

Procès Eternit, un crime social et environnemental reconnu

Le procès d'Eternit s'est conclu en Italie par une condamnation de ses dirigeants à seize ans de prison ferme et de lourdes indemnités. Cette multinationale a contrôlé pendant des décennies le marché mondial de l'amiante, exposant à ses fibres mortelles des dizaines de milliers de salariés et d'habitants. Les familles des victimes voient leur combat reconnu pour faire admettre la responsabilité de l'entreprise.

Cette condamnation ouvre surtout une brèche, pour les salariés du monde entier, vers une reconnaissance de la responsabilité pénale des employeurs vis-à-vis des atteintes à la santé. C'est un grand pas vers une véritable politique de prévention des risques professionnels.

ITALIE, LES MÉCANISMES D'UNE CONDAMNATION

La mise en place il y a quinze ans, par le procureur de Turin, Raffaele Guariniello, d'un «observatoire des tumeurs perdues», avec les moyens de la police judiciaire, a permis de mettre en cause la responsabilité pénale des employeurs et des industriels. Le procès Eternit trouve là sa source, dans ce travail opiniâtre de juges qui ne s'arrêtent pas devant la muraille de la finance. La coordination d'un réseau d'avocats et de scientifiques, ainsi qu'une mobilisation sociale massive, italienne et internationale, ont contribué à cette condamnation. Plusieurs caractéristiques de la justice italienne ont été déterminantes.

La stratégie de dissimulation délibérée des effets sanitaires de l'amiante pour faire obstacle à l'adoption de règles préventives, ayant entraîné un «disastro ambientale» (catastrophe environnementale), est au cœur de la condamnation des dirigeants d'Eternit. De même, le manquement aux règles de sécurité s'apparente à une mise en danger d'autrui, ce qui a pu conduire, également le tribunal de Turin, en avril 2011, à condamner un dirigeant allemand du groupe Thyssen dans le cas d'un accident ayant entraîné la mort de sept ouvriers turinois. Selon le procureur Guariniello, son dirigeant a «entrevenu la possibilité, ni certaine, ni probable, que le fait se réalise comme conséquence de sa conduite». Le dirigeant d'entreprise a, de fait, accepté, sciemment, cet accident mortel comme une conséquence possible de ses choix.

Mais c'est surtout l'indépendance de la justice italienne vis-à-vis du pouvoir politique qui a été décisive pour l'issue du procès. Le bureau du procureur a ainsi pu mener des perquisitions dans les entreprises et entendre des témoins italiens ou étrangers, prouver que les dirigeants étaient conscients des risques liés à l'amiante. Couplé à une volonté sans faille, ce fut déterminant.

POURQUOI UN TEL RETARD EN FRANCE ?

Le retard français est fondamentalement dû à l'intervention politique (par exemple en dessaisissant en décembre 2011 la juge d'instruction de Paris des dossiers concernant la mort d'anciens salariés d'Eternit) pour que ne soient pas mis en examen les dirigeants d'entreprise. Là où la justice italienne a pu trouver des ressources dans son indépendance, en France les poursuites contre certains dirigeants d'Eternit ont été abandonnées en décembre 2011, alors même que le réquisitoire de Turin était connu et que l'atteinte à la santé par l'amiante est avérée depuis des dizaines d'années.

Comment ne pas voir que notre droit souffre de l'absence d'un droit d'agir collectivement en cas de préjudice partagé, comme le permettent les «class action» des Etats-Unis ou le «disastro ambientale» italien ? Comment peut-on qualifier en France «d'homicide involontaire» un décès au travail, lorsque l'employeur est parfaitement au fait des risques encourus et a agi «en toute connaissance de cause» ? Il y a urgence désormais à faire évoluer le droit français. C'est notamment à de telles modifications de la loi que se mesurera la volonté d'un nouveau gouvernement d'affronter les entreprises pour défendre la santé des salariés et des habitants.

Les décisions judiciaires peuvent aussi ouvrir les consciences. La condamnation pénale des employeurs en cas d'atteinte à la santé doit devenir possible, comme y invite l'appel de la Fondation Copernic «Travailler tue en toute impunité : pour combien de temps encore ?». Ce pas indispensable vers une véritable politique de prévention des risques professionnels ne pourra se gagner qu'appuyé par une mobilisation citoyenne large, sociale, syndicale, politique.

Louis-Marie Barnier est sociologue, syndicaliste et membre de la Fondation Copernic

Eric Beynel est porte-parole de Solidaires

Laurent Garrouste est juriste du travail

Annie Thebaud-Mony est directeur de recherche honoraire à l'INSERM

Tribune parue dans le Monde.fr le 23 mai 2012

Le travail hors la campagne

Edito

La campagne présidentielle qui vient de s'achever et celle presque terminée pour l'élection des députés n'auront donc à aucun moment, ou presque, abordé la question du travail qu'ils s'agissent des conditions de travail ou bien de la santé au travail. Nous aurons beau avoir scruté les programmes et déclarations des nombreux candidats ce sujet n'aura quasiment pas été abordé. Du côté des organisations syndicales, il faut bien avouer que peu d'entre elles portent ce sujet et lorsqu'il est porté ce n'est pas toujours à la hauteur et avec l'engagement nécessaire. Pourtant il est évident que c'est aujourd'hui un sujet central et une des premières préoccupations des travailleurs et travailleuses qui se trouvent confrontés à une intensification de leurs tâches, à une perte de sens de leur travail et à des organisations du travail délétères et dangereuses.

