

PROGRES TECHNIQUE ET TRAVAIL:  
INFORMATISATION DES SERVICES PUBLICS

ETUDE D'UN CAS

Marianne Lacomblez  
Centre de Sociologie du Travail  
Institut de Sociologie  
Université Libre de Bruxelles

Etude financée par la Fondation Européenne pour l'Amélioration  
des Conditions de Vie et de Travail (Dublin)  
et l'Institut pour l'Amélioration des Conditions de Travail (Bruxelles)

Septembre 1984

PREFACE

L'étude de cas présentée dans ce volume fut menée dans le cadre d'une recherche plus large - commanditée par la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail (Dublin) et gérée par l'Institut pour l'Amélioration des Conditions de Travail (Bruxelles) - ayant pour intitulé "Développement technologique et service public".

Le schéma de la présentation et l'intitulé des différents chapitres résultent des caractéristiques de la demande formulée par la Fondation de Dublin.

Par ailleurs, pour des raisons liées aux réglementations internes de cette même Fondation, le nombre de pages consacrées à l'exposé de cette étude est très strictement limité.

Ces contraintes m'ont amenée à mener ailleurs les réflexions que cette recherche impose.

Une publication ultérieure en rapportera les éléments essentiels.

Pour la réalisation pratique de cette étude, je tiens à remercier Monsieur L. ARNOLD, du Fonds des Maladies Professionnelles, pour la disponibilité et l'enthousiasme avec lesquels il a accompagné le déroulement de la démarche - et ce malgré la considérable charge de travail qui est la sienne.

Que Madame A. MANIQUET trouve également ici ma chaleureuse reconnaissance pour la manière dont elle a assuré la présentation matérielle de cette étude.

LE CAS DU FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

## 1. Le "Fonds des Maladies Professionnelles"

Le "Fonds des Maladies Professionnelles" (F.M.P.) est un établissement public contrôlé par le Ministère de la Prévoyance Sociale. Il fut créé le 24 juillet 1927 par voie légale (M.B. 12.08.1927), la liste des maladies reconnues comme professionnelles étant établie par arrêté royal.

L'organisme est géré par un Comité de Gestion paritaire où se retrouvent, en nombre égal, représentants des organisations de travailleurs et d'employeurs. Les organes de gestion sont assistés par un Conseil Technique dont la mission consiste en l'étude des maladies provoquées par l'exercice d'activités professionnelles. Ce Conseil est chargé d'examiner les maladies qui pourraient donner lieu à réparation, il en propose l'inscription sur la liste agréée, il en recherche le traitement et en définit les moyens de prévention. Ce Conseil est composé de spécialistes proposés par les Facultés de Médecine des Universités possédant une spécialisation en médecine du travail, ainsi que des chimistes, ingénieurs et médecins dont les compétences scientifiques et professionnelles justifient la présence.

Créé en 1927, le FMP subit un profond changement dans son fonctionnement lorsque la loi du 27 décembre 1963 (M.B. 31 décembre 1963) réforme l'assurance contre les maladies professionnelles: la conception du régime est élargie, incluant un grand nombre de victimes jusque là ignorées - par exemple les mineurs atteints de pneumoconiose.

Du 24 juillet 1927 au 31 décembre 1963, à peu près 12.000 dossiers avaient été traités, dont un tiers environ entre 1958 et 1963. Les 10.709 demandes introduites au cours de la seule année 1964 ne pouvaient être prises sérieusement en charge par la trentaine d'agents constituant jusque là l'effectif du FMP. Il s'agissait donc de procéder à l'engagement d'un personnel nouveau. Mais il importait également d'abandonner l'organisation du travail essentiellement manuelle jusque là pratiquée. Dans ce but, le FMP conclut un contrat avec la firme IBM qui établit les programmes et les exécuta avec ses propres machines. Mais, en 1966, il fut décidé d'équiper le FMP de son ordinateur et de procéder à la formation du personnel en place: c'était là les débuts du processus d'informatisation dont nous relaterons plus loin les implications.

Disons encore que l'intervention du FMP se substitue pour les bénéficiaires à celle du régime général de la Sécurité Sociale. Elle consiste en la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et en la prévention de celles-ci. La réparation comporte, en cas de décès, l'indemnisation aux ayants-droits; en cas de vie, le paiement d'indemnités pour incapacité de travail, temporaire ou permanente, qu'elle soit totale ou partielle, et le remboursement des soins de santé résultant de maladies professionnelles. En matière de prévention, le FMP peut, avec l'accord du bénéficiaire, prendre la décision d'écartement du milieu nocif et lui assurer une compensation pour perte de salaire. La décision d'écartement peut être temporaire ou définitive; elle peut donner lieu ou non à une réadaptation professionnelle - le FMP ayant conclu à cet effet un accord avec l'Office National de l'Emploi.

## 2. Méthodologie de la recherche

2.1 Plusieurs types de démarches ont été utilisées, afin d'aboutir à une description relativement complète du processus d'informatisation du FMP et de ses implications.

Ainsi a-t-on combiné la récolte et l'analyse de documents correspondants aux diverses phases du processus, l'observation de quelques postes de travail et l'entretien individuel avec membres du personnel et bénéficiaires des services du FMP.

2.2 Les entretiens ont suivi un modèle que nous appellerons "semi-structuré" dans la mesure où, tout en nous donnant la possibilité de recueillir les données correspondant aux objectifs de la recherche, il permettait l'expression de la personne interrogée à propos d'aspects des problèmes non envisagés au préalable.

2.3 Les entretiens menés avec les membres du personnel ont eu les dimensions communes suivantes:

- histoire professionnelle de la personne: formation(s); carrière; statut; horaire; etc...
- Description du FMP et des différentes étapes du processus de son informatisation: processus des décisions; information concernant ces décisions; formation du personnel; rodage dans l'exécution des nouvelles procédures; difficultés, incidents et modes de résolution; conséquences par rapport à soi, aux collègues, aux supérieurs; ana-

lyse des rapports homme-machine; analyse de l'organisation du travail au sein du FMP; intervention des organisations syndicales; implications de l'évolution du FMP dans les rapports du personnel avec les bénéficiaires, etc...

- Description précise de la fonction actuelle et du poste de travail: contenu de la tâche; contenu de la tâche informatisée; rythme et charge de travail; degré de standardisation de la tâche; caractéristiques des difficultés et modes de gestion de ces difficultés; tâches en amont et en aval et rapports avec celles-ci; types de contrôle auquel est soumis l'employé, etc...
- Propositions concrètes d'interventions.

La description et l'analyse du poste de travail furent, dans certains cas, greffées sur une observation de la situation concrète. La majorité de ces cas concernant un travail avec utilisation de terminaux à écran, nous avons été particulièrement attentifs aux aspects suivants:

- l'environnement du poste de travail: le poste de travail est-il placé de façon à éviter au maximum les reflets sur l'écran dus à la lumière ou à une source lumineuse?; a-t-on fait en sorte que le niveau du bruit ambiant soit suffisamment réduit afin de ne pas constituer une gêne et une cause de fatigue?; etc...
- Le poste de travail: lisibilité, stabilité de l'écran et du clavier; distances oeil-écran, clavier-copie; assise, flexibilité et adaptabilité du siège; accord du plan de travail aux caractéristiques du matériel et à la nature des tâches à accomplir; etc...
- durée du travail sur écran: temps quotidien moyen; pauses; gestion de ce temps de travail sur écran au niveau du département; etc...
- santé et suivi médical de l'employé: caractéristiques des malaises; visites médicales; prise en charge de ces problèmes au niveau du FMP; etc...

Ces entretiens, d'une durée variant entre 30' et 2h., furent menés avec 45 membres du personnel choisis de façon à équilibrer les dimensions suivantes: ancienneté; niveau de qualification; niveau hiérarchique; implication dans le processus d'informatisation.

2.4 Les entretiens menés avec les bénéficiaires - "victimes" - furent plus limités en nombre, plus courts et moins riches en données utiles dans le cadre précis de cette recherche.

Deux raisons fondamentales expliquent cela.

D'abord, il est clair que la prudence fut particulièrement de règle dans les discours tenus par les victimes: dans le rapport de demande et de dépendance qui les unissait au FMP au moment des entretiens, il leur paraissait assurément hasardeux d'énoncer davantage qu'une analyse globalement élogieuse concernant les services rendus.

Par ailleurs, l'attention portée par le personnel du FMP à la qualité de ses relations avec les victimes, a conditionné nos contacts avec elles: il s'agissait ainsi que nos entretiens ne perturbent point la déjà longue et parfois difficile histoire d'un dossier, et qu'ils s'intègrent dans les limites posées par un fonctionnement normal.

Ainsi s'explique le fait que les 11 entretiens obtenus n'aient jamais dépassé la demi-heure. Ainsi explique-t-on également que leur schéma varia suivant le contexte institutionnel de leur passation: dans le cabinet d'un médecin, au cours de la visite médicale; entre deux examens médicaux; à la réception-accueil du FMP.

Nous avons toutefois tenté à chaque fois de suivre une grille d'analyse commune en recueillant le maximum d'informations concernant l'histoire professionnelle, l'histoire de la/les maladies professionnelles, l'histoire du dossier au FMP, la description et l'analyse des rapports avec le FMP et les membres de son personnel, la perception du processus d'informatisation.

### 3. Description de l'organisme

#### 3.1 Caractéristiques de l'organisation

3.1.1 L'organigramme du FMP à l'heure actuelle et depuis 1971 est présenté en annexe I.

3.1.2 L'effectif total du personnel est de 600, 205 d'entre-eux travaillant au sein des Centres du FMP situés en province.

La répartition de l'ensemble du personnel par service est présentée en annexe II.



