

## ANNEXES au Communiqué de Presse commun

### Pour la Médecine du Travail :

Les objectifs quantifiés du Plan Santé au Travail 2005-2009 sont : 1) une réduction de 20 % des Troubles Musculo-Squelettiques ou TMS (première cause de maladie professionnelle dans notre pays) ; 2) la réduction de l'exposition au bruit (plus de 51% des Français déclarent d'être gênés par le bruit) ; 3) une réduction de l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (Base CAREX : 1,4 à 2,6 millions de salariés seraient exposés aux agents cancérogènes d'origine industrielle, qu'ils soient chimiques, physiques ou biologiques ; Enquête SUMER 2002-2003 : Près de 37% des salariés (+ 3 points), soit près de 7 millions de salariés ont été exposés à au moins un produit chimique lors de la dernière semaine travaillée précédant l'enquête) ; 4) le renforcement de la prévention en matière d'information dans les entreprises ; 5) la prévention des risques psychosociaux (le stress reconnu comme un risque professionnel par l'Accord-Cadre européen du 8 octobre 2004). Par ailleurs, l'institut Louis Harris\* a réalisé une étude pour le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale en novembre 2004 sur le sujet : « La sensibilité de l'opinion publique aux conditions de travail ». A la question « Dans l'exercice de l'activité professionnelle, il existe divers types de risques. Parmi ceux-ci, quels sont ceux auxquels vous êtes susceptibles d'être exposé vous-même ? », 38% des personnes interrogées, dans leur perception, ont répondu le stress comme première cause des risques d'accidents et de maladies liées à l'activité professionnelle.

Le Plan Santé au Travail 2005-2009, le Plan Cancer 2003-2007 et le Plan National Santé Environnement 2004-2010 se sont donnés des objectifs ambitieux mais les moyens ne suivent pas. Supprimer la filière de formation universitaire via l'Internat de Médecine du Travail risque de nuire pour longtemps à la santé au travail de plus de 19 millions de salariés.

Comment arriver à ces objectifs en supprimant de fait la filière de formation en médecin du travail ?

La DGS justifie l'importance de la baisse du pourcentage de poste de médecine du travail par l'existence d'autres voies d'accès (concours spécial et capacité).

Cependant les confrères formés via les voies de la régularisation et/ou de la reconversion, formation plus courte, exerceront moins d'années que les médecins DES et ne seront pas des spécialistes ayant dédié toute leur activité à la prévention.

Ils pourront également retourner à leur spécialité d'origine à tout moment à la différence des DES qui se consacreront entièrement à la santé au travail.

Seul le maintien d'une formation de qualité de médecins spécialistes des risques professionnels répondra aux attentes du monde du travail en terme de santé et de sécurité au travail.

La Direction Générale de la Santé s'appuie sur la nécessité de libérer des postes afin de mener à bien les différents plans lancés par M. Douste-Blazy dont le Plan Cancer 2003-2007.

Or, la médecine du travail est un des acteurs principaux dans la prévention des cancers comme en témoigne la Circulaire DGS/DRT n° DGS/SD7C/2004/525 du 4 novembre 2004 relative à la prévention des cancers en milieu professionnel signée le 13/02/2004 par le Ministère de la Santé et celui du Travail, ceci en application de la mesure 13 du Plan de mobilisation nationale contre le cancer : « le médecin du travail est, en effet, un élément essentiel de la prévention en entreprise par sa connaissance simultanée du salarié et de la situation de travail et donc la possibilité qu'il a de mettre en relation l'état de santé du salarié et son exposition à certains facteurs de risque.

La prévention des autres types de cancers nécessite la mobilisation des médecins du travail sur les risques de cancers liés au tabac et à des facteurs nutritionnels, en particulier l'alcool. Le médecin du travail peut en effet sensibiliser les chefs d'entreprise et les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions du Travail ou CHSCT, ainsi que les salariés, de façon collective ou ciblée dans le cadre des visites médicales. Il pourra également relayer les campagnes de prévention et de dépistage des cancers dans une mesure compatible avec l'exercice de ses missions propres ».

Les effectifs de la spécialité « médecine du travail » sont déjà notablement insuffisants, et la tendance à moyen terme est à la baisse, en particulier à cause du départ à la retraite d'un grand nombre de médecins du travail d'ici 2010. Les commissions régionales d'études médicales en sont d'ailleurs conscientes, comme en témoigne leur demande d'augmentation pour 2005 des postes de médecine du travail de 36 % (pourcentage identique à celui demandé pour la psychiatrie).

**Réduire la principale voie de formation ne va pas y remédier et va aboutir à la mort de notre spécialité.**

En conclusion, on déplore ainsi le manque de concertation évident et incompréhensible avec le Ministère du Travail dans la décision prise par le Ministère de la Santé alors que les deux Ministères ont été associés à l'élaboration du Plan Santé au Travail 2005-2009.