Les trente années passées ont mis au premier rang les questions de salaires et d'emplois, mettant de côté le travail, y compris sur les questions de temps de travail. Seules quelques luttes furent couronnées de succès comme celle contre l'amiante entamée il y a déjà plusieurs années alors qu'apparaissent déjà de nouveaux risques comme les pesticides, les nanomatériaux ou les ondes électromagnétiques. Il nous faudra conjuguer luttes pour la santé des travailleurs et luttes environnementales. L'affrontement avec le capitalisme ne pourra guère se faire si nous ne sommes pas capables de lutter pour faire cesser l'exploitation de nos vies et de nos corps à son seul profit.

Jurisprudence : Evaluation

Entretien d'évaluation des RP : attention discrimination !

Attention lors de la rédaction de vos entretiens d'évaluation avec un représentant du personnel (RP) ! La mention de l'exercice d'un mandat de représentant du personnel est discriminatoire, même en l'absence d'inégalité de traitement.

Les faits

Trois salariés d'une même entreprise, investis dans des mandats de représentants du personnel depuis de nombreuses années, conduisent leur employeur devant le conseil de prud'hommes, en raison de discrimination syndicale affectant le déroulement de leur carrière.

Sont en cause les fiches d'évaluation de ces trois salariés qui indiquaient : « une disponibilité réduite du fait [des] fonctions syndicales », « l'absence de l'agence à raison de 50 % découlant [des] mandats rendait difficile l'exercice d'un poste de commercial » ou que le salarié « ne pouvait exercer certaines activités [...] en raison du temps partiel résultant de l'exercice de ses nombreux mandats ».

Ce qu'en pensent les juges

Pour ces trois salariés, la cour d'appel retient que cette inscription n'est pas une discrimination, mais un simple constat objectif, ne remettant pas en cause les qualités professionnelles du salarié, également inscrites dans le document d'évaluation.

La Cour de cassation n'est pas de cet avis. Selon elle, la simple mention de l'exercice d'un mandat dans ce document est discriminatoire.

Le Code du travail interdit à tout employeur de prendre en considération l'appartenance à un syndicat ou l'exercice d'une activité syndicale pour arrêter ses décisions en matière notamment :

- de recrutement,
- de conduite et de répartition du travail,
- de formation professionnelle ;
- d'avancement,
- de rémunération et d'octroi d'avantages sociaux,

- de mesures de discipline et de rupture du contrat de travail.

La Cour ne se réfère même à l'existence d'un retard dans l'avancement du salarié, ou d'un écart de salaire constaté. La mention de l'indisponibilité en raison de l'exercice du mandat laisse supposer que l'exercice du mandat est pris en compte et affecte le déroulement de carrière du salarié.

Ce qu'il faut retenir

Employeur de salariés élus ou mandatés, il ne faut donc jamais faire référence au mandat du salarié !

La jurisprudence tend à faire comme si le salarié n'exerçait aucun mandat. On retrouve d'ailleurs ce principe pour le calcul des primes variables : l'exercice du mandat ne doit avoir aucune incidence sur le calcul de la rémunération. Le montant de la prime doit être identique à celle des autres salariés. Idem pour le traitement des heures de délégation : aucune mention du bulletin de paie ne doit permettre d'établir l'existence des heures de délégation dont bénéficient les salariés protégés.

Cette décision est un durcissement de la jurisprudence en la matière.

Si auparavant, un comparatif était nécessaire entre les évolutions de salaire et/ ou de carrière entre salariés mandatés et non-mandatés pour révéler une inégalité de traitement, aujourd'hui la mention du mandat sur une fiche d'évaluation est discriminatoire, alors même que la différence de traitement n'est pas établie.

- Cassation, sociale, 11 janvier 2012, n° 10-16655, n° 10-16556, n° 10-16557

- Cassation sociale, 18 février 2004, n° 344 (le bulletin de salaire ne peut comporter aucune mention relative au mandat de représentation du salarié)

- Cassation, sociale, 6 juillet 2010 n° 09-41354 (l'employeur ne doit pas tenir compte des heures de délégation pour le paiement des primes)

Renault, leader des risques psychosociaux !

Et de trois : la cour d'appel de Versailles vient de reconnaître le 11 mai 2012 la «faute inexcusable» du constructeur automobile dans le suicide à 45 ans de Hervé T. en 2007, technicien informatique sur le Technocentre de Guyancourt (78). Ce n'est pas la première fois que le groupe Renault est mis en cause : il y a un an, la même cour d'appel reconnaissait la faute inexcusable pour le premier des suicides au Technocentre ; en juin 2011, pour autre salariée qui s'était également suicidée, c'était la qualification par la justice d'un «accident de travail». L'aboutissement d'une longue bagarre, menée par les équipes syndicales de l'Union syndicale Solidaires et notamment de SUD Renault, qui a d'ailleurs déposé une plainte au pénal en se constituant partie civile. Une bataille syndicale et juridique, remportée aujourd'hui avec succès contre une organisation du travail pathogène : la mobilisation et l'action juridique au service de cette dernière ont donc permis de faire bouger les lignes.



Réaliser un arbre des causes

L'arbre des causes est un outil «standardisé» utilisé lors de l'analyse d'un accident du travail. Mais ce n'est qu'un outil complémentaire pour l'enquête et non la finalité de l'enquête. Il s'agit d'une méthode d'investigation, il n'a pas de prétention scientifique.