3.1.3 La répartition du personnel par niveau hiérarchique est la suivante:

<u>Niveau 1</u> (diplôme universitaire ou lauréats d'un examen d'accession au niveau supérieur)	58
<u>Niveau 2</u> (diplôme d'humanités complètes ou examen d'accession au niveau supérieur)	178
<u>Niveau 3</u> (diplôme de moyennes inférieures ou examen d'accession au niveau supérieur)	121
<u>Niveau 4</u> (études primaires)	49
"Gens de service" ("hommes d'entretien", "femmes de ménage", "plongeuse")	61

Ces données ne couvrent pas le personnel sous contrat dont la répartition est reprise en annexe II.

3.1.4 Nous avons vu que l'intervention du FMP consiste en la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et en la prévention de celles-ci.

Voyons le chemin suivi au sein de l'organisme par les demandes introduites:

- a. Le premier traitement de l'information s'effectue au Centre des Données Signalétiques constitué à partir du Secrétariat de la Direction Générale: identification de la correspondance, premier tri, introduction dans l'ordinateur des données d'identification relatives à la victime ou à son ayant-droit, introduction des dates des documents entrants, ouverture du dossier.
- b. Une phase d'instruction générale doit alors précéder celle des traitements spécialisés. Elle est menée par 4 services - le Centre des Données Signalétiques (CDS), le Service Technique, le Service Médical et le Service de la Prévention. Cette phase d'instruction prend des configurations différentes suivant qu'il s'agisse de demandes émanant du personnel des services publics (seul le dossier médical est pris en charge par le FMP qui le transmet au Service Santé Administratif - 691 cas en 1981-), de maladies professionnelles résultant de radiations ionisantes (les quelques cas sont suivi manuellement au Service Prévention et Ecartement - 6 cas en 1981 -), de demandes de vaccins (contre l'hépatite B surtout, depuis juillet 1983 - il s'agit essentiellement d'infirmières; le prix du vaccin est remboursé), de recours en justice suite au rejet d'une demande (transmis au Service Contentieux - 917 affaires introduites en 1981-), de première déclaration de maladie

professionnelle par un médecin du travail (si la maladie est reconnue, on avertit le médecin et la victime qu'ils ont un délai de 60 jours pour introduire une requête - 2.887 déclarations en 1981 -), de demandes de prévention (sur base de la déclaration du médecin du travail, le Service Prévention propose au malade un écartement avec réadaptation éventuelle - l'écartement peut être définitif ou temporaire; auquel cas, après un délai de 90 jours, une rente de 1 à 10% du salaire peut être accordée, le dossier étant à partir d'alors traité comme dossier-indemnisation - 321 demandes en 1981 -), de procédures résultant du décès d'un bénéficiaire et de la nécessité d'envisager l'attribution d'une allocation aux ayants-droit (1033 cas en 1981 -) ou de demande d'indemnisation (catégorie qui fait le gros de la charge de travail du FMP - 8.844 demandes en 1981 -).

Au cours de cette seconde phase, disons synthétiquement que sont traités l'examen de la recevabilité médicale et juridique, la première orientation de l'examen médical et de l'examen d'exposition (2.110 visites d'entreprises en 1981), la fixation de la date du début de l'incapacité de travail, la préparation de certaines décisions comme les rejets en cas de demandes non recevables, ou le paiement des soins de santé en attendant l'examen médical.

- c. L'instruction spécialisée comporte une part administrative et une part médicale, qui doivent se dérouler simultanément. Elle concerne la procédure convocations-examens médicaux, le recueil des résultats des examens médicaux, le recueil et le traitement de toutes les informations "administratives" indispensables à la conclusion du dossier - tel l'examen du risque, le calcul du salaire de base, les droits à la pension, etc... Sont donc impliqués à ce niveau le Service Technique, le Service Médical et le Service Prévention.

Soulignons ici que, pour les cas de pneumoconiose, les Centres de province prennent seulement en charge les dossiers médicaux, la conclusion médicale restant de la responsabilité de l'administration centrale (Bruxelles). Le principe guidant le choix du lieu de la convocation de la victime, pour toute maladie, est que la victime se rend au Centre compétent (tous les centres ne sont pas équipés pour tous les examens médicaux) le plus proche.

- d. Suit la phase "prise de décision" assumée au niveau d'une "Commission d'évaluation" où, sur base des informations médicales, juridiques et administratives recueillies, un médecin et un fonctionnaire du Service Technique examinent la possibilité de la "décision positive". Dans l'affirmative, un "formulaire bleu" - contrat du FMP avec le malade - reprend les données nécessaires au paiement de l'indemnité.
- e. Le Service Comptabilité prend alors en charge la procédure relative au paiement et, par après, toute modification résultant de changements au niveau du malade ou de transformation de la législation.
- f. Le malade est par après reconvoqué d'office à des examens médicaux de révision.

3.1.5 Voilà où en sont les choses à ce jour. Mais c'est là le résultat d'un long processus: celui du développement du FMP depuis 1964, qu'a accompagné et soutenu une informatisation progressive. Nous retracerons ce processus au point suivant. Mais peut-être pouvons nous dire ici déjà que le "Comité-cadre" restreint du Comité de Gestion a confié à un groupe de travail - composé des directeurs des services, des médecins conseils du FMP et de l'administrateur général adjoint - l'étude d'un changement organisationnel fondamental.

L'origine de cette décision serait relative aux difficultés croissantes au sein du FMP de faire face à de nouveaux types de problèmes: modification sensible sur le plan de la nature des maladies professionnelles à traiter (importance de la pneumoconiose moins marquée et forte augmentation de cas de surdité professionnelle et de victimes de vibrations mécaniques, impliquant des modifications au niveau de l'instruction médicale et administrative); importance croissante des actions préventives suite à l'obligation de déclaration pour le médecin du travail, priorité donnée au reclassement professionnel du malade (suite aux exigences formulées par la Cour des Comptes, des indemnités ne peuvent être payées que dans la mesure où le FMP ne réussit pas à réaliser un reclassement); modifications législatives impliquant une coordination avec les autres régimes de la Sécurité Sociale (essentiellement: depuis le 1.1.1983, les nouvelles règles de cumul concernant les pensions; depuis le 1.7.1983, nouveau système en matière de soins de santé).

En vue de s'adapter à ces situations nouvelles, des mesures ponctuelles et provisoires ont été prises - qui ont souvent conduit à une détérioration du climat de travail.

Le groupe de travail propose une nouvelle structure organisationnelle mieux en accord avec les caractéristiques du système informatique et articulée sur les grandes "fonctions" existant au FMP - à savoir: 1) direction et coordination générale; 2) premier traitement de l'information entrant au FMP; 3) instruction générale; 4) instruction spécialisée; 5) prise de la décision; 6) fonction financière; 7) étude et documentation; 8) contrôle et assistance juridique; 9) audit; 10) logistique (médicale, technique et administrative); 11) coordination à l'échelon supérieur.

### 3.2 Description du système informatique

L'histoire de l'informatisation du FMP est déjà bien longue et il nous paraît difficile de faire l'économie d'une description rapide des grandes phases qui la caractérisent.

Cette description permettra par ailleurs de mieux approcher l'évolution du FMP au cours des vingt dernières années.

Les responsables du Centre de Traitement de l'Information (C.T.I.) du FMP aiment discerner quatre grandes étapes dans l'histoire de la croissance de leurs interventions: celles de "l'initiation", de "l'expansion", de "la formalisation" et de "la maturité".

La première, recouvrant les années 1966-68, correspond à la prise en charge par le premier ordinateur du FMP - un IBM 360/20 - des travaux jusqu'alors réalisés au bénéfice quasi exclusif du secteur financier (impression des paiements mensuels des victimes; impression des travaux trimestriels, cf. déclarations ONSS, etc...; calcul des indemnités mensuelles et des arriérés dus aux victimes; impression de lettres de décisions; etc...), sur machines dites "classiques" (tabulatrices, etc...) ou sur ordinateur IBM extérieur.

Le recours à un ordinateur propre au FMP avait eu pour origine l'énorme retard accumulé depuis le 1.1.1964, dans le traitement des dossiers (fin 1967: 21.752 décisions en attente).

Et, vers la fin 1967, le FMP parvient à stabiliser son retard et même à amorcer un redressement (15.475 requêtes introduites et 16.143 décisions prises en 1967).

Le fait avait d'autant plus d'importance que par la loi du 24.12.1967, le

FMP devait prendre en charge à partir du 1.1.1970, les victimes de maladies professionnelles qui étaient invalides au 31.12.1963 et étaient exclues du régime par la loi du 24.12.1963.

La seconde phase - 1969-75 - est celle au cours de laquelle, au vu des premiers résultats concrets et sous la pression de l'afflux des requêtes, plusieurs services ont fait appel au CTI - provoquant ainsi une augmentation très considérable du nombre d'applications.

Voici les réalisations datant de cette époque:

- pour le Centre de Données Signalétiques: ouverture et attribution automatique des nouveaux dossiers; mise à jour des données signalétiques des requérants; installation du télétraitement permettant la recherche par phonétisation des numéros de dossiers.
- Pour le Service Technique: enregistrement et gestion de toutes les requêtes; création d'un fichier dit "évolution" permettant de déterminer à quel stade la requête se trouve; enregistrement et impression des lettres de rejets administratifs et médicaux; tarification et paiement des soins de santé; remboursement des frais de soins de santé aux Offices de Tarification; installation du télétraitement permettant la visualisation du fichier "signalétique"; gestion de la bibliothèque des dossiers (enregistrement de tous les mouvements des dossiers, ce qui permet de situer à tout moment dans quel service se trouve le dossier administratif ou médical).
- Pour le Service Médical: convocation aux examens médicaux des requérants atteints d'une pneumoconiose (automatisation de l'agenda de la convocation des malades tenant compte du centre médical compétent, du type d'examen à subir, de la chronologie et des priorités des requêtes, etc...); gestion et impression des dossiers médicaux ainsi que des conclusions médicales de requérants atteints d'une pneumoconiose.
- Pour le Service Financier: création d'un compte central pour la tenue à jour de toutes les dépenses et engagements effectués par victime; installation du télétraitement afin de visualiser ce compte central et impression d'extraits de compte.
- Pour le Service Etudes Financières et Statistiques: impression des différentes statistiques hebdomadaires, mensuelles, annuelles; impression du relevé mensuel relatif aux décisions prises et destiné au Comité de Gestion.

