

Commission Santé CE DT Sud-Est
Rapport sur le projet d'agrément du SST soumis à l'avis du CE DTSE
Février 2011

Membres de la Commission :

CFDT : Valérie GIORDANA Présidente
 François TERSEUR
CFTC : Véronique BERNARDINI
CGT : *aucun représentant mandaté*
FO : Michèle BEAUMONT
 Jean-Marie LE NEINDRE
SUD : Cathy CAILLE
 Dominique WITTMAN

En préliminaire, la Commission rappelle aux élus du CE que l'avis sollicité porte sur le dossier et non sur les transparents de « présentation »... ainsi que sur la nécessité d'examiner ce dossier au regard des insuffisances pointées par la DIRECCTE IdF dans son courrier du 22/12/2009, ainsi qu'aux éléments d'engagement formulés par France Telecom dans son courrier du 27 mai 2010 et retenus par la DIRECCTE lors de l'agrément provisoire.

L'attention des élus du CE est également attirée sur la nécessité de vérifier que le SST de la DT Sud Est est à même de remplir efficacement ses missions pour le compte des établissements et divisions « hors DT » mais implantés sur son territoire (notion de SST « prestataire »).

Le courrier du 22/12/2009, de l'avis de la Commission, pose notamment dans son point 1, une **exigence de résultat** qui dépasse la simple exigence de conformité réglementaire, en particulier au regard de l'ampleur et de la fréquence des adaptations de l'organisation du travail imposées par les évolutions technologiques et l'environnement concurrentiel du secteur.

Concernant le **processus de consultation**, visiblement élaboré au niveau national, la Commission regrette :

- que la consultation des personnels du SST se soit **limitée aux seuls médecins**, en oubliant les infirmiers, dont la contribution et la motivation sont unanimement reconnus
- que la **consultation des acteurs de la pluridisciplinarité** n'ait pas été organisée pour prendre en compte l'avis des Assistants Sociaux et des IPRP et préventeurs, alors même que le courrier de la DIRECCTE pointe les insuffisances de la pluridisciplinarité
- **l'absence de consultation du CNSHCT**, pourtant recommandée par le courrier DIRECCTE
- **l'absence totale de négociation nationale et locale** avec les partenaires sociaux sur les modalités du contrôle social, contrairement aux souhaits clairement exprimés par la DIRECCTE de voir privilégier la voie d'un accord.

1. Axe « effectifs des médecins » : (point 2 du courrier DIRECCTE)

La Commission prend acte de l'effort d'ajustement aux besoins et aux spécificités des secteurs opérés sur le **SST DT Sud Est**.

Elle souhaite néanmoins faire observer les **réserves** suivantes :

- la **quotité de travail des médecins** doit clairement faire apparaître la quotité affectée aux travaux au sein de l'Espace Ecoute et Accompagnement. La quotité correspondante affectée directement au SST doit être précisée.

A cet égard, le Dr KOEHLIN ne doit apparaître dans les tableaux de l'annexe 3.1 qu'à hauteur de 0,8 ETP. Cette incohérence risque de semer le **doute** sur la validité des tableaux nationaux.

De même, la Commission souhaite que les tableaux des pages 20 et 21 du document de présentation fassent apparaître la quotité travaillée en ETP, ventilée en activités EEA et activités SST.

La commission souhaite également disposer d'une vision historique sur les effectifs médicaux et les secteurs affectés.