Comme nous allons le voir dans le cas concret suivant, de la «taille» que prendra l'arbre permettra d'atteindre ou non aux causes organisationnelles de l'accident.

Une fois réalisé le recueil des faits, au plus près de l'accident, sur les lieux mêmes de l'accident, auprès de l'ensemble des protagonistes et témoins (voir fiche accident du travail), le CHSCT ou une partie de celui-ci se réunit pour l'analyse et dresser l'arbre des causes, ce travail doit être collectif, généralement conjoint avec l'employeur. Il faut chercher à s'associer des participants du métier en cause qui seuls sont à même d'apporter une compréhension fine du déroulé de l'activité en amont de l'accident.

Deux exemple :

1) Accident dans la sous traitance :

Recueil des faits (de l'employeur sous traitant) : Mme X, technicienne en maintenance de site d'émission pour la téléphonie mobile doit intervenir sur un toit-terrasse. Pour y accéder, au dernier étage de l'immeuble elle tente de décrocher l'échelle d'accès à la trémie donnant sur le toit fixée horizontalement à 2m de hauteur. De par sa petite taille, elle utilise un outil pour prolonger son bras, l'échelle se décroche et la heurte à la tête, fortes douleurs et malaise.

Pour construire l'arbre des causes on part de la conséquence ultime l'accident (les lésions) et on remonte en se posant à chaque fois les questions :

- qu'a-t-il fallu pour qu'il se passe cela ?
- était-ce nécessaire ?
- était-ce suffisant ?

On se rend compte ici, que l'employeur arrête son arbre rapidement, sur les causes apparentes :

- échelle trop haute
- technicienne de petite taille

qui apparaissent comme des évidences et ne vont pas être discutées. Ce faisant, la salariée apparaît elle-même comme une des causes de l'accident.

Les élus vont remonter plus loin et rendre ainsi visible les causes «primaires», **l'organisation du travail** et la non évaluation préalable du risque par l'employeur. Ici, au vu des tâches à accomplir (travail en hauteur et sur armoire électrique), l'intervention aurait dû être programmée à deux techniciens (art R4323-61). Ils pointent aussi des investigations complémentaires pour l'enquête du CHSCT.

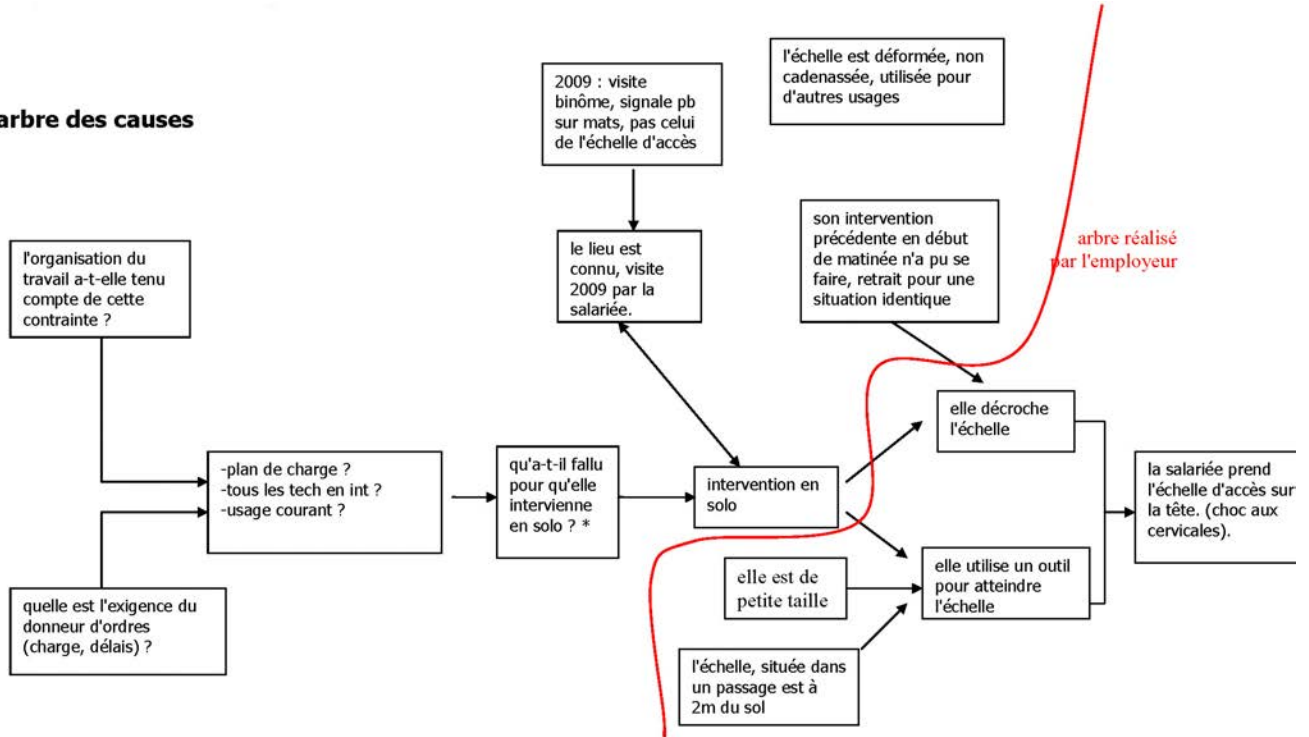
Pour qu'un arbre des causes soit pertinent, il faut remonter le plus en amont possible et le faire avec des salariés du métier à même d'explicitier les choix de la victime, les contraintes rencontrées, les pratiques en usage.

accident Mme X du j-m-2010, h, lieu.

contexte : accès à un toit-terrasse pour visite annuelle préventive.