L'ensemble de ces applications permet de résorber le gros du retard (106.048 décisions prises sur 112.601 requêtes introduites jusqu'à fin 1975).

Un autre objectif était à partir d'alors pris en charge: raccourcir au maximum le délai d'instruction des dossiers.

La phase de "formalisation" - 1976-79 - est caractérisée par la recherche au niveau du CTI de nouvelles méthodes de travail - et ce afin de pouvoir répondre à une demande qui se fait de plus en plus importante.

L'intégration des programmes, toujours plus complexes et plus volumineux, a imposé la révision complète de toutes les interférences entre circuits automatisés. Une gestion automatique de la bibliothèque des programmes a dû être instaurée. Les méthodes d'analyse et de programmation ont été progressivement standardisées.

Parallèlement, on assiste durant cette période à l'accentuation des applications "télétraitement" afin de donner aux utilisateurs un accès plus rapide aux informations.

Les réalisations datant de cette période sont les suivantes:

- pour le Centre des Données Signalétiques: attribution de numéro de dossier en télétraitement; ouverture administrative et enregistrement de toutes les données signalétiques - requêtes via le télétraitement; enregistrement des déclarations de maladies professionnelles par télétraitement et traitement du courrier y afférant; mise à jour des données signalétiques via le télétraitement.
- Pour le Service Technique: gestion en télétraitement et contrôle plus étroit du circuit du dossier; émission de statistiques de gestion par stade du circuit du dossier afin de mettre à jour les éventuels retards ou "bouchons"; enregistrement et impression des décisions de rejet de tout ordre via le télétraitement; impression du document de travail nécessaire à la Commission d'Evaluation en vue de prendre les décisions positives; mise au point d'un système de transfert de données émises par les Offices de Tarification via un support magnétique; impression des documents déclenchant la recherche des données nécessaires au calcul du salaire de base; calcul du salaire de base; visualisation accentuée des fichiers nécessaires au service; gestion en direct de la bibliothèque des dossiers.
- Pour le Service Médical: extension des convocations aux examens médicaux, qui au début n'étaient prévus que pour la pneumoconiose, à toutes les affections; impression et gestion des conclusions médicales de toutes les affections; introduction des données relatives à la recevabilité médicale par télétraitement; impression de la note déclarant la recevabilité ainsi que de la lettre octroyant le droit au remboursement des soins de santé; installation d'un réseau de télécommunication entre Bruxelles et les Centres d'Awans, de Hasselt et de Morlanwelz en vue d'enregistrer certaines données relatives aux examens médicaux.
- Pour le service Contentieux: enregistrement des recours en justice; impression des statistiques relatives à ces recours.

- Pour le Service Affaires Administratives: calcul et impression des rémunérations dues au personnel du FMP; impression des bons de cotisation, déclaration ONSS, déclarations fiscales... des agents du FMP; gestion de l'horaire variable via des lecteurs de badges et le télétraitement.
- Pour le Service Statistique: possibilité de traitement de données en APL (liaison avec un ordinateur IMB à Diegem).
- Pour l'Administration Générale: contrôles de l'état d'avancement dans les différentes phases de l'instruction des dossiers.

A la fin de cette troisième phase, le FMP disposait:

- à Bruxelles: d'un gros système IBM (unité centrale 370/148 de 1.024K) avec réseau de télécommunications et d'un mini ordinateur avec une imprimante et cinq vidéos;
- pour chacun des centres (Awans, Morlanwelz et Hasselt): d'un mini-ordinateur avec une imprimante et deux vidéos.

Ce qu'au FMP on a appelé la phase de la "maturité", commence alors - même si l'on tend à souvent en reporter les débuts effectifs - avec l'introduction progressive des données médicales par télétraitement d'abord et la décision de l'installation et de l'exploitation de banques de données ensuite.

En ce qui concerne les données médicales, la première étape - opérationnelle depuis le 15.12.1980 - fut celle de l'introduction et de l'impression par télétraitement de toutes les conclusions médicales. La seconde étape correspond à la possibilité d'introduction des données médicales inhérentes aux dossiers "pneumoconiose" - opération pour laquelle furent acquis, 9 écrans/claviers et 1 imprimante pour Bruxelles, et 2 écrans/claviers pour chacun des centres d'Awans et de Morlanwelz. Par ailleurs, des postes de saisie de données reliés soit à Bruxelles, soit à Hasselt II furent installés à Anvers, Gand, Lanaeken et Hasselt I. Ceux d'Anvers et de Gand ne sont pas encore reliés à ce jour.

Quant aux banques de données, il faudra attendre l'exécution du prochain plan quinquennal pour voir leur création effective.

Ce plan est justifié par la progressive saturation du système en place. L'augmentation du nombre de données à traiter, les difficultés résultant de l'absence d'enregistrement immédiat de données introduites (ainsi les informations relatives aux paiements ne sont-elles mises à jour que tous les 2 ou 3 jours), la complexification de certains programmes (ainsi l'accumulation de dispositions légales modifiant le calcul des impôts, du salaire de base,

des retenues ONSS, des remboursements de soins de santé, etc... ont rendus nécessaires de nombreuses adaptations des programmes et parfois leur révision complète), l'apparition de nouveaux types de problèmes devenant urgents à résoudre (ainsi le phénomène des "maladies multiples" en croissante progression nécessite-t-il entre autre une gestion particulière des programmes de convocations et des dossiers médicaux ainsi que la mise au point d'une banque de données financières), et l'utilisation, la demande, l'intérêt croissants de la part des membres du personnel, ont peu à peu, au cours des dernières années, rendue évidente la nécessité, pour le FMP, de l'acquisition d'une configuration plus puissante.

Au 15-2-1984, le "planning d'installation" décidé au niveau du Comité de Gestion était le suivant:

- mai 1984: installation d'un processeur IBM 4381/M02, d'une unité de contrôle 3880IBM, de disques et de bandes MEMOREX;
- juin 1984: une unité de contrôle télétraitement IBM 3274, 2 imprimantes Memorex, 23 terminaux télétraitement couleurs (dont 1IBM, 22 Memorex; dont 2 claviers APL);
- septembre 1984: une unité de contrôle télétraitement IBM 3274, une imprimante couleur IBM, 18 terminaux (tous Memorex dont 8 monochromes);
- janvier 1985: une imprimante traitement de texte, 2 imprimantes télétraitement Memorex et 13 terminaux monochromes Memorex;
- juillet 1985: 3 disques Memorex.

Toutes ces machines devant être louées, sous contrat location - financement, et ce conformément à la pratique du FMP au travers du processus de son informatisation.

Ce planning d'installation, a déjà - à ce jour - pris quelque retard. Les procédures de contrôle aux divers niveaux ministériels ayant pris plus de temps que prévu.

Un schéma permettant de situer où en est aujourd'hui le FMP au niveau de son informatisation est présenté en Annexe III.

#### 4. Le processus d'informatisation et ses effets

On notera qu'étant donné les caractéristiques du cas analysé ici, une analyse posée en termes de "avant et après informatisation" serait d'une part pratiquement irréalisable, d'autre part, ainsi qu'on le constatera, d'un



intérêt limité. D'où l'accent mis sur le processus d'informatisation.

#### 4.1 Effets de l'informatisation sur l'organisation générale

Pour une bonne part des membres du personnel, il est évident que ce processus d'informatisation a contribué à la transformation progressive de la configuration du FMP. Mais ce constat est, le plus souvent, de l'ordre du "sentiment" que de celui de l'analyse: pour celle-ci le temps manque de plus en plus au FMP. Même si, ainsi que le soulignait un cadre supérieur, "c'est peut-être bien le moment de faire un bilan" puisqu'on est aujourd'hui, comme on l'a vu, à un tournant de la vie de l'organisme - dans ses dimensions technico-organisationnelles au moins.

"Travailler avec le minimum" tel a toujours été le principe qui a guidé les diverses options marquant l'histoire de l'informatisation du FMP. En raison des contraintes budgétaires bien sûr - voir bilans financiers pour 1981 en annexe IV.- mais aussi "pour qu'on ne puisse jamais nous accuser d'avoir trop de matériel".

Dans le contexte de croissance continue du nombre de demandes adressées au CTI, cela conduisait nécessairement à devoir privilégier certaines applications: "la demande est trop importante... on sélectionne donc l'urgent et on privilégie surtout les problèmes financiers".

Et les membres de certains services s'en plaignent. Au service prévention, au service contentieux, à la bibliothèque, on tend à mettre en cause la conception du FMP qui se fait lentement dominante: "C'est une machine pensée en fonction des sous à payer", "ce qui a été fait chez nous ne l'a été que parce que cela arrangeait les problèmes des services privilégiés", "la recherche n'a pas de place dans l'informatisation du FMP, or le problème des maladies professionnelles évolue beaucoup et vite", "on s'est préoccupé de l'administratif, du financier, mais la Belgique ne connaît pas ses maladies professionnelles", "on a le monopole des maladies professionnelles... des milliers de cas de pneumoconiose et de plus en plus de dermatoses par exemple... de plus, on a la possibilité de faire des études longitudinales, puisque nous revoyons régulièrement les malades... mais ce n'est pas pour mieux cerner la genèse, le développement des maladies professionnelles qu'on a mécanisé le FMP". Voilà les grandes lignes d'une réflexion amère concernant les fonctions qui finissent par être délaissées au sein du FMP au fur

et à mesure de son informatisation. Et certains mettent l'accent sur la "philosophie de la sécurité sociale" sous-jacente à ce lent processus, clarifié ces derniers temps par l'énergie et le temps qu'ont dû consacrer les membres du personnel à l'application des mesures restrictives en matière de pensions et soins de santé. La mémoire de l'ordinateur est de moins en moins disponible pour une recherche axée sur la prévention des maladies professionnelles et de leurs effets.

