

>> Sommaire

- Actualité syndicale** ...p2
- Infirmiers Santé au travail : Positionnement dans la grille
 - Contentieux
- Terrain**p3
- Protocole(s) : médecin/infirmiers en santé au travail
- Institution**p4
- Santé au travail, reculs résistibles
- Interview**p5
- Dominique Lhuillier
- Chantier**p6
- Les cancers d'origine professionnelle en mal de reconnaissance
- Eureka**p7
- Inaptitude et désinsertion professionnelle

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 68

MARS 2019

>> Éditorial

Les insuffisances de la prise en compte de la santé au travail ne sont pas à nier.

Trois intervenants non professionnels de la santé au travail ont accepté d'écrire pour ce JST.

Michel Héry interroge les perspectives pour les opérateurs avec les nouvelles formes de numérisation et d'automatisation, Dominique Lhuillier nous fait part des pistes à connaître et à remonter pour accompagner les maladies chroniques. Anne Marchand nous incite à la reconnaissance des cancers professionnels.

La médecine du travail est plus que jamais dans un exercice difficile tant pour la coopération entre médecin et infirmiers évoquée par France en page 3 pour l'utilisation des avis d'inaptitude dont Jean Michel nous décrit le contexte et la perspective préoccupants.

Mais Luc Gerson nous encourage en nous rappelant que l'environnement institutionnel peut évoluer et qu'il existe des espoirs.

Gérard LUCAS

Un monde du travail confronté à une automatisation qui s'accélère

Par Michel HÉRY - Mission Veille et prospective de l'INRS

L'INRS mène depuis plusieurs années des actions de prospective consacrées à l'organisation du travail au sens large : modes et méthodes de production, plateformes (uberisation) des activités, utilisation de la robotique et en particulier des robots d'assistance physique. Tous ces exercices ont montré le consensus des centaines d'experts consultés sur l'influence croissante de l'automatisation dans l'ensemble des secteurs : de l'agriculture aux services en passant par l'industrie.

La prospective n'est ni de la prévision, ni de la divination. S'appuyant sur une méthodologie précise, elle a pour objectif de décrire les futurs possibles. Elle se donne les moyens de la plausibilité des hypothèses ou des scénarios auxquels elle aboutit, indépendamment de leur désirabilité et des opinions personnelles de tous les acteurs impliqués dans leur formulation. Son objectif est de fournir des éléments de réflexion aux décideurs et de favoriser leur positionnement sur les orientations de sujets dans leur domaine de compétence : il s'agit donc d'une aide à la décision.

La prospective s'appuie sur la veille. Cette veille doit être la plus large possible : littérature scientifique, littérature grise, presse, remontées du terrain par les canaux les plus variés. Il s'agit souvent de détecter des signaux faibles, annonciateurs de tendances potentielles. La mise en perspective de tous ces éléments, s'appuyant sur la pluridisciplinarité et la multiplication des points de vue, doit permettre de déterminer la plausibilité et relativiser l'importance de tous ces signaux. Dans le même temps, les travaux de prospective déjà menés permettent d'organiser cette veille en la focalisant sur les problématiques les plus porteuses.

Dans cet article, on s'intéressera principalement aux conséquences de l'influence de plus en plus forte des logiciels dans le monde du travail, à travers quelques exemples qui montrent que les conséquences en matière de risques professionnels et de prévention peuvent être impor-



tantes : dans beaucoup d'entreprises aujourd'hui, c'est déjà demain...

Une robotisation mal maîtrisée : le cas Tesla

Le lancement du modèle 3 a été l'occasion pour Tesla de franchir un nouveau pas dans l'automatisation. Alors que ses concurrents sont restés à un modèle de chaînes de production organisées autour de l'Homme, même si des tâches de plus en plus nombreuses sont confiées à des robots souvent collaboratifs, Tesla a fait le pari de faire disparaître toute intervention humaine du paysage en robotisant toute la production. Expérience ratée puisque, voisinant avec des réussites techniques spectaculaires, elle a généré de nombreux dysfonctionnements qui ont nécessité la mise en place, en plus des deux chaînes automatisées initiales, d'une troisième conçue dans l'urgence selon un modèle classique. Le retour

partiel en arrière ne s'est pas accompagné de la réflexion nécessaire à une adaptation suffisante de l'espace et des méthodes de travail à la composante humaine. Ainsi, outre les accidents dus aux interventions précipitées de travailleurs visant à pallier les incidents de production liés aux problèmes de fonctionnement des automates, il a fallu adapter le travail de l'Homme à des installations qui n'avaient pas été conçues pour lui, à des absences de dispositifs de captage des polluants émis aux postes de travail, etc. Avec les conséquences qu'on imagine sans peine en termes de risques professionnels et de prévention défailante.

Il convient de signaler que ce choix du tout-robotisé était davantage guidé par les convictions technicistes d'Elon Musk, le dirigeant de Tesla que par de réels avantages techniques ou financiers. Ainsi, par exemple, un poste de travail simple

et exempt de pénibilité tel que celui consistant à découper une plaque de fibre de verre et à la placer sur les batteries de la voiture aurait pu, sans aucune difficulté, être confié à un travailleur pour un coût largement inférieur à la robotisation de l'opération. Choix d'autant plus regrettable que le robot en question, conçu pour la réalisation d'une tâche apparemment simple, a connu de nombreux incidents et obéré à de nombreuses reprises le fonctionnement de la chaîne. En revanche, la mise en place du moteur et des batteries sur le châssis de la voiture a été automatisée en 5 étapes sans aucune intervention humaine, alors que pour les précédents modèles, elle nécessitait l'intervention de 17 opérateurs lors de 14 opérations successives.

Le mot de la fin (provisoire) revient à Elon Musk qui, confronté à de nombreuses difficultés liées à cette opération à problèmes, a tweeté : « *L'automatisation excessive chez Tesla était une erreur. Pour être précis, mon erreur. Les humains ont été sous-estimés* ».

La conduite de projets à travers les frontières... en s'affranchissant du temps et de ses contraintes
L'algorithme Foundry, conçu par une équipe de l'université Stanford, permet la création quasi instantanée (suivie d'une dissolution presque

Infirmiers Santé au travail

Positionnement dans la grille

L'engagement des infirmiers et leurs compétences dans leurs missions en santé au travail doit être reconnu et cela passe aussi par un meilleur échelon dans la grille.

Rappelons que la formation des infirmiers correspond à un niveau Bac+3 à laquelle s'ajoute une formation complémentaire en santé travail qui s'il s'agit de la licence santé travail porte leur niveau de formation à un Bac+4. Or les infirmiers de santé travail ne sont toujours classés qu'au niveau 12 dans la grille de « PRESANSE ! » Il est indispensable de corriger cette incohérence et de classer les IST « cadre » avec un niveau au moins à 14. Le SNPST, dès l'élaboration de la nouvelle grille, avait jugé le positionnement des infirmiers insuffisant. Le CISME s'était alors engagé à faire un point sur le métier infirmier : nous y voilà !

L'évolution du rôle des infirmiers de santé au travail est indéniable.