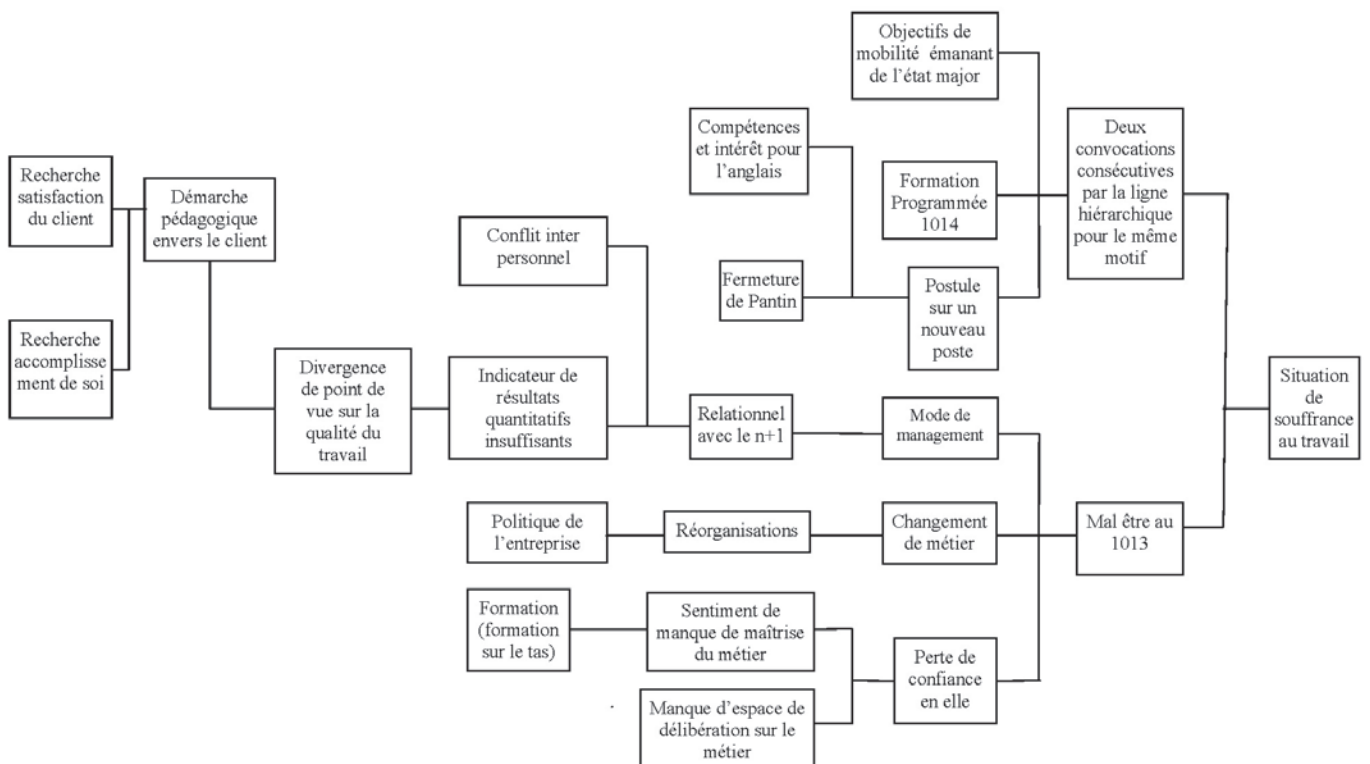


arbre des causes



*l'opération d'accès à la terrasse peut s'effectuer seul si la terrasse est équipée en "protection collective" (chaînettes, matérialisation des cheminements, équipement >2m du bord ou garde corps) ; mais au vu du matériel nécessaire à l'intervention (plusieurs sacs) la présence d'un aide est nécessaire pour transférer le matériel par la trappe d'accès en condition de sécurité. De plus certaines opérations de la visite préventive : contrôle des structures hautes, état et usage des échelles Zol, contrôles électriques, exigent la présence d'un second intervenant. (+ R4323-61)

2) Traitement du risque psycho social CHSCT : cas d'un « pétage de plombs » en centre d'appels - Octobre 2008 CHSCT UAT Ile-de-France - Enquête n° 1 : Mme L.



Réformes de la fonction publique, organisation du travail et souffrance

MARC LORIOL, Sociologue, CNRS – IDHE – PARIS 1 (Institutions et dynamiques historiques de l'économie)



Depuis une dizaine d'années, la fonction publique est soumise à un management par objectifs quantifiés (LOLF, RGPP), une évaluation de l'activité et des résultats sur la base d'indicateurs quantitatifs définis à l'avance (par exemple : taux d'élucidation des enquêtes pour la police ; pourcentage d'appels téléphoniques ayant reçu une réponse précise ; taux de réussite au bac ; nombre de visites du site Internet, etc.). Les maîtres-mots sont performance, rationalisation, efficacité...