Autre point fréquemment souligné: le renforcement d'une tendance à la centralisation. Entre les centres provinciaux et l'administration centrale, "c'est le sens unique". Les centres n'ont pas accès aux données, ils ne sont pas informés des suites réservées à Bruxelles, aux dossiers à l'élaboration desquels ils ont contribué ("nous ne sommes même pas au courant de la conclusion médicale faite à Bruxelles pour les silicozes") et ce malgré les possibilités théoriquement offertes par leur équipement informatique. Les propositions concrètes avancées dans le sens d'un renversement de ce type de situation - et qui par ailleurs étaient présentées comme devant permettre d'accroître les qualités du service rendu (possibilité d'information de la victime quant à l'état d'avancement de la procédure, conclusion médicale plus rapide, etc...) à une clientèle majoritairement domiciliée en province (voir Annexe V.) - n'ont jamais eu d'écho au niveau de l'administration centrale. Et les raisons échappent quelque peu au personnel des Centres: "ces gens de Bruxelles... ils sont dans une tour... on ne parle pas le même langage", "en fait ils nous prennent pour des incapables; ainsi, pendant des années, un médecin de Bruxelles réexaminait les résultats de cardiologie alors que la chose était déjà faite par un médecin de chez nous". On parle alors facilement dans ce contexte d'une "administration centrale qui tient sans doute à conserver son pouvoir".

Un pouvoir qui serait effectivement total si la quasi-suppression des Centres provinciaux décidée par le gouvernement pour fin 1985 est mise à exécution.

Sans approfondir le débat qui sous-tend cette décision, on peut se limiter à faire ici le constat que le processus d'informatisation tel qu'il a été géré au FMP n'a point contrarié un projet administratif de type centralisateur.

#### 4.2 Introduction des nouvelles procédures de travail

Bonne volonté et compétence technique: ce sont assurément là les deux qua-

lités essentielles de ceux qui, au FMP, ont entrepris et mené à bien son informatisation.

La bonne volonté était d'ailleurs générale dès 1964, pour que le service rendu aux malades professionnels soit des plus satisfaisants.

Et c'est sans doute parce que l'on s'est dit que chacun mettrait ce qu'il a de mieux en lui dans la réalisation du projet collectif, que l'on ne s'est pas attardé aux problèmes essentiels que sont ceux du dialogue avec les utilisateurs et de leur formation.

Comme cela se passe bien souvent, on a cru que les compétences techniques du personnel du CTI alliées à la connaissance formelle des fonctions assumées par les agents des différents services suffiraient pour l'élaboration des nouvelles procédures de travail. C'était oublier la richesse et la complexité de l'expérience concrète du travail: "les programmeurs sont au courant de l'ensemble mais pas des détails, ils traitent avec les chefs et certains problèmes leur échappent". Sans compter que bien souvent il semble que l'on ait profité de l'informatisation pour opérer une réorganisation du poste de travail ou du service. Et cette maigre participation du personnel concerné aux transformations technico-organisationnelles a d'une certaine façon eu son prolongement dans l'absence d'échanges entre techniciens du CTI et utilisateurs au cours de la phase postérieure aux modifications.

"Les gens qui ont élaborés les programmes se soucient peu des problèmes des utilisateurs": c'est là le sens de plusieurs autres remarques qui souvent reposent sur l'absence de feed-back concernant des propositions précises et constructives transmises au CTI.

Il y a bien sûr des variantes dans ces rapports entre les membres du CTI et ceux des autres services. Ainsi les relations personnelles, les formations et expériences professionnelles ("j'ai suivi une formation en informatique et quand je demande quelque chose, ça va plus vite") et les statuts socio-professionnels ("nous les médecins, nous sommes assez largement associés") favorisent-ils parfois le dialogue.

Mais la situation globale laisse à ce point de vue beaucoup à désirer. Le personnel du CTI en a d'ailleurs conscience: "c'est vrai que tout se fait avec les chefs, qu'on ne va pas assez voir les utilisateurs... et on ne réalise pas toujours les incidences de certaines transformations... après un changement, on dit qu'il faut aller plus de 10 fois dans le service... mais on est débordé!". La résultante en est une progressive détérioration des

rapports entre le CTI et les autres services, chacune des parties ayant tendance à rendre l'autre responsable des erreurs, incidents ou déficiences du système. "On a une cadillac pour vendre des cochons" disent les uns, "les gens ne réalisent pas nos limites, ils s'imaginent que l'ordinateur sait tout faire" répond le personnel du CTI.

Un plan de formation du personnel pourrait contribuer au dépassement de ce type de dynamique. Mais là aussi le bilan est assez pauvre.

Le principe de départ, décidé par les responsables, avait été d'accompagner une informatisation progressive d'une formation "sur le tas", en fonction des problèmes concrets que rencontreraient les utilisateurs. Il s'agissait de prévenir les éventuelles réactions hostiles en "informatisant à la petite cuillère" et "en se méfiant des formations en groupe". Mais comme on l'a vu ci-dessus, la charge de travail du personnel du CTI - au moins - devait nécessairement conduire à une pratique fort éloignée.

Le plus souvent, les agents du FMP disent que "la formation sur le tas, elle s'est faite en ramant!". Et ceux qui sont reconnus pour être les plus actifs face aux diverses transformations des procédures de travail affirment "la connaissance qu'on a fini par avoir de notre travail n'a dépendu que de nous... on s'est trouvé tous seuls! Même la simple information concernant les modifications introduites n'est souvent pas faite... on averti les chefs et pas nous!". Encore une fois c'est là la ligne dominante. Qui par ailleurs s'accompagne d'une faible participation des membres du FMP aux cycles de formation organisés par le Ministère de la Fonction publique (à propos de laquelle les réserves sont plus nombreuses que les éloges: "c'est réservé au personnel de niveaux 1 et 2"; "je ne suis pas convaincu de l'utilité de ces cours pour la résolution des problèmes concrets du travail"; "c'est trop global, trop général").

Mais certains responsables de services tentent de contrecarrer cette tendance en développant leur propre stratégie de formation-information. Et il est vrai que si tout ne dépend assurément pas d'eux, ils ont en tout cas la possibilité d'élargir un réseau de contacts et de transmissions d'informations qui tend, au FMP, à privilégier les échelons supérieurs de la hiérarchie. Quelques agents interprètent d'ailleurs les carences du système de formation en termes de pouvoir: "les chefs ont peur qu'on en sache plus qu'eux", "il faut dire qu'on n'a rien fait pour démystifier... ceux qui viennent expliquer utilisent à plaisir un de ces langages! Ils font tout pour être les seuls à savoir".

L'une des conséquences de cette absence de formation de base est que l'organisation globale du FMP tend à échapper à l'entendement des employés.

"On ne sait plus pourquoi les choses sont telles qu'elles sont... on n'a plus que des morceaux", "on est trop spécialisé... après un certain temps, on ignore ce que le voisin fait": ce sont là des remarques fréquentes, le plus souvent accompagnées du regret de ne point jouir des égards accordés parfois à des stagiaires étudiants; "eux, on les reçoit au CTI... on leur explique l'ensemble... il nous faudrait ça, parce que nous ne le connaissons plus, l'ensemble! On ne connaît que notre petit problème".

Du côté du personnel du CTI, le plus généralement, on se rend compte de l'accumulation des difficultés à l'occasion d'incidents techniques: "c'est quand il y a une panne qu'on voit tout ce qui ne va pas, au niveau de tout ... des relations entre les personnes et les services aussi". Et les ennuis techniques, ces derniers temps, se font nombreux. La vétusté de certains éléments du système informatique et les limites de ses capacités en sont la plupart des fois à l'origine. "On est à saturation" dit-on au CTI et c'est là, pour une grosse part, la raison de non réponse aux propositions d'aménagements transmises par les membres des autres services.

Mais donc les problèmes trainent. On parle beaucoup de ceux créés par les cas de maladies multiples. Tous les médecins rencontrés affirment qu'ils faut "purifier" le dossier médical des cas de pneumoconiose. Ce sont là des exemples des conséquences du fait que, comme le dit un chef de service, "on s'est arrêté en 1978".

Et c'est là en partie la raison du développement progressif, au cours des dernières années, d'une informatique "parallèle" au FMP: certaines demandes d'application depuis trop longtemps en attente sont partiellement satisfaites par l'utilisation de petits ordinateurs indépendants - parfois la propriété d'un membre du service: "un jeune de chez nous a fait son petit programme sur son petit ordinateur pour faciliter le calcul d'une donnée".

Ce qui en soi est le signe d'un enthousiasme par rapport au processus d'informatisation, est cependant entrepris dans un climat de semi-clandestinité et de semi-vengeance par rapport au CTI. On a peur qu'il n'oppose son veto et on est d'autre part fort satisfait de mettre en cause un pouvoir fait de la possession d'un savoir.

Au niveau du CTI pourtant on regrette qu'il n'y ait pas eu de consultation préalable: "c'est utile surement... mais ils auraient pu nous consulter pour éviter de prendre leurs résultats et de devoir les retranscrire après à notre façon: c'est une manoeuvre qui augmente la probabilité d'erreur".

Par ailleurs, ce type d'initiative renforce dans leur conviction ceux qui affirment qu'il faudrait revoir l'ensemble du système informatique: "on a modifié petits morceaux par petits morceaux... maintenant il faudrait repartir à zéro... le système manque de cohérence". C'est dit-on au CTI, ce que la transformation technico-organisationnelle prévue devrait permettre de mener à bien.

