

États généraux de la santé des travailleuses et des travailleurs

Lors des États généraux de la santé des travailleuses et des travailleurs, quatre ateliers ont porté sur la santé des travailleurs précaires, sous-traitants et/ou des chômeurs.

Le premier atelier s'intitulait « La santé des travailleurs précaires (intérim, saisonniers, CDD, temps partiel, etc.) est-elle protégée ? »

Rapporteurs : Pascal Marichalar et Marie Pascual

I.1 Les constats

Introduction. La précarité peut concerner la durée du contrat de travail ainsi que les formes particulières d'emploi. Elle concerne tout autant le secteur privé que la Fonction Publique. On peut même dire qu'elle est encouragée par l'État. On constate un éclatement des entreprises et du salariat, *via* l'attribution de statuts différents aux salariés, par ailleurs de plus en plus précaires. Ce qui affaiblit la capacité à réagir et s'organiser, à pouvoir connaître les risques et les contrôler. La précarité entrave l'unité des travailleurs et des militants syndicaux sur le lieu de travail. Les salariés sont mis en concurrence entre eux et les contrats précaires laissent place à une sous-traitance des risques : plus fort taux d'accidents. Le regard institutionnel ne veut pas se saisir de ça (Louis-Marie, syndicaliste et sociologue). Dans le Code du travail, la définition de la précarité comprend CDD et intérim. Mais elle peut s'étendre au CDI, avec le temps partiel qui touche principalement les femmes. L'auto-entrepreneuriat se développe également de plus en plus : cela implique la subordination sans le salariat. Des sous-traitants fournissent désormais des auto-entrepreneurs. Dans ce modèle, tout comme avec l'« uberisation » : les accidents de travail (AT) ne sont pas pris en charge.

Les exemples de précarité sont nombreux dans la Fonction Publique et le service public. Par exemple, des contrats en CDI pour des vacances de très courtes durées. Environ 90% du personnel de Pôle emploi est de droit privé (Francine). Des contrats aidés ou des services civiques sont recrutés (à la place de postes à durée indéterminée) mais ils sont alors très précaires et ne cotisent pas pour la retraite. Les hôpitaux ont également recours à des services civiques dont la rupture anticipée n'est pas à motiver (Marie-Laurence).

Un point sur les statistiques. En 2013, 86 % des salariés bénéficient d'un contrat à durée indéterminée (CDI). Pourtant, parmi les embauches, la part des CDD est de 85 %, un maximum historique. En trente ans, le « taux de rotation de la main-d'œuvre » a quasiment été multiplié par cinq : en 1982, on dénombrait 38 actes « d'embauche et de débauche » pour 100 salariés présents dans une entreprise ; en 2011, ce chiffre a bondi à 177 pour 100. Au cours des années 2000, deux facteurs ont joué un rôle déterminant dans cette explosion de la rotation : la multiplication des contrats précaires et le raccourcissement de leur durée. Une mission d'intérim court désormais sur un peu moins de deux semaines, en moyenne, contre un peu plus d'un mois en 1982. Une tendance similaire est observée pour les CDD. Les contrats de moins de trois mois occupent une part de plus en plus grande dans les embauches effectuées au cours d'une année : un peu plus de 80 % en 2011, contre un peu moins de 40 % en 1982. Ceux qui sont employés pour une durée indéterminée ont tendance à rester en poste dans la même entreprise de plus en plus longtemps : dix ans en moyenne en 2011 contre six en 1982. Selon l'Insee, la probabilité qu'un salarié en CDD ou en intérim « occupe un emploi en CDI un an plus tard ne cesse de diminuer sur longue période ». Dès lors, les auteurs de l'étude en concluent que « les emplois stables et les emplois instables forment deux mondes séparés, les emplois instables constituant une “trappe” pour ceux qui les occupent ». Il y a une tendance à une dualisation du marché du travail (Pascal, sociologue).