Après la mise en place des entretiens infirmiers intermédiaires aux visites médicales, la mise en place des VIP implique non seulement le suivi de santé des salariés mais aussi l'information sur les risques auxquels ils sont exposés ainsi que les

mesures de prévention mises en place sur le terrain et les équipements de protections individuels à adopter. L'infirmier devra aussi être en capacité de déceler les éventuelles problématiques de santé pouvant mettre le salarié en difficulté sur le poste de travail afin de les transmettre au médecin du travail. Certains salariés pourraient n'être suivis que par les infirmiers

Comprendre ce que le salarié engage de sa santé pour réaliser son travail, et pouvoir réfléchir avec lui sur ses difficultés afin de chercher des stratégies pour se protéger demande une maîtrise de la clinique médicale du travail.

Il est indispensable pour remplir cette mission que l'infirmier connaisse les postes de travail et ait une solide formation sur les risques et les pathologies associées.

Ces visites d'informations et de prévention doivent permettre de passer de l'individuel au

collectif et d'organiser la veille médicale sur la santé d'un collectif de travail.

Les VIP permettront de renseigner la traçabilité des expositions.

Pour permettre un travail de qualité basé sur une réelle coopération avec l'équipe pluridisciplinaire et pas seulement un palliatif au retard dans les visites, il faut que les infirmiers montent en compétence par la formation initiale d'un niveau au moins de master 2 et que la formation continue (DPC) corresponde à leurs besoins et que ces formations et ces compétences soient enfin reconnues comme il se doit !

RIEEST

Parallèlement nous saluons la constitution du réseau des infirmiers Enseignant En Santé Travail, qui avec les autres organismes des infirmiers en santé au travail pourra représenter légitimement la profession.

Contentieux

Par Jean-Michel DOMERGUE

Amiante, la justice esquive, encore



Dans l'affaire des chantiers navals de Dunkerque, la cour de cassation a confirmé le 11 décembre 2018 l'annulation des mises en examen des responsables nationaux pour « homicides et blessures involontaires » comme le demandait l'ANDEVA, comme pour le site de Jussieu. Le caractère indirect de leurs responsabilités les mettrait à l'abri, « alors qu'on a à faire à des crimes d'organisation » rappelle Me Teissonnière. L'invocation de leur « non connaissance du danger à l'époque » ne tient pourtant pas. Dès 1977 des documents officiels remis aux mains de toutes les parties prenantes étaient déjà alarmistes, mentionnant explicitement que le seuil maximal des fibres d'amiante à 2 fibres par cm³ de façon uniforme diminuerait les abestoses mais non les mésothéliomes si au moins le seuil des fibres de Crocidolite n'étaient pas à 0,2/cm³. Depuis les seuils sont encore bien plus bas à 10 fibres par litre au niveau 1 depuis 2015.

Après avoir retiré en 2012 le dossier Eternit au juge Bertella-geoffroy pour rai-

sons formelles, il était très probable que ce dossier n'aboutisse plus non plus.

On pourrait envier en la matière la justice de nos voisins italiens qui, avec le procureur Guariniello, a reconnu des responsabilités pénales, prononcé de réelles condamnations et engagé la mise en demeure des professionnels de santé de contribuer à la déclaration des pathologies pathognomoniques de l'amiante.

Dans notre pays la lutte des travailleurs et des associations permet désormais la reconnaissance des maladies professionnelles dues à l'amiante au point d'en faire le cancer le plus reconnu actuellement. Mais malgré un dispositif particulier et une médiatisation sensibilisatrice, de nombreux cas ne sont pas encore déclarés ou pas reconnus. Ce sont des dizaines de milliers de travailleurs qui seront encore atteints dans les décennies à venir.

Dans un état de droit, la reconnaissance et la « réparation (!) » des victimes, ne pourraient justifier l'abandon de poursuites pénales, surtout de grands responsables. Si ces décisions de non lieu sont opposables pour les mis en cause dans cette affaire, Me Teissonnière en signale « le côté imprescriptible jusqu'à la mort de la victime sur le terrain de l'homicide involontaire. De nouveaux nom de responsables sont identifiés ; d'autres plaintes suivront ; même si ces affaires n'ont pas encore débouché, à un moment donné, la jurisprudence va se retourner, et la muraille va céder ».

Espérons aussi que la pression juridique pénale dissuade les responsables de l'exposition des travailleurs au cancérogènes ou pathogènes de poursuivre leurs méfaits dans le déni ou sous prétexte d'usage.

Brève... Brève... Brève... Brève... Brève... Brève... Brève... Brève... Brève

Lavage de mains et IST

On ne demanderait plus aux Infirmiers en Santé travail que des entretiens, des bureaux étroits et sans lave main suffisent bien. C'est ce qu'a décidé un service de santé au travail interentreprise pour le cahier des charges de son nouvel établissement. Et si jamais une IST doit prendre une tension artérielle, observer une lésion cutanée, faire faire des manœuvres de SALSA pour constater la limite fonctionnelle d'une TMS... Pas dans la loi, pas dans le décret, donc pas de petites économies. Elles seront remplaçables par des assistantes non médicales, ou des robots, et surtout ne pas envisager d'évolution vers des infirmiers cliniciens et/ou de pratiques avancées...

Protocole(s) : médecin/infirmiers en santé au travail

Par Estelle FRANCE

Face à la carence de protocoles pour la coopération entre médecins et infirmiers dans les services de santé au travail, ou sous prétexte d'harmonisation, de nombreux Services tentent d'imposer des protocoles uniformisés, qui sont loin de répondre à la diversité des situations et l'évolution inéluctable des savoir faire. L'exemple ci-dessous n'est qu'un exemple de la prééminence d'une gestion prétendument simplificatrice de nos services de santé au travail (SST).

Il s'agit d'un service de santé au travail qui accueille des infirmières depuis plusieurs années déjà, d'abord dans un cadre dérogatoire puis de façon plus soutenue depuis 2012. Un groupe de médecins volontaires et très désireux de travailler avec des infirmières va poser les bases d'une coopération à la fois respectueuses du cadre légal et dans l'intérêt de la santé du salarié.

Depuis la loi d'août 2016 réformant le suivi médical des salariés et autorisant sous protocole les infirmiers de santé au travail à pratiquer les visites d'information et de prévention, le recrutement des infirmiers s'accélère ; il n'y a plus de groupe de travail ou de lieu d'échanges sur la coopération.

La direction est très impatiente de confier le suivi médical des salariés aux infirmières afin de se passer de discussions sur la pénurie (organisée, provoquée... ?) de temps médical. L'intégration est devenue plus abrupte : obligation pour les médecins nouvellement arrivés avec augmentation conséquente des effectifs, médecins remplacés par des infirmières, raccourcissement du temps de compagnonnage, abandon de toute idée de formation universitaire, incitation à être très rapidement « productive »...

Les binômes en place reçoivent un beau jour un courriel du service juridique les mettant en demeure de signer un protocole en quatre exemplaires dont deux à renvoyer à la direction. Le protocole a été validé par la Commission Médico-Technique (CMT). Certaines équipes signent, les

infirmières non signataires se voient rappelées à l'ordre parfois par leurs collègues.