Si le terme de performance est flou et peut sembler antinomique en associant recherche de l'excellence et baisse des coûts, la notion d'efficacité est plus précise. Ce concept économique désigne le rapport entre les facteurs de production engagés et la production (bien ou services) qui en résulte. Une politique d'augmentation de l'efficacité suppose alors de pouvoir mesurer de façon simple et univoque ces deux termes. Pour les économistes l'intérêt de mettre en place un système de rémunération à l'efficacité décroît ainsi avec la difficulté de mesurer les résultats dans des situations de concurrence pour les ressources rares que constituent les moyens, le temps et l'attention des agents (Gadrey ; Belorgey). Si l'on ne peut pas mesurer précisément la valeur de ce qui est produit ni l'ensemble des coûts de production, une politique qui ne serait fondée que sur l'efficacité produirait de nombreux effets pervers, contraires aux objectifs recherchés.

Pour développer cette idée, je prendrai l'exemple du travail soignant dans les services de soin à l'hôpital. Soigner n'est pas atteindre un standard univoque et simple car il est toujours possible d'en faire plus pour le malade ; on ne peut pas attribuer une valeur standard (premier choix, deuxième choix, rebut...) au service. Dès lors, le niveau de soin et de confort « acceptable », les efforts attendus pour tel ou tel type de malades, dépendent de normes sociales, d'arbitrages locaux, de choix, de valeurs qui ne sont pas commensurables. Il y a 60 ans, il y avait encore des hôpitaux avec des salles communes pour les malades. Aujourd'hui, cela serait jugé inacceptable.

Le soin repose sur une relation dont la qualité n'est pas homogène et est très contingente aux situations, aux contextes de travail, aux configurations de personnalités en présence. Le résultat du travail des soignants dépend donc de variables qui ne sont pas toutes maîtrisées ou prises en compte. Par exemple, les hôpitaux publics (qui en plus assument une fonction de formation) reçoivent, en moyenne, beaucoup plus de malades connaissant de difficultés économiques et sociales lourdes et présentant des pathologies complexes et rares que les cliniques privées, il est donc logique que leurs coûts soient supérieurs. De même, l'environnement de l'hôpital (quartier difficile ou lieu de résidence de personnes de haut niveau socioculturel, par exemple) joue un rôle dans la façon dont le travail produit ses effets (plus ou moins d'observance des prescriptions, de respect de la discipline hospitalière, etc.)

C'est pourquoi, augmenter l'efficacité –au moins sur le papier– peut se faire tout en dégradant la qualité réelle des soins effectivement pratiqués dans le service. La qualité des soins n'est pas totalement objectivable, mesurable, et les indicateurs ne peuvent en refléter qu'une portion, un aspect. Toute une partie de la baisse de qualité (moins d'écoute et d'empa-

thie de la part des infirmières et médecins, moins de temps pour donner des conseils aux patients, moins de confort, etc.) restera invisible, même si elle peut avoir des effets négatifs à moyen terme (un patient qui se laisse mourir car il n'a pas le moral, un malade qui devra être ré-hospitalisé car il n'a pas bien suivi son traitement, etc.). Par contre, les coûts sont plus immédiatement appréhendables, donc mesurables. Une baisse de coût aura donc pratiquement toujours pour effet d'augmenter, sur le papier toujours, l'efficacité ; une part de la baisse de qualité qui en résulte n'étant pas visible à travers les indicateurs comptables. A l'inverse, une hausse des coûts peut sembler inefficace, d'une part parce que l'amélioration de la qualité en retour ne sera pas entièrement mesurée et d'autre part parce qu'elle entraînera une augmentation des attentes sociales et des exigences des patients (plus la médecine est performante, plus les malades et leurs familles attendent des miracles).

Les effets pervers potentiels des indicateurs d'activité et de qualité basés sur la performance sont donc nombreux. Tout d'abord, ils incitent les soignants à aller plutôt vers certains types de tâches (facilement mesurables) au détriment d'autres activités pourtant importantes dans le soin ; à privilégier le nombre au détriment de la qualité. Un exemple saisissant concerne l'indicateur « temps moyen d'attente aux urgences » (Belorgey) : Dans les services d'urgence, le tri des malades se fait traditionnellement en faisant passer en priorité les cas les plus urgents médicalement. Or ces cas sont ceux qui mobilisent le plus de temps de personnel. Du coup, faire passer en premier les cas simples, rapidement traités (donc en plus grand nombre), est un moyen de baisser mécaniquement le « temps moyen d'attente et de passage aux urgences » qui est un des principaux indicateurs de la « qualité des soins ». L'existence de cet indicateur, les effets de benchmarking, les incitations financières, concourent à affaiblir l'emprise de la définition médicale de l'urgence dans certains établissements.

Ensuite, les indicateurs de « performance » poussent à une chasse aux « temps morts » (transmissions, discussions informelles, rituels sociaux entre collègues et avec les patients) qui sont pourtant des moments de production (peu visibles) d'un cadrage de l'activité et de constitution de répertoires collectifs nécessaires au bien être et à une véritable efficacité. Les services où les agents ne parlent plus entre eux du travail par manque de temps ou de fait de la mauvaise ambiance qui y règne sont ceux où les plaintes de stress, la démotivation, sont les plus fortes. Enfin, les indicateurs qui résument l'activité à quelques aspects facilement mesurables, réduisent chez les soignants les « motivations intrinsèques » (plaisir du don de soi, du travail bien fait, de la relation avec les collègues et les malades) au profit des « motivations extrinsèques » (salaires, carrière, avantages divers...). Ne pas prendre en compte et ignorer volontairement tout un ensemble d'efforts que font les soignants pour s'adapter aux difficultés et améliorer la qualité des soins ne peut que les pousser à la démotivation. Par exemple, dans un service de soins palliatifs en HAD (hospitalisation à domicile) dans lequel le passage aux 35 heures n'avait pas été accompagné d'embauches suffisantes, la surveillante avait proposé une nouvelle organisation horaire sensée permettre aux infirmières de voir plus de patients dans une même journée de travail. Précisé à la minute près, le planning