#### 4.3 Effets sur les caractéristiques des unités de travail

Le climat général décrit en partie ci-dessus a davantage atteint les rapports entre les différents services que chacun d'eux en leur sein.

La mauvaise information, les difficultés de communication n'ont le plus souvent pas entâché l'ambiance régnant dans les unités de travail. On pourrait même émettre l'hypothèse que les difficultés relationnelles entre les services ont renforcé leur cohésion interne. Il n'a pas été rare en effet qu'au cours des entretiens, on dise: "en fait dans notre service il y a une des meilleures ambiances du FMP", les justifications faisant référence au type de travail qui se fait dans les services concernés et non ailleurs. Selon le cas, on dit ainsi "c'est moind rébarbatif que de traiter des malades" ou au contraire: "ça nous plaît parce que ce sont des données médicales... on n'aimerait pas faire ça avec des données administratives".

Par ailleurs, cette relativement bonne entente a souvent conduit à une répartition assez inégale des tâches informatisées: les agents que ce type de travail séduisait prenant progressivement en charge ce que les réticents faisaient sans enthousiasme. Mais si ce fut là une façon de résoudre le problème de l'adaptation du personnel aux nouvelles procédures de travail, il n'en est pas moins vrai que d'autres difficultés en ont parfois résulté. Que des employés finissent ainsi par exercer certaines tâches pendant une trop longue durée et dans des conditions qui ne sont pas toujours idéales. Que le service soit dépendant de la compétence peu à peu acquise par une seule personne, toute absence étant lourde de conséquences. Ou que cette division du travail aboutisse finalement à une sensible division parmi les membres du service: "on travaille à deux sur les écrans, on s'entend bien et on fait du bon travail... et on est indépendants... mais les gens n'aiment pas beaucoup ça... même si on est bien intégré dans la section". Conscients de la menace de ce type de problèmes, certains responsables ont fait l'option de la polyvalence pour tous les membres de leur service.

C'est aussi parfois une manière de résoudre les déficiences en personnel. Car il semble clair que le FMP évoluant, il n'a point été accordé grande attention aux modifications conséquentes en besoin de personnel pour les divers services. "Certains services devraient être absolument renforcés et d'autres pourraient libérer une part de leur personnel": c'est le jugement porté par beaucoup d'agents et que confirme le constat que nous avons pu faire de nombreux "prêts" de personnel entre divers services. Soulignons enfin que de l'avis général, le rêve des informaticiens est en partie réalisé: on manipule considérablement moins de papier. Reste le service "classement" où sont entreposés les dossiers. Et vu leur nombre on imagine facilement l'espace couvert et utilisé à son maximum: "Il y a 6 ans que je me bats pour qu'on augmente la surface... un de ces jours on n'aura plus assez d'appuis de fenêtres!... et je serai obligé de bloquer". Tels sont les propos tenus par le responsable du département et auxquels il est répondu qu'on envisage un système en microfilms.

#### 4.4 Effets sur le contenu du travail et les conditions de travail

Cette dimension des effets du processus d'informatisation a été particulièrement privilégiée par les membres du personnel au cours de nos entretiens. Non tant dans son aspect "contenu de travail" à propos duquel les remarques sont plutôt rares et les critiques le plus souvent intégrées dans un bilan globalement positif: "c'est un travail qui laisse peu d'initiative... on est un peu des robots... c'est parfois abrutissant et on ne sais pas ce que notre travail devient... mais c'est quand même mieux que la paperasserie et les pénibles calculs d'avant... et tout faire à la main, ce ne serait plus possible".

En fait les observations se font plus négatives quant aux fonctions assurées dans les cas où la charge de travail est vécue comme trop importante: "ce qui était fait avant par les perforatrices, maintenant c'est nous qui le faisons en plus du reste... ça fait gagner du temps pour les dossiers mais quel surcroît de travail pour nous sans qu'il y ait eu engagement d'un nouveau personnel... on dit toujours que la mécano travaille pour nous mais c'est le contraire". La crainte étant toujours de ne plus maintenir un niveau de vigilance suffisant pour prévenir les erreurs. D'autant plus que si un contrôle automatique est prévu pour certains types d'erreurs, il en est d'autres qui ne sont découvertes que lors d'une éventuelle phase de vérification. Et il est clair que c'est là une source d'angoisse pour certains

employés: "une petite erreur peut avoir de grandes conséquences et je ne sais pas si on vérifie assez systématiquement... j'ai parfois l'impression qu'au FMP, plus il y a du brouillard mieux c'est..." Ajoutons à cela la souvent difficile récupération des erreurs commises - qu'il faille reprendre au départ l'ensemble de la procédure ou faire appel au personnel du CTI - et l'on pourra conclure que le droit à l'erreur est fort restreint pour les employés du FMP. Et ceci nous renvoie au problème du dialogue informaticiens-utilisateurs, les premiers ayant parfois tendance à oublier combien sont éloignées description formelle et réalisation concrète d'une tâche. Mais le personnel du CTI n'est point nécessairement en cause. Dans quelques cas l'achat de logiciels correspondant peu aux particularités des problèmes à résoudre au FMP ont confronté les employés à de nombreuses difficultés.

Plusieurs médecins soulignent, quant à eux, en particulier, le sentiment qu'ils ont de la nécessité d'adopter la grille d'analyse à suivre dans l'élaboration du dossier médical afin d'aboutir à une description des cas plus satisfaisante. C'est dans cette perspective que certains privilégient l'usage des rubriques "renseignements complémentaires" dont sont assorties la plupart des questions (cf. Annexe VI.). Mais des données n'y trouvent pas de catégorie qui leur serait correspondante. Et d'autre part certains points semblent peu utiles, contraignant le médecin à des manipulations qu'il juge superflues. Or, c'est bien souvent bon gré mal gré que les membres du corps médical ont accepté l'informatisation des données médicales et la prise en charge de leur introduction. Beaucoup y ont vu surtout contrainte, carcan, charge de travail et intrusion dans leur rapport avec les victimes. Et si, avec le temps, le terminal entre peu à peu dans leurs moeurs et les réactions se font moins nombreuses, il ne faudrait pas pour autant oublier les implications d'une grille d'analyse imparfaite sur le travail effectué par le médecin. C'est ce climat quelque peu tendu au départ qui explique sans doute en partie l'exigence posée par les médecins de ne point voir mentionner leur nom en regard des données introduites.

En fait la pratique d'un contrôle des performances réalisées par le personnel est jusqu'à aujourd'hui peu généralisée au FMP. Les contraintes relatives à la quantité et à la qualité du travail effectué ne relèvent pas de ce type de procédure. Mais il semble qu'au niveau des responsables, on envisage davantage la chose pour les années qui viennent. Déjà un traitement de certaines données permet de situer les services où des dossiers demeureraient fort longtemps. Et il est prévu de concevoir les nouvelles applications



en y développant systématiquement un volet "contrôle de qualité".

Si la chose est ainsi proclamée, c'est parce qu'il est important au FMP de faire la preuve de l'efficacité du service rendu au public, de montrer combien on cherche à enrayer tout comportement de travail correspondant à l'image du fonctionnement des services publics présentée par ceux qui tendent à mettre en cause leur réelle utilité et leur justification.

C'est d'une certaine façon le même type de mécanisme qui semble avoir conduit - en partie du moins - aux conditions de travail - dans le sens ergonomique du terme - présentes dans la plupart des services.

A ce point de vue, les commentaires sont éloquentes. Citons celui, global, d'un technicien du CTI: "la plupart des employés travaillent dans des conditions archaïques... souvent avec de vieux écrans de 10 ans qui ne valent plus rien... je ne comprend pas comment ils travaillent là-dessus".

Et il faut bien dire que les postes de travail observés réunissent souvent plusieurs des conditions généralement reconnues comme négatives pour les utilisateurs: écran devant la fenêtre, terminal déposé sur table de cuisine, clavier beaucoup trop bas, documents à traiter déposés sur le sol, manque de netteté des caractères sur écran, etc... Sans parler du bruit des imprimantes et de la chaleur qu'elles dégagent. Si l'on ajoute que, comme nous l'avons dit plus haut, plusieurs employés finissent par travailler dans ces conditions la journée entière, en ne s'accordant que les pauses pratiquées habituellement par tous les membres du service, on comprendra que des problèmes de santé aient surgis. Les migraines, les sensations de grande tension ou de grosse fatigue, les douleurs au niveau de la colonne vertébrale, la détérioration de la vue sont un peu monnaie courante. Et les cas d'ulcères ou de nettoyages fréquents de la cornée sont encore heureusement peu nombreux.

Bien sûr il y a des variantes: toutes les situations de travail observées ne réunissent pas toutes ces conditions défavorables. Certains postes de travail sont équipés de tables réglables, les sièges sont souvent bien conçus, on fait parfois le sacrifice du regard vers l'extérieur en baissant les stores des fenêtres, l'imprimante a quelques fois trouvé une place derrière un "parabruit" d'armoires.

Par contre, il arrive fréquemment que la table réglable ne soit pas réglée... et que les armoires, en protégeant certains employés des inconvénients de l'imprimante, exposent davantage leurs voisins.

En fait, on est peu sensibilisé au FMP, au problème des conditions de travail. Et si on est quelque peu conscient de ses implications, on se dit en général qu'"au CTI, on fait surement le mieux possible dans le cadre des contraintes budgétaires" et que de tout façon "il y a des problèmes beaucoup plus importants".