La précarité (dont l'intérim fait partie) est génératrice de risques. Le recours à des salariés précaires pour réaliser des tâches dangereuses permet d'ignorer leur dangerosité, or elle augmente même

cette dangerosité puisque les salariés à qui elles sont confiées n'ont pas les moyens (individuellement, collectivement, par les IRP) de s'y affronter. C'est le cas par exemple sur les chantiers TGV (Sébastien) où le recours à des contrats précaires s'opère *via* la sous-traitance¹. Concernant l'intérim en France : 67 morts au travail en 2014. Mais l'on ne voit pas dans ces statistiques les milliers de salariés intérimaires victimes de maladies professionnelles. Il s'agit de « morts invisibles » (André, syndicaliste intérim). Et comment appliquer son droit de retrait lors de contrats de missions de très courtes durées ?

Et la prévention des risques est entravée. Les élus du personnel ont peu de contacts avec les intérimaires. Quant au suivi médical, les visites médicales sont faites uniquement pour les postes considérés comme « à risques » (Martial, syndicaliste intérim). La médecine du travail a une responsabilité dans le fait que la protection et la prévention ne soient pas effectives auprès des intérimaires. Les services de santé au travail ne se sont pas organisés pour remplir leur mission auprès des intérimaires (Marie, médecin du travail en SSTI). Sur la surveillance médicale renforcée : il faut remettre dans le contexte d'une pénurie de médecins du travail qui est socialement construite. Les intérimaires sont les derniers servis. Ces derniers devraient pourtant avoir accès au médecin du travail (visites à leur demande) (Elizabeth, médecin du travail en SSIT).

Plus on est dans la précarité et plus il est difficile d'exercer ses droits (démontrer l'exposition professionnelle par exemple). Pour les travailleurs détachés, c'est encore pire. Une fois qu'ils sont rentrés chez eux, il est impossible de faire valoir leurs droits si floués (Marie-Pierre, inspectrice du travail).

Par la précarité et le recours aux travailleurs détachés, le dumping social s'organise. Et donc, la mise en concurrence des travailleurs entre eux et leur division. Sur certains chantiers, comme le stade de Nice, les trois-quarts des salariés sont des travailleurs détachés (dits « low-cost ») (Chantal). Recourir à l'intérim, c'est une façon pour l'employeur de culpabiliser ceux qui sont embauchés en CDI et inversement on stigmatise les collègues intérimaires, en disant que c'est à cause d'eux qu'on ne peut pas négocier. Les intérimaires et précaires représentent ce que l'on ne veut pas voir dans l'entreprise, ce dont les travailleurs en CDI ne veulent pas (Romain). Dans les aspects de concurrence, il faut aussi souligner que donner les horaires et les tâches les plus pénibles à des précaires arrange aussi les salariés permanents. C'est un problème de solidarité (Louis-Marie).

I.2 Les propositions

Réaffirmer et poursuivre le travail syndical. Quelques luttes donnent de l'espoir, notamment celles menées dans l'hôtellerie contre la question de la sous-traitance mais aussi des travailleurs détachés. Il est possible de mettre en échec certaines initiatives patronales grâce aux militants syndicaux (André; Didier ; Odile, Collectif Droits des femmes).

Interdire l'ensemble des travaux dangereux ou pénibles aux CDD, intérimaires et sous-traitants. Cela doit concerner toutes les tâches qui nécessitent soit une formation et/ou une information avant, soit un suivi des mesures de sécurité pendant le travail soit un suivi médical renforcé ensuite. Les CHSCT sont consultés (bilan du CHSCT) sur les tâches nécessitant un suivi médical ou dangereuses, ou pénibles : ce doit être l'occasion à chaque fois d'affirmer que les salariés précaires et sous-traitants doivent être exclus de ces tâches. Il existe un article dans le Code du travail, issu de longues luttes, qui interdit certaines tâches aux intérimaires et aux CDD. Cet article doit être étendu, sollicité partout... (Louis-Marie).