ne tenait aucun compte des aléas éventuels (difficultés de circulation routière, brusque aggravation de l'état d'un malade, etc.) ni de la volonté de maintenir un bon niveau de contact humain avec les patients. Les infirmières qui prenaient du retard étaient accusées de « mal » travailler alors que celles qui bâlaient le travail étaient félicitées pour avoir tenu les délais.

Plus globalement, une politique d'augmentation de l'efficacité peut conduire à un sentiment de perte de sens du travail, à une destruction des collectifs, à des effets pervers absurdes. Pour prendre deux exemples en dehors de secteur des soins on peut prendre le cas d'examineurs au baccalauréat invités à monter les notes pour améliorer les résultats alors que mettre un 12 sur 20 à un élève au lieu d'un 10 ne le rendra pas plus savant ; ou le cas des personnes qui traitent les dossiers envoyés par les assurés à la Sécurité sociale qui peuvent renvoyer trois fois d'affilée au titre d'une pièce manquante une d'une case mal informée car l'agent a tout intérêt à s'arrêter dès la première anomalie, sans chercher à regarder l'ensemble car il aura « traité », dans le décompte de son activité, « trois » dossiers au lieu d'un, même s' c'est trois fois le même !

La gestion par indicateurs a pour effet de placer les encadrant intermédiaires dans des situations impossibles : ils se réfugient dans leurs tableaux de bord, cherchent des sanctions indirectes mal vécues. Cela augmente, par ailleurs, le travail administratif, de traçabilité au détriment du travail de terrain plus valorisant professionnellement. Ainsi, les infirmières passent pratiquement plus de temps à remplir des dossiers papier ou informatique qu'auprès des malades (Estryn-Béhar).

La façon dont les collectifs de travail définissent la situation, donnent un sens acceptable aux contraintes du métier, font face aux risques, s'en trouve perturbée. La perception de la tâche, des contraintes, dépend en effet du sens donné au travail, à la mission (définition du « vrai travail », des « tâches indues ») et des moyens disponibles. Par exemple dans les services de soins palliatifs, l'accompagnement des mourants peut être vécu comme une activité plus supportable, voire qui a du sens, car les soignants y ont du temps pour discuter ensemble des buts de leur travail (réussir un accompagnement vers une « mort apaisée »), des moyens (locaux adaptés, sélection des malades les plus adaptés au type d'accompagnement envisagé, etc.). D'un point de vue strictement comptable, les soins palliatifs sont peu « efficaces » (ils coûtent chers et les malades y meurent), même s'ils peuvent jouer un rôle humain de premier plan.

Une vision comptable de l'efficacité peut entraver la construction d'un sens collectif partagé. Dans l'absolu, il est toujours possible d'en faire plus pour le malade ou sa famille et seul le collectif de travail permet de définir la bonne distance entre trop ou pas assez d'investissement dans le travail. Sans de tels repères, les soignants risquent vite de culpabiliser ou alors de se désinvestir pour éviter le risque d'épuisement émotionnel. D'autant que la reconnaissance sociale des efforts et investissements réalisés peut sembler imparfaite si seule une facette de l'activité est prise en compte. Les formes informelles de régulation et de gestion des difficultés dans le travail, basées sur l'entraide, le don de soi (pour les collègues, les patients, la mission), sont remplacées par des régulations formelles, impersonnelles.

Une recherche strictement comptable de l'efficacité peut conduire à supprimer les moments de débats sur le travail où se constitue une représentation partagée du beau travail, celui qui justifie de faire des efforts, valorise l'engagement de soi ; à réduire les échanges (d'information, de savoir faire, de valeurs, de coups de mains) nécessaires à une vraie coopération, au travail collectif (Loriol, Alter), mais aussi à donner un sentiment de perte de sens du travail (« on ne s'occupe pas de boîte de conserves ») de reconnaissance insuffisante (« tout

ce qui compte pour la surveillante, c'est d'aller vite »), de méfiance (« comme si nous n'étions pas soucieuses de la qualité des soins sans qu'on nous le dise »).

Pourtant, partir d'une définition partagée et négociée de la qualité des soins devrait permettre de concilier le bien être des soignants, la qualité des soins et une certaine efficacité dans les traitements, à condition de ne pas avoir une vision trop restrictive de l'activité. Qualité et efficacité ne sont pas forcément antinomiques. Le plaisir au travail découle du sentiment (intersubjectif) d'avoir bien fait son travail, de se sentir en accord avec ses collègues et sa hiérarchie de proximité, reconnu par ses patients. La qualité est donc une préoccupation spontanée des soignants, même si sa définition peut varier d'un service à l'autre. Les salariés, en général, ont à cœur de « bien » faire. Une bonne entente dans l'équipe, le fait d'échanger sur le travail, induit de meilleures relations avec les patients, de meilleurs soins (Vassy). Des études ergonomiques montrent que des soignants (mais aussi des postières) qui font bien leur travail ne prennent pas forcément plus de temps que les autres, mais elles ne suivent pas un protocole imposé (Caroly, Buscatto et al.)