Ce sont souvent les plus jeunes qui ont pris en charge les tâches informatisées. Et d'eux, les plus âgés disent qu'"ils ne s'en font pas encore pour leur santé". C'est à moitié vrai seulement. Car ceux qui ont peu à peu l'impression de payer leur équilibre physique ou psychique ont surtout du mal à trouver un espace où leur parole serait entendue: "ils ne vont pas aimer que j'ai dit tout ça... mais ça dure depuis tellement longtemps!", "comme on ne changeait rien, j'ai apporté le règlement appliqué dans une banque privée... pour le chef de service, c'était presque comme si j'étais une révolutionnaire!", "dans le secteur public, on s'en fout... les organisations syndicales sont plus efficaces dans le privé", "le chef de sécurité ne peut rien faire: il est coincé par les budgets", "ici la sécurité et l'hygiène c'est une alerte incendie de temps en temps".

Et effectivement, les personnes susceptibles d'intervenir à ce niveau, responsables des services, responsables sécurité-hygiène, délégués syndicaux, sont en général peu enclins à développer analyses et interventions en la matière. Dans le contexte de crise et face aux mises en cause des services publics, il semble clair que, pour la plupart, ce sont là des problèmes de luxe qu'il serait malvenu de soulever et utopique de vouloir traiter. L'urgent, l'important est ailleurs. Et sans doute les contraintes budgétaires limitent-elles objectivement les possibilités d'intervention.

Ainsi une proposition concrète d'aménagement des postes de travail avec écran, émise par le chef de sécurité, est-elle restée sans suite aucune "pour des problèmes de temps, d'argent et de difficultés techniques". Il faut souligner ici que la disposition de la plupart des vidéos s'est faite en fonction de ce que permettaient l'emplacement de la prise de courant et la longueur du câble: "le personnel de la mécano ne fait que fournir le matériel... puis des ouvriers viennent le placer et c'est fini!... après, pour bouger ça, c'est toute une histoire!", "moi je sais comment ce devrait être mis, dit un membre du CTI, mais la prise de courant, la table et tout le reste... on est tout à fait conditionné."

Le problème n'est donc pas exclusivement d'ordre financier, mais davantage

celui d'un débat qui ne se fait pas. Le fait de n'avoir à aucun moment associé le chef de sécurité dans l'élaboration des projets d'extension du système informatique et dans leur mise en pratique, en est révélateur. Au niveau des organisations syndicales, on semble surtout solidaire d'un projet global de défense des services publics et surtout sensible aux réductions du volume de l'emploi. Cette dimension mérite assurément et on l'a noté plus haut de ne point être négligée. Et le manque de personnel accentue considérablement dans certains services, les difficultés résultant des conditions de travail déficientes.

Mais si la conjoncture contribue à maintenir le silence concernant les conséquences du processus d'informatisation au niveau de la santé physique et psychique des agents du FMP, il semble aussi que certains délégués syndicaux ne trouvent point toujours l'appui qu'ils espéraient de la part de leur centrale: "on n'a jamais eu aucune rencontre sur le thème des conditions de travail... et pourtant on en a besoin dans le secteur public... il n'y a aucune réglementation".

Il faut dire ici que suite au statut particulier du personnel du CTI - dont nous parlerons plus loin - les délégations syndicales du personnel fonctionnaire et des "contractuels" sont rattachées à des centrales distinctes - du moins pour les affiliés à la FGTB, la CSC ayant opéré dernièrement la fusion.

Il est clair que cela ne favorisa pas les échanges concernant les implications d'un processus d'informatisation.

Par ailleurs, la compétence en la matière ne semble pas avoir aidé les membres du CTI à se créer de meilleures conditions de travail. Les mêmes problèmes se posent à eux avec de plus, souvent, la difficulté de vivre des heures durant dans une salle d'ordinateur: "le bruit, la chaleur... et les opérateurs ne peuvent pas sortir de la salle... ils n'ont pas un bureau plus calme, pour se réfugier... ils n'ont d'ailleurs même pas une armoire... et ceux qui font l'équipe de 15 à 22 h., ils y mangent même... et s'il faut faire des heures supplémentaires la nuit, il y en a un seul qui reste et il est là dedans complètement isolé... vous parlez d'une sécurité!".

La bonne volonté dont nous avons parlé plus haut est sans aucun doute aujourd'hui encore un trait marquant chez les employés du FMP. Mais depuis quelques temps, elle conduit à taire ce qu'on considère de plus en plus comme important.

#### 4.5 Effets sur le volume de l'emploi, l'utilisation des compétences, la "carrière", le statut

Nous avons vu que les débuts du processus d'informatisation du FMP avaient été pris en charge par la firme IBM, qui établît elle-même, avec son personnel, les programmes nécessaires et exécuta le travail avec ses propres machines.

Lorsqu'il fut décidé d'équiper le FMP de son ordinateur, la résolution fut également prise de procéder à la formation du personnel en place. Cette dernière option fut toutefois condamnée à l'échec, les rares éléments ayant accepté d'entreprendre une formation démissionnant une fois celle-ci acquise pour gagner dans le privé un salaire double de celui que leur offrait le FMP. Et le recours à une société d'intérim renforça les difficultés dues à un "turn-over" important. Aussi, le Comité de Gestion décida-t-il finalement, en 1969, d'engager une équipe d'informaticiens sous contrat d'emploi. Ce n'est en fait qu'à partir d'alors, grâce au travail d'un groupe stable fonctionnant en trois équipes, jour et nuit, qu'une série d'applications importantes purent être réalisées rapidement (le système de deux équipes tel qu'il existe à l'heure actuelle ne fut pratiqué qu'une fois résorbé le gros du retard dans le traitement des données).

Cette histoire particulière à l'équipe du CTI, a fait de celle-ci un groupe de travail dont les compétences techniques ont été unanimement reconnues. Car il a fallu faire le maximum avec un matériel limité. Mais également parce que le statut privilégié des techniciens du CTI conduisait le personnel du FMP à être particulièrement exigeant: "avec les salaires que nous avons, on ne nous permet pas la moindre défaillance!".

Les conditions tendent cependant à se transformer ces dernières années. Le marché de l'emploi n'est plus le même. D'une part, le nombre de techniciens compétents a été considérablement augmenté. D'autre part, la stabilité d'emploi qu'offre l'administration est, dans la conjoncture actuelle, suffisamment attrayante pour que les organismes publics puissent trouver des candidats par la voie du recrutement normal.

Des pressions sont en conséquence exercées par les instances ministérielles dans le sens de contraindre le FMP à revoir la position juridique des employés du CTI.

La considérable expérience acquise par l'équipe actuelle et le fait que toute perturbation au niveau du système informatique serait catastrophique pour la bonne marche du FMP, semblent orienter le Comité de Gestion vers la recherche d'un passage progressif et harmonieux à un CTI géré par un personnel statutaire. C'est-à-dire un personnel bénéficiant du statut d'agent de l'Etat.

Mais donc, plusieurs problèmes restent en suspens depuis plusieurs années. Les carrières bloquées, les nouvelles compétences acquises lors de cycles de formations non reconnues, le manque de clarté concernant ce que réserve l'avenir au personnel contractuel: ce sont là les points noirs de la vie professionnelle de la plupart des agents du CTI. D'autre part, tout engagement d'un nouveau personnel étant bloqué, ils affrontent difficilement une charge de travail dont on a vu qu'elle était de plus en plus lourde. C'est d'ailleurs, on l'a noté plus haut, une difficulté que rencontrent d'autres services du FMP. Durant plusieurs années, l'acquisition d'outils informatiques avait rendu possible les compressions dans le recrutement (avoir Annexe VII). Mais non l'arrêt total auquel est confronté aujourd'hui le FMP. Sans doute faut-il revoir quelque peu la répartition du personnel entre les divers services. Mais ce ne serait là qu'une formalisation de pratiques déjà existantes, qui ne résoudrait pas le manque de personnel fort ressenti au sein de certains services. Et le recours à divers types de "stagiaires" n'est pas toujours concluant et souvent frustrant: "on a à peine le temps de les former qu'ils s'en vont déjà..."

Concernant l'évolution des qualifications, les données objectives dont dispose le service du personnel du FMP sont assez pauvres puisqu'elles privilégient l'appartenance aux différents niveaux hiérarchiques. Or au fil des ans, les agents ont eu l'occasion de se présenter aux examens permettant l'accès à des échelons supérieurs. L'accroissement des qualifications constaté à partir de là est donc ici un phénomène dont la logique est étrangère au processus d'informatisation.

Mais il est indubitable qu'à ce point de vue, les bouleversements ont été importants et continueront à l'être. "Aujourd'hui, nos utilisateurs sont plus intelligents qu'ils n'étaient... maintenant c'est au tour du personnel du CTI à évoluer très fort": cette remarque d'un responsable est éloquente. Même si, dans les divers services, la prise en charge par le personnel - "quelque soit le grade ou les compétences" - de l'introduction des données, n'est pas perçue comme l'occasion de développer ses capacités intellectuel-

les. Plus qu'une utilisation des compétences, le travail informatisé est vécu comme une utilisation des bonnes volontés.

Quant au personnel du CTI, les prochaines transformations techniques feront donc appel à leurs capacités d'adaptation. Mais il s'agira pour lui d'avoir accès à une formation adéquate. Or, on a vu que, jusqu'à présent, la politique de formation n'avait pas été un point fort du FMP. Et c'est sans doute en partie l'origine d'un malaise, entretenu par le manque de disponibilité objective des agents du CTI: "en fait, ils ont un double boulot - dit un responsable - ils doivent rester disponibles aux demandes et être en même temps branchés sur le changement".