Les élus du Comité d'Entreprise (CE) découvrent ce protocole : ils décident de porter la question pour plusieurs raisons. Pourquoi faire table rase des protocoles existants, comment prévoir qu'une infirmière continue son activité quand le médecin en charge de l'effectif a quitté définitivement le service ? Pourquoi inscrire l'espace maximal des visites comme étant la norme ? Et bien d'autres questions qui interpellent...

La direction justifie la commande pour être certaine que toutes les infirmières du service travaillent sous protocole et pour harmoniser les pratiques. Jamais aucune formalisation n'a été réclamée pour le reste de l'équipe pluridisciplinaire alors que le protocole est tout aussi obligatoire. Le travail présenté comme le résultat d'une réflexion de groupe n'était connu ni des médecins ni des infirmières. La CMT a pensé valider un travail abouti et consensuel...

Après discussion et quelques réactions défensives des rédacteurs qui ne comprennent pas que leurs conclusions puissent être mises en débat, la décision est prise de cesser de s'immiscer dans le contenu de la visite elle-même, de laisser le binôme décider de la pertinence des questions à poser selon l'individu et le poste et de laisser le médecin du travail décider du suivi médical à mettre en place. Le protocole émanant de la direction peut servir de base, peut être modifié, mais ne devient pas la loi.

Il est difficile de remettre en cause le travail de collègues, juriste, infirmières, médecins qui essaient de bien faire. Le descriptif de tout ce qui est à faire lors d'une visite n'est pas fondamentalement très différent de ce qu'il se passe souvent. Mais le protocole n'est pas là pour sécuriser une direction ou figer une collaboration. Il ne peut pas y avoir de clinique médicale du travail si le salarié est scindé en appareils (respiratoire, digestif etc...) et si le préalable à une investigation de sa relation au travail est un poids et une taille.

Qu'un service veuille proposer un protocole de base n'est pas critiquable. Ce qui l'est plus, c'est l'instrumentalisation des bonnes volontés : être responsable d'un suivi de santé au travail impose une démarche de réflexion de sa pratique. La direction du service devrait promouvoir et garantir un espace de débat au lieu d'essayer d'imposer l'espacement maximal des visites toléré par la loi.

Les médecins se sont laissés démunir, les infirmières n'ont pas pu réagir, la CMT a été dépassée, le CE a pu se baser sur l'absence de légitimité de certaines formulations, sur les conséquences sur les conditions de travail et les risques pour l'association (exemple d'une infirmière travaillant sur un affectif non attribué) pour jouer son rôle.

Où l'on voit que chacun à son niveau, selon l'instance ou le métier qu'il représente peut redonner du sens au travail, ici dans l'installation d'une coopération médecin-infirmière.

Disparition du Docteur Edmond Ravier



Le Docteur Edmond Ravier vient de nous quitter en 2018 dans sa 90^e année. Médecin du travail en service autonome de la Chimie pendant toute sa carrière, il fut associé étroitement à la mise en responsabilité du polychlorure de vinyle dans l'origine de l'hépatocarcinome. Il s'investit très tôt dans le syndicalisme professionnel : pilier du SNPMT dès les années 1960 il s'impliqua énergiquement dans la défense de l'indépendance professionnelle des confrères, l'amélioration de leurs conditions d'exercice au service prioritaire des salariés. Son rôle primordial de responsable du Contentieux sous les mandats successifs de 1974 à 1994 a été crucial pour la défense de notre spécialité, pour limiter les pressions patronales, mettre en lumière la mise en cause de l'Administration de tutelles trop complaisante déjà avec le CNPF (1978). Sa rigueur dans le traitement des dossiers, sa pugnacité indéfectible nous fit respecter et gagner des procès dont entre autre celui exemplaire contre le service inter d'Aix en Provence au management délétère.

Il avait le goût du débat contradictoire, de la dispute mais en final toujours respectueux des confrères, de leurs sensibilités politiques : le consensus restait son objectif éthique.

A notre confrère toute notre reconnaissance.

A sa famille, nos très sincères condoléances et toute notre sympathie.

Santé au travail, reculs résistibles

Par Luc GERSON

Après des décennies d'améliorations des conditions de travail, une régression paradoxale est ressentie depuis plusieurs années. Face à la mondialisation financière, le secteur industriel restant semble avoir relativement été préservé de certaines dégradations avec des automatisations plus ou moins ergonomiques, alors que des secteurs des services, de l'agroalimentaire et du tertiaire ont évolué dans un contexte concurrentiel et de numérisation progressive vers des intensifications et des contraintes de travail avec des répercussions physiques et psychiques.

Nous ne pouvons certes pas ignorer le poids des précarités. L'augmentation du pourcentage des Contrats à Durée Déterminée (CDD) non seulement limite les perspectives de vie de ces emplois non durables, mais va de pair comme souvent pour les intérimaires avec une dégradation des conditions de travail. Pire, la suggestion de Contrats à Durée Indéterminée à teneur variable, qui ne seraient même pas des annualisations décentes, dépossède les salariés de toute sécurité tout en désresponsabilisant les employeurs.

Dans les secteurs des services, du commerce, des soins ou de l'aide à la personne, des protocoles rigides de travail sont imposés sans ressources réelles, avec de plus en plus d'injonctions paradoxales ignorant autant les dimensions humaines des opérateurs que celles des usagers-clients.

L'auto-entrepreneuriat est souvent associé à une acceptation et une intériorisation de moyens et de conditions de travail insatisfaisants. Le comble est avec le modèle d'ubérisation, où les algorithmes considèrent les opérateurs comme des unités de production clientes, ignorant des complexités et les facteurs humains, et limite toute conscience et intelligence collective du travail.

Culture santé travail

Pourtant, malgré la perte de contre-pouvoirs syndicaux, les mauvaises conditions de travail semblent être l'objet d'une meilleure prise de conscience dans une frange de plus en plus significative de la population.

La fréquence de survenue de troubles musculo-squelettiques est connue par de plus en plus de travailleurs. Les risques chimiques au travail sont aussi appréhendés avec la diffusion d'informations sur les expositions environnementales. Si le « burn out » reste un terme imprécis habituel-

lement traduit en Français par épuisement professionnel, ce sont des formes de décompensation désormais attribuées largement aux conditions de travail.

Des pistes d'infléchissement de ce recul des conditions de travail s'esquissent.

Avec la création des Comités Sociaux Économiques (CSE) la suppression des CHSCT pour les entreprises de moins de 300 salariés, qui, même s'ils n'étaient pas tous fonctionnels, étaient des acteurs concrets pour la préservation ou l'amélioration des conditions de travail, avaient inquiété beaucoup de professionnels de santé au travail. Mais les obligations pour ces CSE de mettre en place des Commission des Conditions de Santé au Travail (CCST), ou de séances au moins trimestrielles sur ce sujet dans les petites entreprises redevient une potentialité intéressante.

La remise en cause par la justice du plafonnement des indemnités prud'homales, au nom de la prévisibilité des risques financiers pour les employeurs, en avait indigné plus d'un. Il est remis en cause par plusieurs tribunaux notamment pour des licenciements abusifs.

