médicaux de la Commission.

En effet ,la définition de la politique de santé et son application ne sont pas séparées ,ce qui peut entraîner des dérives et des gaspillages ,notamment pour la politique de vaccination.

Le rapport dénonce également les restrictions budgétaires prévues pour la période 2007-2013 et il propose de renforcer les ressources informatiques.

Enfin ,il propose 19 recommandations de réforme.

LES 19 RECOMMANDATIONS

- 1) Etablir un système intégré de management de la santé et du bien-être au travail
 - 2) Instaurer des objectifs et des modalités pour une future politique intégrée de la santé et du bien-être au travail avec des procédures et des communications correspondantes
-

3) Modifier l'organigramme de cette structure intégrée en tenant compte des trois missions des services médicaux .

Ici ,les auteurs du rapport proposent un schéma (diagramme 3 à la page 71) qui est très touffu ,compliqué et qui ne correspond pas à la réalité de la Commission. Mais il faut bien reconnaître que la situation actuelle , extrêmement compliquée , opaque , éclatée entre les différents sites de la Commission ,entre la DG ADMIN pour les services médicaux de BXL et de LUX ,le PMO pour la caisse-maladie , les accidents du travail et les maladies professionnelles ,l'OIB pour le CHST-BXL , la DS pour l'USHT , l'OIL pour le CHST-LUX ,la DG RELEX pour le RECAMAL et le CCR pour le service médical d'Ispra est loin d'être satisfaisante .On comprend que les auteurs du rapport n'y aient rien compris .Il est d'ailleurs fort probable que très peu de nos collègues y comprennent quelque chose : une chatte n'y retrouverait pas ses petits...

C'est pourquoi les membres du groupe de travail proposent un organigramme plus clair , plus transparent , plus compréhensible et plus logique pour pouvoir finalement avoir à la Commission une politique du bien-être au travail digne d'une grande institution européenne en application de la directive EEC 89/391 : une direction générale du bien-être au travail indépendante de la DG ADMIN avec deux directions distinctes , une direction sécurité et hygiène et une direction médicale pour l'ensemble des services de la Commission.

La première direction serait structurée en fonction des risques et des sites de la Commission : il est évident que les risques des inspecteurs nucléaires ou du personnel en délégation ou en représentation , oubien encore sur les différents sites du CCR n'ont rien à voir avec les risques du personnel affecté au siège.

La seconde direction serait organisée en 9 secteurs spécialisés :

1-médecine du travail avec des spécialistes en médecine du travail (médecins et infirmières)pour les visites d'embauche et la surveillance des conditions de travail

2-prévention des risques avec un conseiller en prévention,un ergonome et un hygiéniste

3-médecine générale et dispensaire pour les premiers soins , les soins d'urgence et les vaccinations

4-secteur de support avec le laboratoire ,l'imagerie médicale , les tests techniques : ECG , audiogrammes , spirométries , etc .

5- médecine du voyage pour le personnel des délégations ou le personnel effectuant des missions

6-secteur pédiatrique pour la surveillance des crèches – garderies

7-secteur psycho-social pour la prévention et la gestion des problèmes psycho-sociaux ,y inclus les assuétudes et la problématique du harcèlement

8-secteur assurance-maladie ,invalidité ,accident du travail et maladies professionnelles

9-secteur contrôle des absences ,travail à temps partiel pour raison médicale ,article 60 , physiquement séparé des autres secteurs (situé dans un autre bâtiment)

4) cibler les facteurs psycho-sociaux et développer une culture des statistiques avec la participation du personnel

5) favoriser une stratégie d'analyse des situations de travail "top-down" et bottom-up"

6) cette recommandation voudrait rattacher le contrôle des absences aux ressources humaines ,les membres du groupe s'y opposent formellement ; cela est d'ailleurs contraire à la déontologie médicale .

7) la recommandation 7 propose de "lier" les banques de données SERMED , SYSPER II et la banque centrale de contrôle des absences , les membres du groupe s'y opposent catégoriquement ; cela est également contraire à la déontologie médicale ,puisque cela entraînerait une violation du secret médical . Il faudrait d'ailleurs sur ce sujet demander l'avis du Contrôleur européen pour la protection des données et de l'ordre des médecins.