#### 4.6 Effets sur les attitudes et motivations

Nous avons vu combien le FMP s'est construit sur une base très favorable à la meilleure prise en charge du service à rendre aux "malades professionnels". Au cours des entretiens, très fréquemment, il a été fait référence à l'enthousiasme des débuts, à l'esprit de grande camaraderie qui régnait alors, à la volonté de tous de "faire quelque chose de bien", au plaisir d'être utile aux victimes. Les choses ont cependant sensiblement évolué. Le déménagement vers un grand immeuble, l'augmentation du nombre d'agents sont parfois incriminés pour expliquer la perte de l'"ambiance familiale". Mais on parle plus volontiers d'une dynamique résultant d'une recherche du pouvoir - dynamique dans laquelle semble s'être inséré le processus d'informatisation, sans en être pourtant l'élément essentiel. On fait alors bien sûr allusion aux différents linguistico-politiques. Mais surtout, on conclut le plus souvent que "le FMP est devenu une véritable armée". Sont cités à l'appui des exemples de déplacements de personnel opérés sans avis préalable et sans explication, le refus du dialogue de la part de certains supérieurs, le privilège accordé aux remontrances.

Certains affirment que ce progressif changement du FMP a été façonné par "des agents qui ont trouvé un alibi dans la défense des malades". Et s'il faut leur laisser la responsabilité du procès d'intention, on peut toutefois souligner ici encore que beaucoup de choses se sont faites - ou non - au FMP parce que l'évidence collective était qu'il fallait se donner pleinement - et éventuellement se sacrifier - au service à rendre. Dans ce climat, la mise en cause et le questionnement ont évidemment peu de place. On est tenté de rapporter ici les propos d'un délégué syndical: "Le Comité de Consultation Syndicale est réuni quand il y a un problème, ça fait un an qu'il n'y a plus de réunion: c'est invraisemblable!... Vous savez, ici, on n'aime pas

la confrontation". Et plusieurs fois il nous a été dit: "j'espère que vous écrirez tout ça... parce que dans la maison, on n'ose pas souvent dire ce qui ne va pas".

De cette transformation sensible du climat général, a résulté qu'il est, ainsi que le disait l'un des employés, "de plus en plus difficile d'obtenir des gens qu'ils fassent plus que leur boulot... avant on se sentait plus responsable et on était entièrement disponible".

Ceci explique ainsi que, parmi les plus jeunes surtout, on dise fréquemment "on ne motive pas au Fonds", "le travail qu'on fait n'est pas valorisé", "un agent ici c'est une nullité", ou "on est juste bon à stocker des données. Mais cette dynamique semble donc résulter davantage de l'histoire particulière du FMP que du processus de son informatisation. Il semble que ce qui est dit par rapport à la "machine" s'intègre surtout dans une analyse plus générale des manières de penser et d'agir, attribuées aux instances dirigeantes du FMP.

Même si le processus d'informatisation a pu renforcer certains comportements. Car il est clair pour beaucoup "qu'au début, ça a créé de l'incertitude... pour le job et pour la carrière... des chefs ont eu peur... les personnes les plus âgées ont vu réduite à rien toute l'expérience qu'elles avaient: ça c'était dur à encaisser!".

#### 4.7 Caractéristiques de la "clientèle" et effets de l'informatisation sur les interactions employés - "clients"

On a vu que le gros des victimes était constitué de cas de pneumoconiose. Ce sont donc très généralement des hommes âgés, souvent d'origine étrangère, qui sont en contact avec le FMP (voir Annexes VIII. et IX.).

Bien sûr, l'évolution dans la reconnaissance juridique des maladies professionnelles conduit à une transformation sensible des caractéristiques des bénéficiaires des services du FMP (voir Annexe X.). Ainsi les dommages causés par vibration mécanique sont-ils souvent constatés chez des hommes plus jeunes.

Par ailleurs, il semble que la conjoncture actuelle ait fourni au FMP une

"clientèle" particulière - que des entreprises en difficulté aient trouvé ainsi un moyen de plus pour alléger leurs frais de personnel ou que de petits entrepreneurs soient plus soucieux d'un profit à court terme que de la santé des travailleurs qu'ils ont engagés. Il est certain que, les particularités des victimes évoluant, les effets de l'informatisation sur les rapports du FMP avec sa "clientèle" sont susceptibles de varier également. Ainsi la lettre de convocation dont l'aspect et la formulation rebutent le vieil ancien mineur italien ne provoquera-t-elle peut être pas de telles réactions chez le jeune chauffeur de poids lourds.

Ce que nous rapporterons ici pourra donc évoluer dans les années qui viennent puisque les remarques recueillies sont celles de victimes souffrant de pneumoconiose ou résultent des contacts que les agents du FMP ont eus principalement avec celles-ci.

D'autre part, il faut souligner que de l'avis d'un responsable, on sait bien peu de choses, au FMP, sur l'image que les malades se font des divers aspects des services rendus. A partir de là, l'application d'une future et éventuelle législation visant à la protection de la vie privée à l'égard des pratiques informatiques est envisagée comme susceptible de conduire à une meilleure connaissance du comportement de la clientèle, "parce qu'il faudra leur demander leur accord".

A ce propos, plusieurs responsables ont insisté sur la nécessité de prendre des mesures rigoureuses afin de préserver le caractère confidentiel des données recueillies concernant les malades - surtout si le processus d'informatisation se développe ainsi qu'on le prévoit. Jusqu'à présent aucun accroc n'a encore eut lieu. Chaque employé a sa "clé" et dans le cas où il aurait oublié son mot de passe, il est obligé de se rendre personnellement au CTI. Une certaine banalisation du traitement de renseignements relatifs à la vie privée des victimes amène cependant la plupart des agents du FMP à utiliser les "clés" de leurs collègues. Ce type de pratique fait dire aux techniciens du CTI qu'"il faudrait vraiment que les employés aient plus conscience de ce avec quoi ils jouent".

Du côté des malades, nous n'avons noté aucun signe de méfiance par rapport à ce type de dangers. Le plus souvent leurs remarques concernant ce qu'ils connaissent du système informatique sont passives et prudentes: "c'est sûrement bien et plus facile", "le progrès c'est bien". Certains avouent que pour eux, l'important c'est leur difficulté de vivre physiquement et leur visite au FMP est en conséquence surtout empreinte de la crainte du constat



d'une aggravation. Quelques uns montrent une attitude plus réservée, mais c'est la plupart des fois à l'occasion de demandes d'informations concernant leur dossier et parce qu'ils craignent "les erreurs de l'informatique". Ils insistent alors parfois pour que l'on vérifie avec le service compétent "si la machine ne se trompe pas".

Ces contacts résultant d'une demande d'information ont lieu soit à "l'accueil" du siège de l'administration centrale et des centres de province, soit par la communication téléphonique. Nous ne reviendrons pas ici sur les problèmes que cela pose aux centres de province et qui sont dépassés par le recours au téléphone.

Vu le nombre de dossiers traités, on imagine facilement l'importance du nombre d'appels et de visites aboutissant au FMP. Pourtant, une seule personne est prévue à l'accueil à Bruxelles pour y répondre - et pour une part de son temps de travail seulement. Elle est heureusement sérieusement secondée par le personnel des différents services vers lesquels les téléphonistes orientent les communications. Mais il arrive que certaines sections du service comptabilité reçoivent jusqu'à 60 coups de téléphone sur une matinée. Si l'on sait que ce service est des plus surchargés, que les employés s'y plaignent d'accumuler les retards, on se rend compte du cercle vicieux: les retards dans les paiements provoquent les demandes d'information qui mobilisent le personnel. Dans ce contexte, de l'aveu des agents "il est parfois difficile de rester aimable... et souvent ce sont des personnes âgées..."

Toutefois, tout est entrepris pour maintenir de bonnes relations avec les victimes. Même si "ceux qui viennent ou téléphonent sont de plus en plus mécontents". Les raisons de ces insatisfactions: les mesures restrictives en matière de pension et de soins de santé surtout. Par le fait même qu'elles conduisent à des diminutions des mensualités ou des remboursements. Mais également parce qu'elles confrontent les victimes aux difficultés de coordination entre les divers organismes concernés. Et employés du FMP et victimes se rejoignent dans leurs critiques de l'organisme responsable en matière de pension: "à la Tour du Midi, les gens attendent des heures et en sortent sans rien savoir... c'est là que vous auriez dû faire votre étude!".

Quant au FMP, il semble que le problème essentiel soit celui de l'information transmise aux malades. Qu'elle soit inexistante en cas de retard, ou que le contenu des lettres envoyées pose des difficultés de compréhension, la formulation étant souvent prisonnière de contraintes juridiques. Et la

législation se complexifiant, "les victimes n'en sortent plus... et pourtant avant c'était souvent eux qui en savaient plus..." Cette remarque énoncée par un employé, plusieurs malades l'ont confirmée à leur façon: "je reçois des lettres... mais je ne les comprends pas, alors je les range au dessus de l'armoire... on ne sait jamais...", "Si on téléphone, ils nous expliquent ça mieux", "vous savez, je suis italien... alors ces lettres je ne sais pas les lire".

Cependant, on l'aura noté, les critiques ne sont pas virulentes. Et on peut faire l'hypothèse que si les rancœurs avaient été profondes, en dépit du contexte particulier dans lequel il faut situer les entretiens que nous avons eus, avec les victimes, nous aurions recueilli plus que de simples réserves.

Et c'est là sans doute un résultat de l'attention particulière portée par les employés du FMP à la qualité et à la rapidité du service.

On a dit combien cette préoccupation était parfois difficile à gérer en raison d'un manque de personnel. Par ailleurs, il est également souvent fait référence au manque de vidéos: "on a trop peu de matériel... on a quelqu'un au téléphone, il faut se lever, courir à 10 ou 20 mètres... déranger tout le monde... c'est la chasse aux écrans!... On court partout!". Mais ce problème devrait être résolu dans le cadre du "planning" prévu pour les prochains mois.

Quant à la rapidité du service, elle concerne surtout d'une part, la durée de la visite médicale, d'autre part, le temps nécessaire à l'instruction d'un dossier.