Malgré le dispositif restrictif et dissuasif de prise en compte des maladies professionnelles, le petit pourcentage des TMS (Troubles Musculo-Squelettiques) reconnues continuent à augmenter. Les décompensations de la santé attribuées aux risques psycho-organisationnels ne sont qu'à peine centaines à être reconnues par les CRRMP, mais plusieurs milliers à être prises en charge par des déclarations d'Accident du Travail.

Face à la prolifération des tâches atomisées et individualisées par les plateformes numériques internationales, tels que les VTC ou les distribu-

tions par cycles, la justice tend à dénoncer l'iniquité des contrats donneur d'ordre/exécutants, à constater la subordination et enfin à réhabiliter des droits de salariés. Dans l'Europe, ce ne sont certes encore que des petits pas par État, mais c'est toujours ça en attendant plus.

Face aux GAFAM (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft) qui cherchent par leur légère avance technologique numérique et leurs moyens financiers à s'imposer dans tous les échanges, on assiste à des initiatives de reconquête de la maîtrise technique, humaine et fiscale des échanges (*ce n'est pas gagné, ndlr*)

Dans l'agroalimentaire, la concurrence effrénée du productivisme mondialisé, mécanisé, normalisé et phyto-sanitarisé, commence à refaire place à des initiatives de circuits courts et traçables où la dimension humaine et écologique prévaudrait même dans la grande distribution (*faut pas trop rêver, ndlr*).

Des entreprises dites libérées redeviennent des références et l'aspiration de nombreux citoyens avec aussi dans notre pays une augmentation de salariés dans des SCOP, qui, sans être la panacée ni un modèle absolu, sont des facilitateurs de responsabilisation humaine au travail.

Si le rapport Lecoq jette le chaud et le froid en ayant quelque peu omis la question réelle de la santé au travail au bénéfice de la délégation de la gestion des conditions de travail par les entreprises, espérons que la lettre cadre que nous attendons sera plus conséquente pour ne pas accroître le démantèlement des services de santé au travail et mieux cibler leur contribution à la compréhension et à la préservation des atteintes à la santé par le travail.

Faire part de naissance ... Faire part de naissance ... Faire part de naissance ... Faire part

« un RIEEST, et une CNPIST ? »

Le Développement Professionnel Continu (DPC) des Infirmiers en Santé au Travail (IST) est encore pratiquement délaissé et invisible par absence d'encadrement. Certes depuis dix ans la priorité a été donnée à la reconnaissance d'une formation initiale en santé au travail des Infirmiers pour leur intégration et leur coopération dans les SST. Celle-ci est encore bien insuffisante pour atteindre comme espéré un niveau de pratique avancée, de cliniciens de santé au travail, justifié par les besoins de coopération avec la médecine du travail.

Autant le Conseil National Professionnel de Médecine du Travail (CNPMT) a pu donner en 2015 des orientations prioritaires spécifiques et un parcours professionnel de DPC pour la période 2016-2019 (cancers professionnels, TMS, maintien dans l'emploi, RPS...), les IST se voyaient refuser des prises en charge de leur DPC dans ces mêmes orientations, car les orientations générales de la première partie étaient les seules références pour les Infirmiers Diplômés d'État (IDE), et sans aucune prise en compte par l'ANDPC de l'exercice de leur spécialité non reconnue.

À moins d'un an du renouvellement de la définition des orientations prioritaires de DPC pour la période 2020-2022, le Réseau des Infirmiers Enseignants en Santé au Travail (RIEEST) vient d'être créé, et en s'associant au GIT (Groupement des Infirmières du Travail) et aux syndicats représentant les IST (SNPST...) permettent le fonctionnement d'une Commission Nationale Professionnelle (CNPIST) qui pourra devenir la référence légitime pour élaborer des orientations prioritaires de formation, d'évaluation et de suivi des améliorations de leurs pratiques avec l'ANDPC.

On ne peut qu'espérer une bonne congruence avec le CNP de médecine du travail.

Interview de Dominique Lhuillier

Vivre et travailler avec une maladie chronique

JST : Quels sont pour vous les principaux problèmes d'insertion au travail pour les maladies chroniques ?

Les personnes travaillant avec une santé fragilisée sont de plus en plus nombreuses. Et ce du fait des transformations du travail, des progrès thérapeutiques qui permettent de poursuivre ou reprendre le travail, du recul de l'âge de départ à la retraite et du vieillissement de la population active.

Les études qualitatives sur le travail avec une maladie chronique recensent plusieurs difficultés majeures se cumulant : prévenir l'usure prématurée, se maintenir en emploi, gérer les représentations négatives associées aux restrictions, incapacité, invalidité..., appréhender un retour au travail dans un climat peu propice à une prise en compte la santé, et faire face à des organisations du travail souvent inaptes à gérer les variations de capacités productives.

Les comparaisons entre des pathologies chroniques, montrent l'importance des ressources nécessaires à la construction de régulations qui permettent de tenir ensemble exigences de la vie en santé et exigences du monde professionnel. C'est un travail de santé.

JST : La notion de travail de santé au travail interpelle. Vous pouvez préciser pour certaines maladies.

Le travail de santé n'est pas réductible à l'activité des professionnels de santé. En voici un éclairage à partir de quatre maladies chroniques VHC, cancer, diabète ou VIH.

La personne qui vit avec une hépatite, qui réalise des examens de suivi, qui évalue la décision d'engager un traitement... participe à ce travail de santé dans la longue durée de la maladie chronique. Il comprend une intense activité de recherche d'informations sur les hépatites et leurs traitements, car il s'agit d'une maladie « invisible » - peu connue et sans symptôme -. Les sources privilégiées sont les médecins, mais elles sont considérées comme insuffisantes : courte durée des consultations, complexité des hépatites et des génotypes, vocabulaire spécialisé hermétique au « profane », savoir médical qui ne coïncide pas avec le savoir du malade construit sur sa propre expérience... La quête d'informations est souvent orientée vers la rencontre avec des pairs : les forums sur Internet et les associations de malades.

Le travail de santé des cancéreux est intense pendant toutes les phases des traitements. L'expérience de cette vulnérabilité essentielle conduit à un recentrement sur soi, à une attention accrue portée à son corps, à une sélection et hiérarchisation de nouvelles priorités ou des efforts à faire. « S'écouter » pour se ménager, ajuster ses dépenses d'énergie à ce qui est considéré comme essentiel, apprendre à prévenir la douleur, l'épuisement, les troubles somatiques, les angoisses... « Prendre soin de soi » et se protéger des autres, de leurs regards, de leurs questions, de leur désarroi ou maladroites. L'entretien de la vitalité passe par des activités sources de plaisir, de suspension de l'obsession de la maladie et également par des réaménagements des recommandations médicales pour composer avec d'autres exigences que la seule « compliance ».

Le travail de santé est essentiel pour les personnes diabétiques. Le diabète impose que le patient soit acteur de son traitement car il l'administre lui-même : il ne peut être réduit à des conduites d'observance. La relation au médecin est moins asymétrique. Être acteur suppose un apprentissage concernant la maladie. Cette exigence est reconnue par certains diabétologues qui engagent, notamment par la formation à l'insulinothérapie fonctionnelle, le développement de la co-activité patient-médecin dans la gestion de la maladie.