Il faudrait également veiller à la nécessaire mise en oeuvre d'équipes pluridisciplinaires dont les médecins du travail sont des acteurs essentiels aux fins d'expertise et de veille sanitaire dont l'impérative nécessité a été précisée dans le Plan Santé au Travail 2005-2009.

La qualité de formation initiale des médecins du travail est un des piliers essentiels d'une politique de prévention des risques professionnels s'appuyant sur l'intervention d'équipe pluridisciplinaire.

(Cf. La lettre ouverte du CNIMT au Ministre de la Santé du 26 février 2005 : [www.cnimt.org](http://www.cnimt.org))

**ANNEXES au Communiqué de Presse commun**

**Pour la Pédiatrie :**

Dans son discours du 13 janvier 2005 lors des Assises nationales de la santé de l'enfant et de l'adolescent, M. le Ministre rappelait sa particulière sensibilité à la santé des enfants et des adolescents. Il exprimait son objectif de réduire le taux de mortalité périnatale de 15% en 4 ans et annonçait des aides financières de 18 millions d'euros pour les transports inter-hospitaliers en 2006 et de 43 millions d'euros pour la réanimation pédiatriques. Ce plan « Périnatalité » était complété par deux plans de santé publique : « Maladie rare » et « Autisme » aux objectifs ambitieux. En insistant sur l'importance du dépistage il affichait sa volonté de garantir la meilleure insertion scolaire et sociale pour tous les jeunes dans le cadre d'une collaboration entre PMI, médecins des établissements scolaires, pédiatres libéraux et équipes hospitalières. Enfin, il pointait deux thèmes jugés sensibles que sont : la santé de l'adolescent en rappelant que le suicide représente la deuxième cause de décès des 15-24 ans, et les maladies de l'environnement puisque 20 à 30% des enfant et adolescents sont concernés par des pathologies allergiques. On peut rapprocher de ces dernières le problème de l'obésité puisque 15% des 7-9 ans ont un surpoids ou une obésité. Il finissait par constater « la pénurie de pédiatres et leur mauvaise répartition géographique ». L'annonce d'une réduction du nombre de postes d'interne en pédiatrie de 50% pour novembre 2005 suscite une vive émotion au sein de la communauté pédiatrique et paraît en incohérence totale avec l'ambition annoncée des projets et objectifs concernant la santé de nos enfants.

## ANNEXES au Communiqué de Presse commun

### Pour la Santé Publique :

La loi de Santé Publique (Loi n° 2004-806) a été votée le 9 août 2004. Il paraît irrationnel qu'en moins de 6 mois ce vote soit suivi d'une réduction massive du nombre de professionnels impliqués dans son application et son expertise!! L'exercice quotidien de la Santé Publique exige à la fois une connaissance de la médecine et des structures de soins acquises durant l'externat, et une formation scientifique de haut niveau (biostatistiques, épidémiologie, économie de la santé, sociologie, planification), à laquelle répond parfaitement l'Internat de Santé Publique. Faire croire que l'accès à cette spécialité pourra se faire uniquement en seconde partie de carrière est illusoire, tant du point de vue de la formation que des effectifs pouvant être obtenus de cette façon.

Nous reconnaissons tous que les manques de postes sont réels, aussi bien en médecine générale qu'en médecine spécialisée, nous contestons par contre avec la plus grande vigueur le fait que la compensation de ces manques se fasse aux dépens d'autres spécialités elles-mêmes très insuffisamment dotées. Quelle est la justification du 50% de généralistes 50% de spécialistes ? Cette vision à court terme, ne fera qu'aggraver une situation déjà critique.

De plus, comment gérer les problèmes de démographie médicale en incitant les médecins à changer de spécialité en cours de carrière ?

L'accès à ces spécialités en seconde partie de carrière pose également d'autres problèmes :

- Comment peut-on remplacer efficacement quatre années d'Internat spécialisé par une formation de seconde partie de carrière ?
- Y a-t-il un bénéfice réel à imposer un cursus clinique général (et sa durée) avant de se spécialiser ? N'est-ce pas tout simplement une remise en cause de l'internat de spécialité ?

Nous refusons ce mode de gestion de la démographie médicale française. Nous sommes surpris de constater l'absence de vision à long terme des effets que pourraient avoir des modifications aussi précipitées et inadéquates des effectifs des différentes spécialités. Les déséquilibres créés par ces modifications ne peuvent que nuire à la qualité des soins. Ils sont inconcevables dans la dynamique actuelle d'amélioration d'accès aux soins et d'organisation de la gestion du risque sanitaire.

Le numerus clausus en constante augmentation permettra un ajustement progressif dans toutes les disciplines médicales. Toute autre modification ne peut être envisagée qu'avec circonspection.