8) A long terme , le rapport préconise de créer une unité moderne d'épidémiologie pour collecter des statistiques et des informations sur l'état de santé et du bien-être au travail avec une surveillance épidémiologique et une information du personnel

9) des procédures et des "guidelines" détaillés devraient être préparés par des groupes de travail ad-hoc avec un suivi régulier inter-services

10) déterminer le niveau de coût/efficacité des services médicaux

11) le rapport pose le problème du maintien des laboratoires au sein de la Commission ; les membres du groupe pensent qu'il s'agit d'un service offert à nos collègues qu'il faudrait maintenir ,seules quelques analyses spécialisées pourraient être externalisées. Certains pensent qu'un laboratoire inter-institutionnel assurerait un meilleur rapport coût/efficacité en permettant des économies d'échelle.

12) le rôle des médecins-conseil devrait être mieux défini ,ainsi que la mission des services médicaux avec des objectifs quantifiables et mesurables par des indicateurs de réalisation

13) les équipes doivent être multidisciplinaires et tout ce qui touche à la thérapie doit être externalisé

14) il faudrait assurer une formation continue du personnel spécialisé , sans cesse actualisée et ciblée sur la santé au travail

15)il faudrait pouvoir recourir à des expertises spécialisées externes en cas de besoin

16)cette recommandation préconise l'abandon du privilège de l'extra-territorialité ; les membres du groupe se sont exprimés unanimement contre cette proposition .En effet,cela aboutirait à des services quasi- nationaux qui devraient respecter toutes les règles administratives en vigueur au pays d'affectation en matière de santé et de sécurité sociale et aboutirait à l'engagement de personnel essentiellement national mal informé des problèmes du personnel expatrié et des politiques de santé dans les autres états-membres de l'Union.

17)le rapport propose une participation pro-active de l'ensemble du personnel de la Commission avec un effort centré sur la communication et la promotion de la santé au travail

18)il faudrait assurer l'engagement de la haute hiérarchie pour promouvoir la santé au travail et définir les missions des services concernés

19)en conclusion ,le rapport préconise de se focaliser plus spécialement sur les groupes à risques

CONCLUSIONS GENERALES

A la Commission , la politique de bien-être et de santé au travail manque de visibilité,elle est éclatée entre différentes DG's , offices ,sites et services qui ne communiquent pas entre eux , ce qui nuit à l'efficacité et au bon fonctionnement des services concernés , ce qui est préjudiciable à l'ensemble des collègues , ainsi qu' à l'institution elle-même.

Si l'on cherche dans l'organigramme le service juridique ou la direction sécurité , il est possible de les identifier sans peine et rapidement .Par contre , si l'on cherche le bien-être et la santé au travail , cela devient beaucoup plus fastidieux ...

C'est pourquoi ,le CLP propose de regrouper l'ensemble de cette politique dans une direction générale facilement identifiable et indépendante de la DG ADMIN .

D'autre part , le CLP est opposé à la liaison des banques de données SERMED ,SYSPER II et de la banque de donnée centrale des congés et absences.

En outre le CLP est tout à fait opposé à la perte de la notion d'extra-territorialité.

Le CLP demande également le maintien des laboratoires au sein de la Commission.

Il va de soi que le CLP est contraire à toute forme d'externalisation rampante , notamment par le recours exagéré à du personnel précaire de droit national .

L'avis du CLP devrait être pris en considération dans la mise en place de la politique de bien-être de ses employés ainsi que dans la réorganisation des services médicaux .

Le CLP devrait recevoir les statistiques utilisées par le consultant externe dans son évaluation et devrait être informé de la suite donnée par la DG ADMIN à cette évaluation , notamment des mesures qui ont été identifiées , de celles qui ont déjà été mises en place et de celles à prévoir avec une indication du calendrier d'application.

Le CLP ,via le CHST ,doit être associé à l'analyse sur les effets de l'application de ces mesures sur le personnel , notamment pour celles qui relèvent du traitement et de la gestion des données médicales .

Il demande que la DG ADMIN organise une réunion d'information avec la plénière du CLP pour avoir un échange constructif avec les représentants du personnel sur la politique du bien-être et la réorganisation des services médicaux.

Enfin,le CLP s'insurge contre les velléités de réduction budgétaire pour la période 2007-2013 déjà dénoncées par le rapport PROLOG.