Avec le VIH, l'entrée dans la chronicisation est une expérience fondamentale de l'incertitude qui porte sur tous les aspects de la vie. Apprendre à « faire avec cette incertitude » exige de soutenir cette absence d'appui sur la continuité de l'existence. Le travail de santé vise la relance de la projection, de l'anticipation. Le souci de soi, de l'entretien de son corps et de sa « tête » suppose la reconnaissance d'un futur à préparer dans le présent.



Dominique Lhuillier professeure émérite au CNAM. Ses travaux au Centre de Recherche sur le Travail et le Développement portent essentiellement sur la problématique santé et travail, actuellement des recherches actions en milieu de travail sur la prévention de l'usure prématurée et de la désinsertion professionnelle. Parmi les ouvrages : *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, Eres, 2016. (avec AM Waser)

Le travail de santé réalisé dans tous ces cas ne peut se déployer que dans l'activité. D'où cette nécessité vitale de se maintenir en activité, professionnelle ou non. Elle permet de s'éprouver vivant et actif, en lien avec les autres, de se sentir utile, de mettre la maladie à distance, de résister à la dépression. Le travail de santé peut se traduire par un changement de métier et/ou de conditions d'emploi pour alléger des contraintes du travail en acceptant souvent, en contrepartie, une baisse de salaire. Les stratégies mises en œuvre peuvent concerner le mode de vie, les arrêts de travail, la hiérarchisation des tâches, le recours à la médecine parallèle, la consommation de substances psychoactives...

JST : Identifiez-vous aussi des préoccupations communes aux malades chroniques

Une condition commune des malades chroniques est de sortir de l'ombre.

L'horizon de la vie avec une maladie chronique n'est pas la guérison mais la viabilité d'une vie avec cette maladie, les séquelles, stigmates, mises à l'écart, associés. Le processus de santé - cette dernière n'est pas un état, mais plutôt la construction d'un équilibre précaire -, n'est pas

seulement la faculté de survivre dans un milieu en endurant ses contraintes, mais aussi la capacité à créer du milieu pour vivre. Or cette création de milieu, qui autorise le travail de santé différencié selon les personnes et les pathologies, rencontre un ensemble d'obstacles qui met en péril leur santé, mais aussi leur maintien dans le monde du travail.

Le travail de santé a deux fonctions majeures. L'une est adaptative : elle permet de prévenir la menace de précarisation sanitaire, sociale et professionnelle (dégradation de l'état de santé, perte de « l'employabilité »). Et l'autre est développementale : elle permet d'accroître le pouvoir d'agir du sujet sur lui-même et sur son environnement.

JST : concrètement ?

Ce travail de santé, qui suppose des marges de manœuvre dans le milieu professionnel, transforme les activités : aménager rythmes et horaires de travail (formels et informels), éviter des tâches les plus éprouvantes, compenser les altérations fonctionnelles, la fluctuation des capacités productives, réévaluer les urgences et priorités, réduire l'exposition aux risques et composer avec les jugements des autres qui, après un temps de compréhension et bienveillance, peuvent se muer en suspicion, notamment lorsque les symptômes sont invisibles. L'appréhension du jugement des autres favorise souvent le secret. Il rend alors impossible la gestion partagée de la compatibilité entre l'état de santé, ses variations et l'activité professionnelle. L'activité de dissimulation et de gestion solitaire de ce travail de santé est source d'usure, d'épuisement, de précarisation de la santé somato-psychique et d'isolement. Elle a un coût physique et psychique très lourd.

La maladie conduit à la recherche d'un « vivre et travailler autrement » qui suppose des échanges avec les autres. Or ces derniers font souvent défaut dans les milieux de travail faisant des « problèmes de santé » une question d'ordre privé. Ce qui conduit à la solitude et, à terme, à une sortie du monde du travail. Aussi, faire reconnaître cette question de la maladie au travail, et au delà dans l'espace public, est une nécessité sociale et politique.

Corinne, qui vit avec une sclérose en plaques et des séquelles d'un cancer du sein, le résume très clairement et avec force : « *C'est important que le monde du travail reconnaisse les gens handicapés. Ce sont des régulateurs d'humanité dans notre société. On n'est pas des robots ! Dans le monde du travail, il faut juste être efficace, rien d'autre. Ils ne voient pas comment on a été enrichi par la maladie. Ils ne voient que la fonction abîmée, pas les autres. Quand on a été malade, on a une force supérieure à avant. Il y a une richesse des gens malades, une force de vie. Et on met plus d'humain dans nos relations, y compris dans les relations professionnelles... Les malades, c'est une sorte de thermomètre. Les autres dévient, fuient. Mais c'est faux bien sûr, ils ne sont pas invincibles. Aujourd'hui, les gens sont pressurisés au travail, malheureux. Et il est temps d'humaniser le monde du travail ! ».*

Les cancers d'origine professionnelle en mal de reconnaissance

Par Anne MARCHAND, sociologue

Selon les dernières données de l'Inca, la pathologie cancéreuse concerne désormais près de 400 000 nouveaux cas chaque année en France, un chiffre en augmentation régulière. Première cause de mortalité en France, le cancer est aussi une maladie socialement très inégalitaire qui concerne davantage les ouvriers que les cadres. Ce sont aussi les ouvriers qui, en amont, sont les plus concernés par les expositions cancérigènes au travail, puisqu'ils représentent 70 % des salariés exposés (Sumer).

La responsabilité du travail dans l'épidémie de cancer demeure toutefois largement sous-estimée. Les campagnes d'information et de prévention du cancer ciblent ainsi prioritairement les comportements individuels résumés dans la formule de l'Inca « ne pas fumer, limiter l'alcool, bouger plus, manger mieux ». De fait, en diffusant, sous l'égide du ministère de la Santé, une représentation du cancer fondée sur une hiérarchie des causes, ces campagnes participent à rendre invisible le facteur professionnel et donc ce qui se joue, pour des milliers d'ouvriers, dans l'exercice de leur travail : la possibilité de « perdre leur vie à la gagner », par leur lente contamination à des substances toxiques.

La « sous-déclaration » en maladie professionnelle des cancers et leur « sous-reconnaissance » alimentent ce phénomène d'invisibilité sociale du risque cancérigène au travail. Ainsi, chaque année, moins de 2 000 cas de cancers sont indemnisés en maladie professionnelle, quand les pouvoirs publics eux-mêmes estiment annuellement entre 14 000 et 30 000 le nombre de cas de cancers qui seraient liés aux conditions et procédés de travail (Plan cancer 2014-2019).

Comment expliquer ce non recours au droit à réparation en maladie professionnelle ? Dans le cadre du Giscop 93 (Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis), un dispositif de recherche action, j'ai pu accompagner près de 200 salariés et anciens salariés atteints d'un cancer bronchopulmonaire dans leur parcours de reconnaissance. Cette démarche d'intervention m'a permis d'identifier, en situation, les multiples facteurs à l'origine de ce non accès au droit à réparation. L'ignorance du droit est loin d'être seule en cause.