Les mécanismes rapidement décrits ici à propos des soignants hospitaliers pourraient facilement être étendus à d'autres secteurs de l'action publique (travail social, éducation, police, etc.). Ces effets bénéfiques de la participation des salarié à la définition de la qualité comme les problèmes d'une évaluation strictement comptables sont connus depuis longtemps (comme le montre d'une certaine façon les travaux de l'école de relations humaines aux Etats-Unis dans les années 1930-40). On peut donc se demander pourquoi ils semblent aussi peu pris en compte par le haut management et les directions d'entreprise. Deux raisons au moins peuvent être avancées. La première est que la valorisation comptable à court terme de l'activité, qui est la règle dans les grandes organisations incite, comme nous l'avons vu, à ne pas tenir compte d'effets pervers ou de blocages peu visible des hautes sphères de décision, protégées de la complexité du réel par leurs outils de gestion et ne se manifestant qu'à moyen et long terme, à un moment où les décideurs occuperont d'autres postes (après moi le déluge !). Ensuite, la peur de perdre du pouvoir, le contrôle sur le terrain dont ils sont de plus en plus éloignés, dont ils maîtrisent de moins en moins les subtilités (par exemple quand un ancien industriel est nommé directeur d'une agence régionale d'hospitalisation sans jamais avoir travaillé dans le domaine sanitaire) pousse les dirigeants à réduire la marge de manœuvre, les zones d'incertitude, de leurs subordonnés.

Références citées :

- Nicolas Belorgey, L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public », La Découverte, 2010
- Jean Gadrey, Socio-économie des services, La Découverte, 2003
- Norbert Alter, Donner et prendre : La coopération en entreprise, La Découverte, 2010
- Sandrine Caroly, Activité collective et réélaboration des règles: des enjeux pour la santé au travail, Mémoire d'HDR, 2009.
- Buscatto Marie (dir.), Marc Loriol (dir.) et Jean-Marc Weller (dir.), Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics au contact des usagers, Ramonville-Ste-Agne, Eres, 2008
- Marc Loriol, 2010, Discussions informelles au sein du groupe de travail et construction du stress. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de sécurité urbaine, Communication et Organisation, n°36.
- Marc Loriol, La construction du social, Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique, PU Rennes, 2012.
- Madeleine Estryn-Béhar, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, EHESP, 2008
- Carine Vassy, Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations, Revue Française de Sociologie, 1999.



Premières luttes syndicales contre les ondes électromagnétiques L'action du syndicat SUD RATP

En juillet 2011, la RATP révélait dans un document interne que les salarié-es de métro étaient exposés aux ondes électromagnétiques (OEM) à des valeurs dépassant les 3Vm (volt par mètre). L'Organisation Mondiale pour Santé a classé, en mai 2011, l'ensemble des fréquences en catégorie 2B, c'est-à-dire potentiellement cancérigènes. Le Conseil de l'Europe quant à lui, préconise de ne pas dépasser les 0,6Vm car au-delà, ont été prouvés des impacts sur la santé.

Les élus SUD au CHSCT ont déposé un droit d'alerte et mener une enquête CHSCT le 10 août 2011. Les préconisations de réduction des sources d'exposition aux champs électromagnétiques dans le métro ont été rejetées par la RATP.

La direction a organisé le 11 août 2011, conformément au code du travail, une séance extraordinaire du CHSCT. Lors de celle-ci, nous avons fait venir l'Association Robin des Toits comme expert.

La direction a affirmé qu'elle s'occupait de cette affaire depuis des années et qu'elle était bien en dessous des valeurs demandées par les directives européennes. Mais pour nous, une donnée n'a pas été réalisée : à quoi est exposé l'agent dans sa cabine de conduite avec les antennes relais téléphoniques au dessus de la tête, le système Octys à l'intérieur et à l'extérieur du train, la radio TETRA et tout cela aux heures de pointe avec les usagers utilisant leur téléphone portable ? Les mesures réalisées par la RATP ne tiennent jamais compte du cumul des différentes sources, et n'ont jamais été effectuées en situation réelle.

Nous avons maintenu le droit d'alerte et décidé d'une séance complémentaire en septembre. Le professeur Dominique BELPOMME, Président de l'Association pour la Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse (ARTAC), et Robin des toits ont accepté de venir à cette nouvelle séance. Nous avons prouvé avec ces experts que les normes actuelles ne sont autres que celles des industriels et sont donc sujettes à conflit d'intérêt. Le professeur Belpomme a pointé du doigt **les symptômes graves pour les conducteurs/trices de métro : Trouble de l'attention, trouble de la concentration et perte de la mémoire immédiate.**

A l'unanimité, les élu-es du CHSCT ont décidé une expertise « indépendante », afin de connaître les valeurs réelles d'exposition aux OEM auxquelles les salarié-es sont exposé-es durant leur journée de travail.