¹ Sur les chantiers de Saint-Nazaire dans les années 2000 aussi : sous-traitance en cascade, multiplication des statuts, en particuliers intérimaires et travailleurs détachés. En 2002, 14000 salariés étaient sur site (9000 sous-traitants, 5000 Alstom). Beaucoup d'accidents et quatre morts.

Mettre l'accent sur la traçabilité des expositions, au moins par métier exercé (Elizabeth, médecin du travail en SSIT). Des essais sont en cours, au niveau de certaines branches, pour mettre en place une fiche pour le suivi médical des intérimaires (Martial). Certains services de santé au travail ont créé des pôles pour réfléchir à cette question : comment s'occuper des intérimaires.

Le deuxième atelier s'intitulait « La santé des travailleurs sous-traitant-e-s est-elle protégée »

Rapporteur : Louis-Marie Barnier Animateur : Philippe Saunier

II.1 Les constats

Introduction. Cet atelier porte surtout sur la sous-traitance intra-muros. On constate que la sous-traitance crée un rapport commercial à la place de la subordination. La sous-traitance, c'est l'externalisation du risque. Elle crée un paravent pour la responsabilité du donneur d'ordres en cas d'accident ainsi qu'une concurrence entre services de sécurité au travail, comme le Trophée sécurité, ou l'attribution de marchés seulement aux sous-traitants qui ne déclarent pas d'AT, ce qui conduit à leur dissimulation (Ian). La logique de « cœur de métier » conduit à sous-traiter les autres activités. C'est une idée parfois partagée par les salariés (nettoyage...) (Sud Rail).

Par la sous-traitance, les droits fondamentaux des travailleurs sont remis en cause. Le problème de de la sous-traitance en cascade, c'est que le donneur d'ordres diffère ses risques, en donnant au moins-disant social (Marie-Pierre, inspectrice du travail). La prévention primaire, le droit d'alerte, le droit d'expression et de formation, l'intégration dans le collectif de travail est refusée à ces travailleurs. C'est la relation au statut de travailleur qui est en cause (Philippe). Dans cette logique, les entreprises profitent de l'effet de seuil pour empêcher, dans des structures morcelées à moins de 10 salariés, l'élection de délégués (Ian). Le pouvoir d'intervention des CHSCT du donneur d'ordres reste théorique. Finalement, combien de CHSCT votent les missions des travailleurs sous-traitants ? Est-ce que les CHSCT du donneur d'ordres étudient les postes de travail des sous-traitants ? Dans des entreprises de plus de 500 salariés, il est possible de trouver des CHSCT qui ne s'occupent que des sous-traitants (ex. : Renault). On peut intervenir sur les locaux, les produits et le contenu des plans de prévention, mais sur l'organisation du travail, c'est quasiment impossible (Sud Rail). La responsabilité sociale des entreprises reste une opération de publicité. Il est très difficile d'obtenir toutes les informations, en cas d'AT notamment (Philippe Saunier).

Dans le secteur de la chimie, par exemple, on fait encore le constat de plans de prévention annuels (contrairement à la loi), de l'absence de formation des sous-traitants... Une nouvelle catastrophe pourrait arriver à tout moment (Gérald).

La sous-traitance contribue également à l'isolement des travailleurs sous-traitants. Les prestataires de service, en ingénierie par exemple, se retrouvent isolés dans les entreprises, sur leur lieu de travail. Et comme ces travailleurs changent très souvent de lieu de travail, il est compliqué de les impliquer dans les IRP (Verna, Renault). Certains travailleurs sous-traitants n'ont par exemple par accès à la cantine du site où ils travaillent et ni leur arrivée ni leur départ ne sont anticipés (Isabelle, PTT). A l'inverse, la stabilisation des salariés sous-traitants permet de concrétiser une « communauté de travail » parce que c'est le travail qui rassemble les salariés (Louis-Marie).