- la Commission estime **que l'ampleur du nombre de salariés affectés** au Dr BENMOUNA est excessive, et souhaite que soit recruté un médecin à temps partiel en complément sur ce secteur, sans cependant en modifier substantiellement les caractéristiques puisque le médecin recruté y semble attaché.
- L'objectif de un médecin pour 1500 ETP **en moyenne** peut cacher de grandes disparités et la seule notion de moyenne ne permet pas de repérer les anomalies. D'autres éléments statistiques s'imposent (histogrammes, mini, maxi, écart-type...), **à supposer qu'un engagement « statistique » puisse répondre à une exigence de résultat !**
- les ratios présentés apparaissent insuffisants pour apprécier l'adéquation du nombre de médecins, en particulier au regard des dispositions de l'article R4623-10 (proratisation des seuils maximaux en fonction du temps de travail). La Commission demande donc à connaître les **ratios salariés affectés / ETP, examens médicaux totaux / ETP**. Ces informations devraient être disponibles dans les annexes 3.1, ainsi que dans les pages 20 et 21 du document de présentation.
- Les annexes 3.1, 3.4 et 3.5 ne permet pas de connaître (et donc de contrôler) le nombre de **salariés en SMR relevant de chaque entité** (DT ou service national, établissement). La Commission demande que cette précision soit ajoutée dans ces tableaux.
- La Commission souhaite disposer dans les mêmes tableaux du « temps moyen d'examen médical » pour chaque médecin (temps de travail annuel hors « tiers temps » pondéré par la quotité de travail et divisé par l'effectif salarié affecté, exprimé en minutes), ceci dans le but de mieux apprécier si la possibilité d'effectuer l'activité clinique requise est **réaliste sans empiéter sur le temps de l'action en milieu de travail**.
- La Commission déplore en outre l'absence de tentative de **quantification des actions nécessaires en milieu de travail**, et s'inquiète de l'adéquation de la durée minimale « réglementaire » de ce « tiers temps » au regard des spécificités de l'entreprise. (études de poste, adaptation des postes suite a restriction d'aptitude, analyse de l'impact des changements organisationnels et des outils, actions d'amélioration des conditions de travail, multiplicité des CHSCT, etc...)

Ces cinq derniers points relèvent certes de la **méthode nationale d'évaluation des besoins et de présentation** du SST, mais sont susceptibles de révéler des faiblesses dans certaines organisations locales, et contribuent de ce fait à l'amélioration du contrôle social.

Les annexes 3.2 permettent d'identifier les mouvements de médecins prévus.

Il serait utile de les compléter par une projection (simulation) de l'effet escompté sur l'annexe 3.1 afin d'apprécier **l'impact des rééquilibrages envisagés**.

2. Axe « Pluridisciplinarité » (point 3 du courrier DIRECCTE)

Préventeurs

La Commission prend acte du recensement des préventeurs et IPRP en exercice, ainsi que de l'extension volontaire de la protection « IPRP » aux préventeurs. Elle estime cependant que cette extension de la protection devrait faire l'objet d'une **décision unilatérale de l'entreprise**.

La Commission s'inquiète cependant que l'on ne s'appuie que sur les ressources et compétences existantes, alors que le courrier de la DIRECCTE pointe **leur insuffisance** notamment en matière de **RPS**. Dans ces conditions la Commission recommande :

- que, sans en faire une condition de maintien en poste des préventeurs existants, une habilitation IPRP leur soit **systématiquement proposée** au lieu de se reposer sur la demande spontanée.
- Que **l'habilitation IPRP** devienne la règle pour les **nouveaux recrutés** internes (parcours de professionnalisation) ou externes
- Qu'au moins un préventeur par établissement suive des l'année 2011 un **module de formation « RPS »** dont le contenu sera soumis aux partenaires sociaux, et que ce module fasse partie du cursus obligatoire de formation des préventeurs

Les Instances de la pluridisciplinarité

Commission médico-technique

La Commission considère que les CMT constituent le **lieu privilégié de l'exercice de la pluridisciplinarité**, et que ces dernières doivent donc intégrer **des représentants** de l'ensemble des acteurs, en particulier **des infirmiers, des assistants sociaux et des préventeurs**.

Si cette définition semble correspondre à la vision locale mise en œuvre à la DT Sud Est, la Commission estime que cette réalité (ainsi que le mode de désignation des représentants et les dispositifs d'animations et de partage) devrait être **mieux formalisée** (comme le préconise le courrier de la DIRECCTE) et inscrite dans le dossier d'agrément afin d'en garantir la pérennité.

Enfin **les modalités du contrôle social** devraient faire l'objet d'une concertation ou mieux d'un accord, précisant notamment la manière dont le **CE** (instance de contrôle) prend connaissance des **travaux de la CMT** et peut **débattre des orientations et de son plan d'action**.

Commission de Coordination des CHSCT

La Commission estime que cette instance constitue un lieu complémentaire d'exercice de la pluridisciplinarité et de la prévention.

Elle recommande que ses **modalités de fonctionnement** soient complétées et que **ses travaux soient mieux diffusés**.

3. Axe « Espaces d'Ecoute de Accompagnement » (point 4 du courrier DIRECCTE)

La Commission exprime sa surprise que ce point, explicitement soulevé par le courrier de la DIRECCTE, ne fasse pas l'objet d'un point spécifique dans le dossier d'agrément qui est soumis au CE.