D'une part, pour la majorité de ces (anciens) salariés, le cancer d'origine professionnelle demeure un impensé. Rien ne permet médicalement de distinguer un cancer d'origine professionnelle d'un autre cancer et le délai de latence – jusqu'à 50 ans après l'exposition à des agents cancérigènes – participe à éloigner l'hypothèse et la mémoire d'un facteur professionnel. Mais cet impensé se nourrit surtout de l'ignorance des risques cancérigènes auxquels ces travailleurs ont été exposés durant leur parcours professionnel : ils n'en ont pas été informés à l'époque des faits et accèdent difficilement aujourd'hui aux données existantes. Sans leur effort de mémoire pour reconstituer le plus finement possible leur parcours de travail et sans l'expertise du Giscop93, la majeure partie de ces (anciens) salariés atteints de cancer n'auraient ainsi jamais soupçonné leurs contacts avec des cancérigènes : amiante dans la poudre qui permettait de faire durcir plus vite le mastic

du vitrier, dans le bitume que cassait l'ouvrier en charge de l'entretien des routes, hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA) dans la réparation des traverses de chemin de fer... Le rôle des médecins du travail peut s'avérer, là, essentiel, à condition qu'ils veillent à « tracer » les expositions professionnelles et à en construire des traces de papier qui pourront servir de mémoire et de preuves au moment de la constitution des dossiers. La majeure partie de dossiers de médecine du travail des patients que j'ai accompagné évoquaient certes un éventuel tabagisme et/ou consommation d'alcool, notaient des épisodes de dépression, l'exposition au bruit mais extrêmement rarement l'exposition ne serait-ce qu'à l'amiante dans le cas de chauffagistes, électriciens, plombiers, manœuvre du BTP...

D'autre part, le contexte même de cette maladie, grave et mortelle, est fort défavorable à l'engagement dans une démarche de déclaration en maladie professionnelle. Retraîtée ou en arrêt maladie, la personne atteinte d'un cancer du poumon est éloignée du travail et peut de surcroît se retrouver isolée par les peurs et tabous encore liés à cette pathologie. Considérablement affaiblie par ses traitements, elle affronte un véritable bouleversement existentiel, en lien avec la proximité de la mort. La priorité est alors souvent au combat contre la maladie plutôt que pour l'accès au droit, tant pour le malade que pour sa famille.

L'accès au droit à réparation est par ailleurs fortement dépendant du comportement du corps médical, dès l'entrée dans le processus. En effet, en acceptant ou en refusant d'établir le certificat médical initial (CMI) « de maladie professionnelle », document sans lequel il est impossible de déclarer, le médecin est implicitement placé en situation d'« autoriser » ou de ne pas « autoriser » son patient à recourir au droit. Quand bien même il s'agit d'une obligation, comme le rappelle le Code de déontologie médicale, de nombreux médecins refusent de s'y conformer pour des motifs divers : formation lacunaire sur ces questions, conviction du primat des facteurs individuels sur les facteurs professionnels, recentrage sur les soins à l'exclusion de toutes autres démarches, absence de coordination entre médecins du travail, de ville, hospitalier, etc. C'est sans doute aussi parce que rédiger un CMI donne le sentiment à certains médecins d'entrer en terrain miné, celui des rapports antagoniques entre salarié et employeur. Certains employeurs n'hésitent d'ailleurs à pas faire pression sur le corps médical, en interpellant le conseil de l'Ordre – des cabinets d'avocats s'en sont même fait une spécialité ! – contribuant ainsi à décourager les médecins les plus hésitants.

Au sein même du corps médical se jouent des

conflits de normes et de position entre médecins du travail, médecin conseil, médecin hospitalier, etc. qui, à différentes étapes de l'instruction, peuvent peser sur la reconnaissance. Qualifier par exemple la maladie de « carcinome épidermoïde » – quand bien même l'expression est plus juste médicalement – en lieu et place de « cancer bronchopulmonaire primitif » peut être à l'origine d'un refus de reconnaissance, signe d'un conflit sémantique entre médecins praticiens et médecins conseils des caisses, entre langage médical et langage médico-légal. Au sein des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), l'expertise du praticien hospitalier va peser davantage que celle du médecin inspecteur régional du travail. Censés établir l'existence (ou non) d'un « lien direct et essentiel » entre le travail et la maladie, ce corps médical est davantage enclin à rechercher des liens de « causalité », une notion qui n'a pas de sens dans le cas des maladies multifactorielles.

Enfin, les requérants eux-mêmes ne soupçonnent pas le plus souvent l'espace conflictuel qu'ils rejoignent en déclarant leur cancer en maladie professionnelle. La victime d'un cancer d'origine professionnelle et/ou sa famille va d'abord se confronter à un mode de gestion administrative en complet décalage avec sa situation de grande vulnérabilité – suppression des points d'accueil au profit de plateformes téléphoniques ou Internet, gestion par portefeuilles, courriers incompréhensibles, signatures multiples... –, facteur de découragement et d'abandon. Mais surtout, elle ignore le plus souvent le caractère contradictoire de l'instruction (l'employeur en est partie prenante) et les rapports de force à l'œuvre qui se déroulent à armes très inégales. Il s'agit en effet de pouvoir faire preuve de son travail et de ses expositions alors même qu'il n'existe aucune mémoire institutionnelle de celles-ci. La charge de la preuve pèse alors sur des salariés et anciens salariés qui, sauf à pouvoir rejoindre un collectif organisé, syndical ou associatif, ne sont pas en mesure de la construire.

La reconnaissance en maladie professionnelle des cancers revêt des enjeux individuels (une réparation des préjudices subis) mais aussi collectifs, notamment en matière de prévention, la responsabilité de faire vivre ce droit à réparation ne peut reposer sur les seules victimes, déjà particulièrement éprouvées. Il s'agit au contraire de construire collectivement les formes d'une expertise sur les risques cancérigènes au travail mais il s'agit aussi que l'instruction des dossiers intègre une dimension d'accompagnement social et psychologique afin de garantir les conditions de l'accès au droit.

Inaptitude et désinsertion professionnelle

Par Jean-Michel STERDYNIAK

JST- Les médecins du travail sont de plus en plus souvent confrontés à des demandes d'avis d'inaptitude par les salariés, parfois sous la pression des employeurs, dans un contexte de blocage d'aménagement des situations de travail. L'auteur exprime l'irritation de beaucoup de confrères.

La problématique de la désinsertion professionnelle a pris une grande ampleur ces dernières années. Comment pourrait-il en être autrement ? Chaque année, 65 000 salariés sont licenciés pour inaptitude médicale. À ce chiffre doivent être rajoutés ceux qui sont contraints à la démission et ceux qui acceptent la rupture conventionnelle de contrat proposée par l'employeur désireux de ne pas remplir son obligation de reclassement. Au total, ce serait entre 110 et 120 000 salariés, qui chaque année se retrouveraient au chômage pour raisons médicales. Le rapport Lecocq se devait d'aborder cette problématique. Il le fait en des termes étonnants.