La RATP a contesté au Tribunal de Grande Instance de Paris la délibération du CHSCT. Le tribunal a rejeté la demande d'expertise mais condamne la RATP à payer la procédure en justice. Cependant La juge nous donne raison, aucune mesure en cabine de conduite n'a été effectuée. Les mesures anciennement effectuées ne tiennent pas compte des préconisations

avancées des médecins et des scientifiques. Le jugement indique que « les limites légales ne tirent pas les conséquences des discussions de la communauté scientifique, des nouvelles préconisations fondées sur un seuil d'innocuité évalué sur la base d'études épidémiologiques à 0,6 V/m, et des phénomènes d'intolérance aux ondes électromagnétiques de plus en plus fréquemment constatés par les médecins ». Dans ses motivations le tribunal demande à la RATP de :

- Revoir la méthodologie employée pour tenir compte des inquiétudes exprimées par le CHSCT ;
- Proposer un protocole de mesures réalisées en loge de conduite et en déplacement sur l'ensemble d'un parcours, dans des conditions de trafic optimal et prenant en compte les équipements nouveaux qui sont sources d'interrogations depuis leur déploiement.

Suite au rendu du Tribunal, notre équipe syndicale a proposé un protocole de mesure qui a pour objet de se concentrer sur la réalité de l'exposition des individus et de répondre à la demande citoyenne. Ce que ne permettait pas celui de l'entreprise publique.

Lors de la Commission environnement du 12 avril 2012, ce protocole a été validé. L'appareil proposé par la RATP ne nous convenant pas, car imprécis, les élus SUD en ont proposé un autre qui permet une analyse spectrale (analyse permettant de connaître l'ensemble des spectres et également la contribution de chacun d'eux).

La prochaine Commission se fera en lien étroit avec la médecine du travail, car il est important de développer des méthodes permettant de détecter au sein des salarié-es des personnes électrosensibles ou en devenir.

Notre équipe syndicale participera à cette lutte, avec les associations comme Robin des Toits, afin de réduire les effets néfastes des OEM sur la santé des agents de la RATP, mais aussi sur la santé de nos voyageurs.

Sud
RATP

En lutte !



28 ciné-flash de Travail et Démocratie

Qu'en est-il aujourd'hui de la démocratie dans le travail ? Et du travail dans la démocratie ? Récits, combats individuels et collectifs, moments de vie professionnelle, autofictions, analyses, propositions, « cris et chuchotements » pour raconter « son travail ».

La revue Les périphériques vous parle consacre son numéro 35 à la parole de protagonistes et d'analystes du monde du travail qui, tour à tour, en 28 Ciné-flash expriment leurs sentiments, leurs constats, leurs interrogations, leurs propositions sur cette question cruciale « du travail » qui occupe une si large part dans nos vies.

Ces prises de paroles sont un premier florilège de réponses à l'appel lancé par le collectif Travail & Démocratie depuis le mois de mai 2009, lors d'une grande rencontre publique nationale à la Maison des Métallos à Paris. Les Ciné-flash (des courts métrages) ont été réalisés par les participants au collectif et par l'équipe vidéo des Périphériques avec le concours de structures comme Centre Média Local 93 (Riv'Nord et Rapsode Production) ou encore en collaboration avec le festival Filmer le travail de Poitiers.

La démarche Travail & Démocratie est coordonnée par deux structures : la revue Les périphériques vous parle et le réseau d'éducation populaire Peuple et Culture, avec la collaboration de personnes et de structures très diverses.

Prix de vente : 15 euros

DVD PAL, 4:3 et 16/9, 180' - Toutes zones / all zones

Disponible à la boutique web de la revue :

www.lesperipheriques.org



Revue

Revue PISTES



La revue Pistes (Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé) est une revue scientifique interdisciplinaire

Québécoise s'intéressant aux aspects sociaux et humains du travail et à leurs liens avec la santé des personnes. Elle privilégie les approches de recherche prenant en compte le travail réel et s'intéresse particulièrement aux thématiques innovatrices sur le travail et la santé. Elle vise également à un transfert des connaissances issues de travaux dans divers domaines qui touchent le travail et la santé.

Les articles de cette revue semestrielle sont consultables en ligne sur le site. Au sommaire du dernier numéro :

- Histoire des approches de la santé et de la sécurité au travail au 41, rue Gay-Lussac, Paris (De la physiologie et de la psychologie du travail à l'ergonomie)

- Proposition d'un outil d'aide au diagnostic du syndrome du canal carpien pour les acteurs de la santé au travail

- Étude de la fidélité de l'implantation d'un programme de réadaptation au travail auprès de travailleurs de la construction ayant une dorsolombalgie

- Évaluation des facteurs de pénibilité du travail et évolutions technico-organisationnelles : un défi pour l'ergonomie – le cas des imprimeurs-rotativistes de la presse quotidienne à trente ans de distance

- Les activités de gestion d'alerte épidémiologique : les transformations induites par l'utilisation d'un système de surveillance en temps réel

- Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants

<http://www.pistes.uqam.ca/v14n1/sommaire.html>

Function publique

Dans la fonction publique, qu'il s'agisse de la fonction publique d'Etat, la fonction publique hospitalière ou la fonction publique territoriale, l'avis de la commission de réforme est souvent sollicité, pour les accidents de service, les maladies professionnelles, les mises à la retraite pour invalidité, etc. C'est le comité médical départemental qui peut siéger en formation de commission de réforme. Il existe donc une commission de réforme par département, la présidence et l'organisation de cette commission sont confiées au préfet du département.

Le site Atout Santé a mis en ligne une documentation pratique qui permet de se familiariser rapidement avec leurs fonctionnements.

<http://www.atousante.com/sante-travail/fonction-publique-sante-travail/points-communs-trois-fonctions-publiques/commission-reforme-composition-fonctionnement/>