La Commission prend acte de la séparation rigoureuse des activités relevant de l'EEA et de celles relevant du SST, ainsi que de l'existence de la charte de déontologie correspondante.

La Commission estime néanmoins que **l'activité EEA** devrait figurer dans les documents d'organisation du SST, ainsi que la **quotité de temps des médecins qui y contribuent**. Le principe d'un rapport annuel aux instances de contrôle (CE, CHSCT) devrait également être affirmé.

4. Axe « actions en milieu de travail » (point 5 du courrier DIRECCTE)

La Commission déplore que le besoin d'activité en milieu de travail, dont le législateur affirme l'importance prépondérante en matière de prévention, n'ait **pas fait l'objet d'un travail d'identification et de quantification**, éléments indispensables au **dimensionnement préalable** de l'effectif médical.

En conséquence l'approche nationale de l'activité MDT ne repose que sur les minima réglementaires, dont **l'adéquation au contexte de France Telecom** est largement mise en question.

Cette activité est en outre fréquemment sacrifiée lorsque l'effectif des salariés affectés est important, et que, combiné à la nécessité de prendre **un temps d'écoute suffisant**, la durée réelle des examens médicaux déborde le temps normalement imparti à l'activité clinique.

Le secteur du Dr BENMOUNA semble particulièrement fragile à cet égard.

La Commission demande donc :

- que soit mise en place une **évaluation quantifiée des besoins** d'action en milieu de travail
- que le dimensionnement futur du SST soit ajusté en fonction des **besoins réels de l'action en milieu de travail et des examens cliniques** qui devront conserver une durée moyenne suffisante pour une écoute et une compréhension des risques et du vécu des salariés.
- Que ces ajustements soient soumis chaque année au CE, à l'occasion du RAF SST.

La Commission souhaite que la liste des certificats et compétences particulières des médecins soit établie, et que soient précisées les modalités selon lesquelles les médecins et les compétences techniques, ergonomiques et organisationnelles peuvent être sollicités dès le stade de la conception des projets, outils, processus et méthodes.

Autres acteurs et ressources d'appui

La commission demande que les personnels infirmiers (annexe 4.1), préventeurs (annexe 5.1.2), IPRP et secrétaires médicaux (annexe 4.2) fassent l'objet d'un recensement détaillé sur le modèle de l'annexe 3.1, avec la **ventilation des effectifs « affectés » et les quotités de travail**, ainsi que l'indication de l'établissement d'appartenance (préventeurs, IPRP) ou du secteur médical (Assistants Sociaux, infirmiers, secrétaires médicaux). Une **anticipation des mouvements** de ces personnels sur le modèle de l'annexe 3.2 est vivement souhaitable.

La Commission estime que **l'absence de secrétariat médical** sur les secteurs Vaucluse et Drôme Ardèche constitue une anomalie, et qu'un recrutement sur ces secteurs serait de nature :

- à mieux favoriser la planification des rendez-vous médicaux
- à donner un signal de proximité du SST aux salariés de ces secteurs
- à faciliter le travail en pluridisciplinarité
- à faciliter la permanence d'accueil téléphonique sur l'ensemble des secteurs médicaux lors des congés et absences

Inventaire des compétences nationales

La Commission estime que le dossier devrait préciser **les modalités et conditions d'appel à ces ressources internes**, ainsi que les procédures d'arbitrage entre les besoins exprimés et les modalités de suivi de l'adéquation quantitative et qualitative de ces ressources, notamment dans le cadre du contrôle social. Ces modalités, et leur calendrier, devraient faire l'objet d'une **concertation** avec les partenaires sociaux.

Compétences externes

Les modalités de **suivi et de contrôle** de l'activité ne sont pas définies et devraient faire l'objet de **concertation**.

Capitalisation des actions en milieu de travail

La Commission propose qu'une méthodologie et une base de connaissance partagée puissent permettre une **capitalisation et un partage à tous les niveaux**, afin d'aider à l'analyse et à la prévention locale, sans cependant s'y substituer :

- des analyses et actions effectuées
- des recommandations des différents acteurs de la prévention
- des mesures retenues ou non dans l'entité

5. Axe « locaux médicaux » (point 6 du courrier DIRECCTE)

La Commission prend acte des aménagements déjà réalisés et souligne la nécessaire vigilance sur l'effectivité de la réalisation des travaux dans les délais annoncés.