À l'en croire, l'échec du maintien dans l'emploi viendrait du manque de visibilité par les salariés et les employeurs des dispositifs mobilisables. Chacun sait que les employeurs, tous vertueux, déroulent le tapis rouge aux médecins du travail venant aborder ces questions. Le fait est qu'il est rare que les employeurs prennent contact avec leur médecin du travail pour assurer un maintien. En revanche les employeurs ne méconnaissant pas leur service de santé au travail quand ils cherchent à se débarrasser de leurs salariés vieillissants ou « moins productifs » par le biais de l'inaptitude, situation bien plus fréquente.

Les services de santé au travail, boucs émissaires faciles, porteraient une lourde responsabilité en ne remplissant pas leur rôle de conseil de prévention de la désinsertion professionnelle. Diagnostic un peu léger tant cette problématique est présente (même si très chronophage et décevante), dans l'activité des équipes pluridisciplinaires des SST, d'ailleurs souvent en lien avec les SAMETH.

De là, le rapport Lecocq préconise des mesures techniques ou administratives individuelles sans analyser sérieusement la situation. Qui peut sérieusement penser qu'« augmenter les prérogatives des médecins du travail en leur confiant à minima la responsabilité de renouveler les RQTH » va résoudre la question ! Voir l'insuffisance, réelle, de coordination des acteurs comme source des échecs est une erreur. En quoi par exemple, aujourd'hui une meilleure coordination, certes souhaitable, résoudrait le véritable scandale sanitaire des conditions de travail dans les EHPAD (avec l'explosion des troubles musculo-squelettiques et la seule solution proposée par les employeurs, le licenciement).

Le rapport Lecocq, sur cette question du maintien

dans l'emploi, réussit l'exploit de ne pas parler des conditions de travail et de la responsabilité des employeurs. C'est quand même l'employeur qui est responsable des conditions de travail. C'est lui qui choisit de licencier les salariés. Massivement, les employeurs ne respectent pas leur obligation de reclassement ni même souvent les procédures prévues dans le Code du Travail.

Le lien de la problématique entre la désinsertion et les conditions de travail n'est pas fait. Est-il besoin de rappeler qu'une part très importante des inaptitudes sont liées aux « risques dits psychosociaux, (c'est-à-dire aux nouvelles organisations du travail et aux modes de management) ou aux troubles musculo-squelettiques, très souvent dus au travail. Même en cas d'inaptitudes dues à des causes non professionnelles, les mauvaises conditions de travail dans les entreprises françaises, relevées ailleurs par la mission Lecocq, par rapport aux pays comparables constituent un frein majeur au maintien. De cela, il n'est absolument pas question dans le rapport. Le maintien dans l'emploi est un problème collectif. Je parle des « vrais » cas de maintien dans l'emploi, pas des situations où l'inaptitude fait partie d'un traitement social. Pour être efficace, il faut faire le bon diagnostic et en tirer les conséquences. La prévention de la désinsertion professionnelle repose sur la prévention primaire et l'amélioration significative des conditions de travail, physiques et mentales qui sont de la responsabilité des employeurs.

Les résultats ne seront pas au rendez-vous sans une action du pouvoir régalién pour que les employeurs respectent leurs obligations en matière de santé et sécurité au travail et en matière de reclassement. De ce point de vue, préconiser comme le fait la mission Lecocq moins de coercition et de contrôle est un leurre. La suppression de la fiche d'entreprise interpelle sur les motivations réelles des propositions.

Dans ce chapitre comme dans d'autres, du fait de ses silences, l'objectif semble être la sécurisation juridique des employeurs en demandant aux SSTI, de façon formelle, d'aider les employeurs à ne pas être condamnés pour non respect de leurs obligations, les SST remplissant, en quelque sorte, par délégation, les obligations de l'employeur.

Le rapport Lecocq est bien dans la lignée des mesures de simplification (sic) de la médecine du travail présentées en 2014.

Histoire vraie

Monsieur P. a 59 ans. Il est électricien du bâtiment, depuis 29 ans, dans une filiale d'une grande entreprise de travaux publics, employant plus de 60 000 salariés. Il a été reconnu en maladie professionnelle pour tendinopathies des épaules et épicondylite. Le médecin du travail a demandé un aménagement de poste pour lequel il a fait des préconisations. En toute logique, le salarié a été convoqué par la direction des ressources humaines (sic) pour se voir proposer une rupture conventionnelle de contrat. Le salarié a fait part de son opposition. Il aime son travail, il veut continuer à travailler, d'autant qu'il a des enfants faisant des études supérieures. Des pressions sont alors exercées sur le médecin du travail afin qu'il délivre une inaptitude, condition sine qua non, pour la DRH, pour prétendument engager une procédure de reclassement (mais en fait de licenciement). Le médecin refuse, s'appuyant sur le Code du travail qui affirme que l'employeur est tenu de prendre en compte les préconisations du médecin du travail (indépendamment de toute décision d'inaptitude). Appliquant sans le savoir et par anticipation les préconisations du rapport Lecocq, le médecin du travail mobilise tous les acteurs du maintien (SAMETH, ergonomiste, organisme de la sécurité sociale, service social) et propose une réunion à la Direction de l'entreprise, avec toutes les parties concernées. La réunion prendra un tour surprenant et saugrenu. Usant des prétextes totalement fallacieux et démentis par la suite, la DRH organisera le même jour deux réunions, l'une avec le salarié, l'autre avec le médecin du travail et la chargée de mission du SAMETH, à des heures décalées et dans des salles différentes de façon à empêcher toute rencontre.

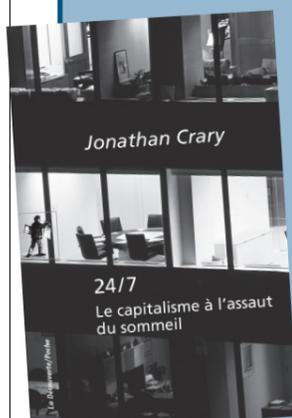
Lors de la première rencontre avec Monsieur P., la Direction réitérera sa proposition de rupture conventionnelle de contrat de façon très incisive. Lors de la deuxième réunion, elle fera semblant d'adhérer à une démarche de maintien. Depuis, aucune suite n'a été donnée. Monsieur P. continue de travailler, comme il peut, dans la douleur, en alternant période de travail et arrêts de travail.

Notes de lecture... Notes de lecture... Notes de lecture... Notes de lecture... Notes de

24 /7. Le capitalisme à l'assaut du sommeil

De Jonathan Crary. Edition la découverte. Traduit de l'anglais par Grégoire Chamayou.

L'auteur analyse le rapport entre sommeil et le capitalisme. Il critique l'exigence contemporaine de veille et d'activité permanente aux dépens du sommeil et de l'intimité. Dans cet essai, le sommeil serait le dernier obstacle majeur à la pleine réalisation du capitalisme 24 H /24 ,7J/7. C'est l'idéal d'une vie sans pause, active à toute heure du jour et de la nuit, dans une sorte d'état d'insomnie globale. L'Assaut contre le sommeil serait inséparable du démantèlement des protections sociales qui fait rage dans notre société. Ne pouvant pas être éliminé, le sommeil est diminué, fractionné, dévalorisé... Il décrit la frénésie de cette nouvelle temporalité ou le respect du sommeil apparaît comme le dernier moyen de résister. En tant qu'état le plus privé, le plus vulnérable et commun à tous, le sommeil dépend crucialement de la société pour se maintenir. Il théorise ce que, en tant que médecin du travail nous constatons, à savoir : la généralisation des horaires de travail de nuit, des horaires décalés, l'hyper connexion ; travailler, jouer, consommer, bloguer ... tout est désormais possible à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Et si dormir devenait subversif ?