La responsabilisation du donneur d'ordres est difficile à obtenir. Entre le donneur d'ordres et le sous-traitant, entre les utilisateurs et les employeurs donc, on se renvoie souvent la balle. Dans l'entreprise donneuse d'ordres, les représentants du personnel ont très peu de connaissances de ce qui se passe en cas d'AT des sous-traitants. Lors d'un décès, on peut mettre un an à obtenir le nom de la personne (Louis-Marie). Les entreprises sous-traitantes ne donnent pas forcément les informations sur les AT et MP. L'arrêt Snecma de 2008 indique que l'employeur ne peut prendre de décision qui

porte atteinte à la santé DES salariés, donc de tous les salariés, pas que les siens (Louis-Marie). Cette responsabilisation du donneur d'ordre est un axe central. Elle ne s'obtiendra pas sans lutte avec les syndicats du donneur d'ordres, les syndicats des sous-traitants, les syndicats d'intérim. Des expériences ont par exemple été réalisées en rassemblant les délégués du personnel des différentes entreprises concernées, à Saint-Nazaire, ce qui a imposé l'arrêt des travaux jusqu'à la mise en place d'une extraction de fumée (André). C'est bien le lien entre syndicats donneurs d'ordres et sous-traitants qui permettra de monter les dégâts de la sous-traitance (Gérald).

Les plans de prévention ne sont ni efficaces ni « protecteurs » en l'état. Les plans de prévention représentent un dispositif « écran de brouillard », bureaucratique et trop générique qui empêche une vraie protection des salariés sous-traitants. Il importe de construire de bons plans de prévention car c'est ainsi que l'on peut obtenir des élections de délégués du personnel, des réintégrations chez le donneur d'ordres, voire des condamnations (Philippe).

Pour intervenir sur les donneurs d'ordres, il faut passer par les plans de prévention ; autrement-dit, interdire la sous-traitance parce que le plan de prévention n'est pas applicable ou alors qu'en l'état, il ne garantit pas la santé et la sécurité des travailleurs (Gérald). Un groupe de travail de l'INRS a été constitué pour rendre le Plan de prévention des risques applicable (Philippe).

Dans le nucléaire...

La sous-traitance dans le secteur du nucléaire est différente. Elle est organisée par périodes. Elle conduit à une plus grande responsabilisation des entreprises sous-traitantes. Ce secteur peut être considéré comme un laboratoire pour tester de nouvelles formes de contrat (André). Le suivi individuel des expositions aux radiations est fait pour les intérimaires (et travailleurs sous-traitants ?) du nucléaire (cf. le livre « La centrale »).

II.2 Les propositions

Responsabiliser le donneur d'ordres. Dans l'hôtellerie, à l'occasion des luttes des salariés du nettoyage, a été mise en avant la revendication de la reconstitution de la communauté de travail, les salariés sous-traitants peuvent voter là où ils travaillent, être élus dans les instances (Laurent syndicaliste Commerce). En ce sens, il faudrait également **obtenir le suivi médical des sous-traitants par le médecin du travail du ou des donneur(s) d'ordres.** Il faut construire une traçabilité des expositions, et pas seulement avoir des visites d'embauche. Par exemple, une expérience a été faite autour de l'étang de Berre. Mais est-ce le retour du livret de travail ? (Isabelle, PTT).

Renforcer et compléter les plans de prévention (Ian).

Limiter et interdire la sous-traitance hors activités très spécifiques. C'est ce qu'il faut imposer dans de grandes structures, *via* les syndicats des donneurs d'ordres (Gérald).

Demander la ré-internalisation du travail. Très souvent, la sous-traitance n'est pas justifiée. Dans ce cadre, il y a des outils juridiques : délit de marchandage, prêt de main d'œuvre illicite. Il est possible d'obtenir la réintégration des travailleurs sous-traitants chez le donneur d'ordres (Odile). Par exemple, à l'hôtel de Suresnes, la grève a permis la réintégration des femmes de ménage dans l'entreprise donneuse d'ordres (Philippe).