6. Axe « contrôle social » (point 7 du courrier DIRECCTE)

La Commission prend acte des premières mesures déployées avec l'outil SESAME.

Elle souligne cependant que les **fonctionnalités de l'outil** n'ont pas fait l'objet d'une **concertation** avec les instances de contrôle social, ni avec l'ensemble des utilisateurs de l'outil.

La Commission estime nécessaire que les états et extractions de l'outil destinées aux instances de contrôle (CHSCT, CE, CCUES, CNSHCT) fassent l'objet d'une concertation en temps utile, **afin que les données restituées permettent un contrôle effectif de l'activité et du bon fonctionnement** du SST et de la pluridisciplinarité.

A titre d'exemple, on peut citer la nécessité de disposer, au-delà des exigences réglementaires, d'éléments d'appréciation des tendances, ou de comparaison des niveaux locaux par rapport à des moyennes nationales, analyses « à la demande »...

Par ailleurs le contrôle social ne saurait se limiter à la production d'états et de rapports.

La Commission estime nécessaire que soient négociés, au niveau local et au niveau national :

- les modalités d'information et de débat sur les plans d'action en milieu de travail
 - les modalités d'information et de suivi des CMT et Coordinations CHSCT
 - les procédures de contrôle des SST prestataires par les CE « clients »
 - les modalités de fonctionnement et de suivi des compétences et ressources nationales et/ou externes
 - les modalités de recrutement et formation des préventeurs
- etc...

Le rôle des élus au CE est primordial pour imposer le contrôle social dont ils ont la charge sur les SST et obtenir de meilleures garanties pour une prévention et des services de santé au travail au service des salariés.

En conclusion, la Commission Santé propose aux élus du CE DT Sud Est de rédiger un avis motivé prenant en compte les éléments suivants :

« Les élus du CE DTSE, réunis en séance le XXXX, consultés sur le projet d'agrément du SST DT Sud Est et après avoir pris connaissance du rapport détaillé de la Commission Santé du CE sur ce projet :

- prenant acte et soulignant les efforts réalisés par la DT SE en recrutement de médecins et en termes de redécoupage des secteurs médicaux
- prenant acte du calendrier de remise en conformité des locaux médicaux
- prenant acte du déploiement des premières fonctionnalités de l'outil SESAME
- prenant acte des garanties accordées aux préventeurs
- prenant acte des avis des médecins et de leurs réserves
- mais regrettant les **insuffisances de la structuration nationale** du dossier, sa **focalisation excessive** sur les seuls critères de la **conformité formelle aux minima réglementaires** au détriment de l'efficacité réelle, et **l'absence de toute concertation** préalable à son élaboration

formulent un AVIS POSITIF sous les RESERVES EXPRESSES suivantes :

|

| (à adapter par les élus)

formulent un AVIS NEGATIF fondé sur les INSUFFISANCES suivantes :

|

- un effort supplémentaire devra être réalisé d'ici fin 2011 pour ramener l'effectif affecté au secteur du Dr BENMOUNA au niveau moyen des autres secteurs
- un travail d'identification et de quantification des besoins d'action en milieu de travail devra être conduit en 2011 afin d'ajuster le dimensionnement du SST aux besoins globaux réels tout en laissant une place suffisante à une activité clinique et à une durée moyenne d'examen voisine de 45 minutes
- la mise à disposition d'un secrétariat médical sur les secteurs Vaucluse / Drôme Ardèche
- la proposition systématique de la qualification IPRP aux préventeurs en poste
- l'engagement de conduire au niveau local et au niveau national des négociations en vue d'un accord portant notamment sur :
 - o les précisions nécessaires sur les annexes détaillant les ressources en personnel et compétences
 - o les modalités détaillées de l'exercice du contrôle social par le CE (fourniture des données et rapports correspondant aux besoins du CE, des CHSCT..., évaluation des besoins d'action en milieu de travail...)
 - o les procédures d'échange d'information entre les CE « client » et le CE de rattachement du SST « prestataire »
 - o l'adaptation correspondante des fonctionnalités de l'outil SESAME
 - o les modalités de suivi et contrôle des instances de la pluridisciplinarité (CMT, Coordination Technique CHSCT,...)
 - o les modalités de saisine, suivi et contrôle des compétences nationales et externes
 - o les modalités de capitalisation et partage des analyses, actions et mesures de prévention en milieu de travail

»