>> suite de la page 1 >>

aussi immédiate) d'équipes de travail en mode projet. Sur la base d'une description de l'architecture de traitement du sujet fournie par le chef de projet, l'algorithme est capable d'identifier et de recruter en quelques minutes (au pire quelques dizaines de minutes) les experts nécessaires aux différentes phases successives de travail, de leur communiquer les données du travail qu'ils devront effectuer (sur la base de missions d'une durée généralement comprise entre deux et cinq heures), d'organiser le retour et la synthèse de ces travaux. Cette synthèse permet ensuite d'initier une deuxième phase du projet en utilisant la même méthodologie jusqu'à la fin du travail.

De premiers travaux (application pour renseigner et transmettre aux hôpitaux les données de victimes pendant leur transfert par les services de secours, création d'un jeu, etc.) ont déjà été réalisés avec succès selon cette technique, en mobilisant à chaque fois plusieurs dizaines de travailleurs employés sous statut d'indépendant dans le monde entier. Si le concept paraît séduisant *a priori*, il ne doit pas masquer de nombreuses contraintes. Compte tenu du caractère mondial du vivier des ressources humaines, concrètement les travailleurs sont potentiellement mobilisables 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 sous peine, en cas de refus, de ne plus être sollicités. Leur vision du projet est très parcellaire, correspondant à la tâche qui leur est ponctuellement confiée. La création de collectifs de travail, souvent protecteurs, devient impossible. Le paiement se fait sous forme électronique, sans assujettissement à des cotisations sociales.

Le groupe Publicis, en collaboration avec Microsoft, a développé sa propre application de travail en réseau, *Marcel*, utilisant largement les ressources de l'intelligence artificielle. Elle vise à favoriser le travail en équipe par la mise en réseau de ses 80 000 collaborateurs, répartis dans 130 pays différents. Outre la composition d'équipes visant à rassembler les meilleures compétences autour d'un sujet commun, elle fournit l'accès instantané à des bases de données permettant de documenter les projets en cours, organise des forums. Il sera intéressant de suivre dans le temps l'évolution de l'utilisation de cet outil et des conséquences qu'il peut avoir sur le travail quotidien, engagé potentiellement dans une accélération de ses rythmes.

Demain, tous travailleurs indépendants... très dépendants des risques professionnels

Le feuilleton Uber (et de ses concurrents en matière de voitures de transport avec chauffeur) continue. Il s'est élargi à bien d'autres modes de transport et d'autres prestations : la collecte des trottinettes électriques en libre usage pour leur recharge nocturne, la livraison de repas et d'autres prestations à domicile par des cyclistes, des prestations du second œuvre du bâtiment



standardisées, organisées et tarifées par une plateforme, etc. La question de la subordination de ces travailleurs indépendants aux plateformes fait l'objet de nombreux débats et de décisions de justice parfois contradictoires dans le monde entier.

Une analyse simple de leurs conditions de travail montre qu'ils ne disposent pas en général de la latitude décisionnelle qui leur permettrait d'organiser la prévention des risques professionnels auxquels ils sont soumis. La confrontation aux neuf principes généraux de prévention des caractéristiques du travail des livreurs à domicile par exemple montre qu'ils ne peuvent généralement pas éviter les risques quand leur emploi du temps est régi par les prescriptions d'un algorithme, ni planifier la prévention et que le travail tel qu'il a été conçu ne l'est pas dans une logique où il doit être adapté à l'Homme, à ses limites et à ses contraintes. L'insécurité juridique évoquée ci-dessus contribue fortement à cette insécurité sociale : les plateformes, pour éviter tout risque de requalification des contrats des travailleurs indépendants en contrats de travail ne sont pas enclines à instaurer des améliorations des conditions de travail, susceptibles de constituer un indice de subordination.

On pourrait multiplier les exemples. Ce qu'il est important de souligner, c'est que ces nouvelles formes d'emploi ont un effet de contagion sur des modèles déjà existants, avec des risques de déstabilisation et d'apparition de risques professionnels : on l'a bien vu avec les chauffeurs de taxis qui, pour des raisons de concurrence, ont été obligés d'élargir leurs horaires, de modifier

leurs pratiques, confrontés à la demande d'une nouvelle clientèle plus exigeante et dont les références sont différentes.

La nécessité d'un débat de société

A travers les quelques exemples cités précédemment, on met en évidence deux phénomènes principaux :

- Une accélération des rythmes du changement : les mutations technologiques sont considérées comme intrinsèquement bonnes sans qu'on interroge leurs conséquences à court ou long terme, on est entré dans une logique d'immédiateté,
- Une des conséquences de ce phénomène est une perte de valeur de l'Homme qui n'est plus considéré comme central ; en découle l'oubli de l'exigence réglementaire que le travail s'adapte à l'Homme.

Il y a donc nécessité de réactiver un débat social sur le travail et les conditions de sa réalisation. Il faut redonner toute sa place au travail réel dans la conception et l'évolution de l'organisation et non plus considérer l'activité humaine comme une variable d'ajustement, voire un objet d'expérimentation, indépendamment des conséquences concrètes, en particulier sur la sécurité et la santé. La course à la performance peut s'avérer contreproductive socialement, mais aussi économiquement si on fait l'économie de la réflexion sur cette centralité de l'Homme dans le travail.

>> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous Contacter : contact@snpst.org

Le site du Syndicat : <http://snpst.org>

le Journal
des professionnels
de la Santé au Travail

N°68

MARS
2019

65/67 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS
Tél. : 01 40 23 04 10
<http://snpst.org>

Publication du SNPST
(Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail)
ISSN : 1775-0318

Directeur de publication : Gilles Arnaud

Rédacteur en chef : Gérard Lucas

Secrétariat de rédaction : Diana et Claudine

Illustrateur : Gérard Lucas

Mise en page : DHTL - 01 34 25 82 80

COMITÉ DE RÉDACTION :

Michel Héry, Dominique Lhuillier, Anne Marchand, Jean Michel Sterdyniak, Gérard Lucas, Estelle France, Luc Gerson.

ONT COLLABORÉ :

Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Jean-Michel Domergue, Luc Gerson, Gérard Lucas, Melissa Menetrier, Joelle Milliez, Isabelle Legras, Jacques Ravon, Hélène Ruck, Pascale Varnou

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Imprimerie Poisneuf - 56120 Josselin - 02 97 22 23 40

Notes de lecture... Notes de lecture... Notes de lecture...

10 millions de malades chroniques.

L'entretien de la page 5 avec
Dominique Lhuillier
mérite d'être complété par la lecture de son livre.

Combien au travail ? / Dans quelles conditions ?
Comment y arrivent-ils ? / Quelles discriminations ?
Quelles aides sont effectives ? / ...