La CGT s'est prononcée pour un statut unique des sous-traitants. C'est la revendication de l'égalité des droits pour les travailleurs sous-traitants.

Le troisième atelier s'intitulait « Qu'en est-il de la santé des chômeur-se-s ? »

Rapporteuse : Virginie Althaus Animateur : Louis-Marie Barnier

III.1 Les constats

Introduction. On ne peut pas isoler la situation des chômeurs. L'usure professionnelle peut expliquer l'état de santé des chômeurs, autrement-dit ils peuvent subir les répercussions des emplois précédents en termes de santé. On peut se retrouver au chômage suite à des problèmes de santé. Chez les intérimaires, par exemple, on observe une réelle discrimination à l'emploi, en fonction de l'état de santé. On ne leur donne plus de missions, s'ils disent qu'ils ont été en arrêt maladie (Martial, syndicaliste intérim). Mais le chômage est aussi une situation de vulnérabilité, où l'on a un moindre accès aux soins, etc. (Louis-Marie).

Il faut appréhender cette question en maintenant une continuité entre le travail et le chômage, en s'intéressant aux parcours professionnels. Au CESE, la CGT défend l'idée selon laquelle c'est le chômage qui casse mais pas seulement ! Il faut aussi prendre en compte les expériences antérieures et reconstituer des historiques professionnels. On peut parler du « traumatisme du chômage » (cf. le titre de l'ouvrage de Michel Debout publié en 2015) car celui-ci fait souvent suite à des situations conflictuelles ou très précaires. L'IGAS a réalisé une étude et le CESE a traité la question de la santé des chômeurs de longue durée, à partir d'une auto-saisine (Muriel syndicaliste des privés d'emploi).

Les chômeurs sont particulièrement exposés au harcèlement et sont discriminés. L'effritement de Pôle emploi génère un harcèlement des chômeurs (comme le harcèlement moral en entreprise, mais appliqué aux chômeurs). Leur vécu est nié. Les courriers de Pôle Emploi sont violents. La société est dans un déni total par rapport à cela. Dans le même registre, les chômeurs reçoivent demandes de remboursement portant sur des sommes énormes, pour des allocations « indues » (allocations versées en trop) . Les allocations chômage sont versées sur le mois en cours et le trop perçu est ensuite réclamé mais sans transparence. Cela crée une insécurité de revenu et des situations de stress intenses.

Pôle Emploi n'ouvre plus l'après-midi. Depuis mars 2016, on assiste à une dématérialisation de l'indemnisation chômage. L'inscription se fait obligatoirement et uniquement par Internet, à l'heure où l'on observe des radiations dues à la non-maîtrise de l'outil informatique (Enseignante dans une école de travail social). Des professionnels estiment qu'environ 10 % des chômeurs n'arriveront pas à s'inscrire (Enrico, Mission locale). Le travail qui était fait par les conseillers est réalisé par les usagers. C'est donc du travail gratuit, effectué par les chômeurs. Il faudrait réaliser une étude de l'externalisation des coûts. Une fois inscrits à Pôle Emploi, certains chômeurs rencontrent également des refus de formation (Muriel). Pour bénéficier d'une formation Pôle Emploi : il faut avoir une certaine maîtrise, négocier, demander des devis. Par ailleurs, rechercher un emploi, c'est se confronter à des pratiques de discrimination. Les chômeurs travaillent et n'ont pas de temps libre. Ils restent à disposition de l'employeur. Cela les oblige à avoir un discours faussé sur eux-mêmes qui s'attaque à l'estime de soi. C'est aussi une obligation de démarches aberrantes (Muriel).

L'accès aux soins médicaux (et aux droits) est entravé. Des possibilités de réaliser des consultations existent. Par exemple, tout le monde a la possibilité de faire un bilan de santé à la Sécurité Sociale. Qui le sait ? Toute personne qui a des problèmes de santé sur Paris peut être prise en charge. C'est une spécificité française qu'il faut rappeler (psychologue du travail et retraitée). Les personnes sans emploi peuvent également être suivies *via* les consultations de pathologies professionnelles. Mais il faut distinguer la possibilité de faire une consultation et l'accès réel aux consultations (Muriel). Il faut d'abord en être informé. Puis la question de la disponibilité des soignants, médecins et de l'attente pour obtenir un rendez-vous, une consultation se pose. C'est par exemple le cas dans les CMP, où les délais d'attente sont très longs. Les pathologies du domaine psychique sont ainsi très peu suivies. Il faut « tenir » avec des antidépresseurs.

Une médecine du travail ou de l'emploi uniquement ? La médecine du travail s'adressait à un système Taylorien avec des ouvriers stables, confrontés avant tout aux risques physiques. Mais désormais il faudrait adapter cette médecine du travail aux situations actuelles, notamment à la situation de chômage (situation, attitude Pôle emploi, emplois antérieurs...). Le système devrait être réfléchi autrement, par rapport à la conception du médecin du travail. Est-ce qu'il faudrait travailler plus auprès de la médecine générale ? Ou, du moins, lever la barrière entre médecins du travail (qu'on peut qualifier comme médecine de l'emploi uniquement à l'heure actuelle) et médecine générale ? À titre d'exemple, beaucoup de salariés sont contrôlés par leurs employeurs alors qu'ils ont été mis en arrêt par leur médecin généraliste (Louis-Marie). En 1971, une entreprise a été créée à cet effet : « Securex ». Mais elle a disparu car cela été très mal perçu par l'opinion publique (Danièle Linhart). Cela pose aussi la question du statut de la médecine du travail : préventive ou de réparation ?

Une remise en cause du salariat et montée de la débrouillardise en dehors des institutions. Du côté des chômeurs, on assiste parfois à une vraie remise en cause du salariat. Certains d'entre eux s'engagent dans des stratégies de RSA. Ils ne sont plus dans les mêmes logiques de travail et d'emploi qu'avant. En 2010, on a connu une grève des chômeurs. Il s'agissait de chômeurs avec un niveau d'étude élevé, dans le domaine de la culture ou des sciences humaines. Ils avaient finalement renoncé au revenu. Leur vision du travail était dégradée et ils sont en quelque sorte rentrés en « dissidence économique ». Pour pouvoir penser, il fallait sortir du modèle du salariat. Mais dans ce cas-là, c'est une souffrance personnelle, individuelle (Muriel).

III.2 Les propositions

Garantir le suivi médical et la prévention/l'action avant l'inaptitude. Les inaptitudes sont un échec du point de vue de la médecine du travail. Il est ensuite difficile de se « relancer » *via* Pôle emploi. Il est plus facile d'agir avant (quand la personne est encore en emploi) qu'après (quand elle est au chômage) (Médecin du travail). Il faut également actionner les dispositifs de retraite anticipée (retraite anticipée, pénibilité...) et informer sur la reconversion professionnelle.

Identifier et prévenir les risques liés à la situation de chômage. Il faut se pencher sur les risques liés à la situation de chômage : le harcèlement, la discrimination, l'anxiété, la confrontation à des démarches absurdes...

Informier et sensibiliser sur les droits en termes d'accès aux soins. La Sécurité Sociale permet par exemple un bilan de santé tous les cinq ans, les consultations de pathologies professionnelles, etc. Mais dans ce cas, il faut bien comprendre qu'il s'agit d'un transfert des charges des entreprises sur la collectivité.

Instaurer un suivi médical des chômeurs et les précaires. Par exemple, *via* une médecine des chômeurs ou *via* l'extension-prolongation de la médecine du travail aux chômeurs étant donné qu'ils travaillent (ils sont considérés comme des actifs par l'INSEE). Ce suivi médical ne doit pas faire l'impasse sur la dimension psychique de la santé, en particulier avec des professionnels prenant en compte les relations entre emploi, chômage et santé. Une « sécurité sociale professionnelle » serait une bonne idée, que l'on soit en emploi ou non : pour les moins de 25 ans, pour les personnes entre 50 et 60 ans également (Odile), ou encore une « portabilité » des droits tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les moins de 26 ans et les retraités.

Travailler sur la continuité du lien social et de l'utilité sociale. Il existe de nombreuses associations : AC !, la coordination des précaires d'Île de France, la CGT Chômeurs, le MNCP, etc. En théorie, Pôle Emploi doit indiquer les associations de chômeurs dans chaque agence. Un tableau répertorie les associations. Sur Paris, trois associations de chômeurs ainsi que la CGT chômeurs ont des permanences. Il faut remettre du collectif dans les dispositifs d'accompagnement qui individualisent

(Catherine). La médicalisation peut être excessive (exemple : prescriptions d'anti-dépresseurs). Pour sortir de l'isolement et de l'individualisme, il faut mettre en avant le collectif et le militantisme. Travailler ensemble sur le « pouvoir d'agir » permet de sortir de la médicalisation.

Le quatrième atelier s'intitulait « Précarité et chômage »

Animateurs/Rapporteurs : Louis-Marie Barnier, Claude Crestani, Marie Pascual

IV.2 Les propositions

Devant le constat de l'extension de la précarité et de la sous-traitance en cascade (jusqu'aux ateliers protégés et ESAT (établissements et services d'aide par le travail – les CAT – qui accueillent des personnes handicapées où ces travailleurs n'ont même pas le statut de salarié mais celui d'utilisateur !)) les pistes d'action débattues au cours de cet atelier sont :

- Se battre pour l'interdiction des emplois dangereux aux précaires et sous-traitants (nécessitant suivi médical particulier, ou port d'EPI, ou risque d'accident : machines dangereuses, travail en hauteur...). Sur ce point certains sont perplexes : est-ce bien réaliste ? Chantal, intérimaire dans le BTP, voit mal comment l'interdiction du travail en hauteur peut être envisagée pour les intérimaires et se demande si cela ne va pas conduire à l'exclusion des intérimaires de ces postes et donc une plus grande difficulté pour avoir des missions. Il y a un certain écart entre cette mesure proposée à partir de l'expérience de Louis-Marie sur une zone aéroportuaire et le quotidien de l'intérim dans le BTP ou la logistique...
- Importance +++ du rôle des IRP des entreprises utilisatrices et donneuses d'ordre, nécessité de construire des communautés de travail avec l'ensemble des travailleurs d'un site ou d'une activité

Santé des chômeurs :

- Rôle important des médecins généralistes
- On constate que les chômeurs n'ont pas accès aux arrêts maladie : ils ne les demandent pas ou ne les utilisent pas car le plus souvent les indemnités journalières seront inférieures aux indemnités chômage. Ainsi ils utilisent leur droit au chômage alors qu'ils devraient relever de l'assurance maladie.
- La question des indus récupérés par Pôle Emploi crée une grande souffrance liée à l'imprévisibilité du lendemain, elle pose aussi la question de la connaissance de leurs droits par les chômeurs. La prochaine loi va rendre légal ce qui est aujourd'hui illégal et qui vient d'être interdit.
- Il a été suggéré que les chômeurs soient suivis par le médecin du travail de l'emploi précédent la période de chômage.

Santé des Intérimaires :

- De la même façon, il a été suggéré que des médecins du travail coordonnent les dossiers des intérimaires

Intérêt de créer des espaces ressources pour accueillir/rencontrer les travailleurs sur toutes ces questions. La continuité des droits est une revendication importante. Des intermittents ont posé la prise en compte de la maternité, qui leur retirait des droits. Ils ont été rejoints par des pigistes, des enseignants dans la même situation. Les chômeurs, les précaires ne sont pas informés de leurs droits. Ils préfèrent souvent laisser filer, faute d'information ou de canaux pour faire valoir ces droits. Les agents de Pôle Emploi doivent aussi avoir pour mission de les informer de leurs droits.