La visite au FMP est susceptible de prendre plus d'une matinée. Toutefois, les victimes en étant averties, cela ne crée en général pas de tension. De l'avis des membres du service médical, la durée moyenne aurait été réduite de 1 heure environ grâce aux diverses applications du système informatique. C'est cependant une conséquence non perceptible aux malades qui, s'ils reviennent au FMP, repassent rarement le même type de visite.

La diminution du temps nécessaire à l'instruction d'un dossier fut, on l'a dit déjà, l'objectif essentiel des transformations opérées au sein du FMP. Si la durée moyenne fut ainsi progressivement ramenée de 18 à 8 mois (1981), un certain tassement de cette évolution est ressenti à divers niveaux et dans divers services du FMP. Après vérification, on peut affirmer qu'il y a même léger renversement de la situation, la durée moyenne étant passé à 9

mois en 1982 et à 10 mois en 1983. La période s'écoulant entre la date où la victime est mentionnée comme "bon pour examen" et la date de la conclusion médicale est en fait à l'origine de ce changement: nécessitant en moyenne 5 mois en 1981, elle prend 6 mois en 1982 et 7 mois en 1983.

Au CTI, on affirme que l'augmentation du nombre de cas de surdité et de victimes de vibrations mécaniques, est responsable de cette hausse du temps d'instruction moyen. Pour ce type de maladie professionnelle, les procédures relatives à l'examen médical sont en effet encore manuelles. Mais tout le monde n'est pas convaincu de la validité de cette seule interprétation. Le débat reste donc ouvert.

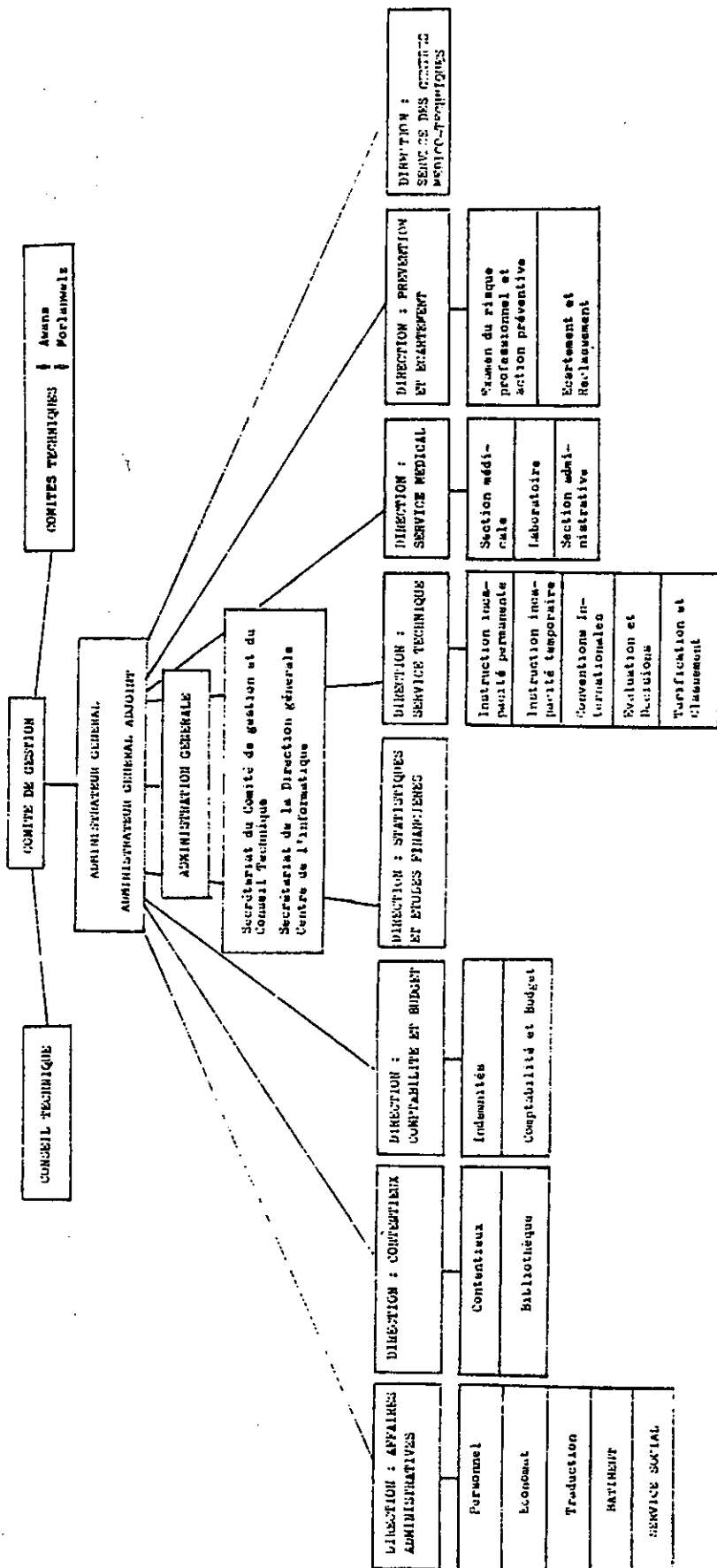
##### 5. Conclusions

Cette description des transformations qui, au FMP, ont accompagné les applications de l'informatique aux procédures de travail mériterait une réflexion théorique que les limites imposées à ce rapport nous conduiront à mener ailleurs.

Dans le cadre de ces courtes conclusions, il nous paraît toutefois important de souligner combien il s'avère difficile d'envisager toute évolution technologique comme étant autonome par rapport au contexte socio-historique dans lequel elle s'insère.

Les formes prises par le travail au FMP ne peuvent en effet être considérées comme simples résultantes de transformations techniques. Car d'une part, le processus d'informatisation a été, pour des raisons diverses, instrument de choix particuliers. Et d'autre part, il est clair que la dynamique sociale qui caractérise aujourd'hui cet organisme des Services Publics permet de comprendre ce q'il a été fait des marges de manoeuvre que laissaient de toute façon, dans la plupart des cas, les transformations opérées.

**ANNEXES**

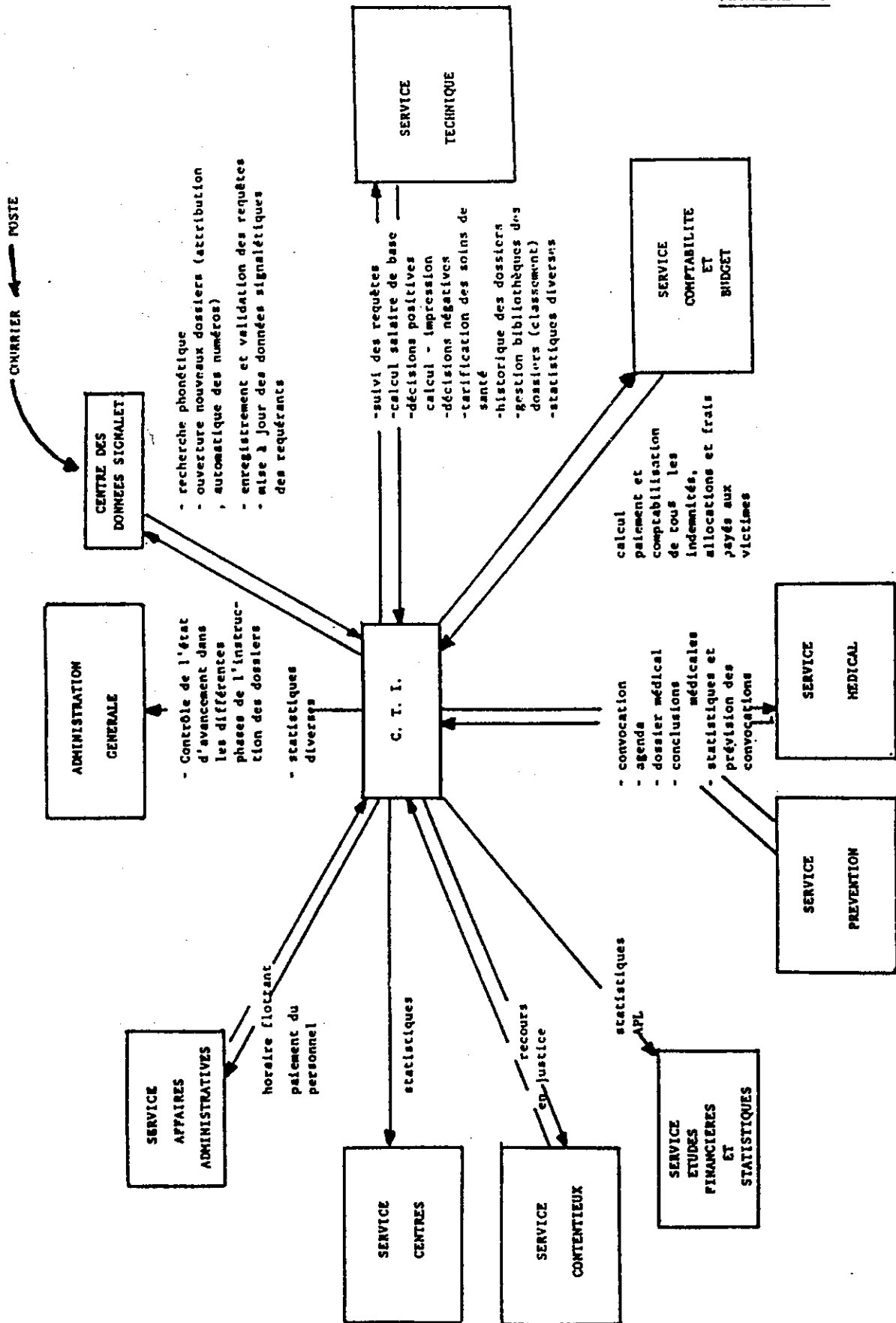


Répartition du personnel par service

Administration générale	28
Affaires administratives	70
Contentieux	20
Comptabilité et budget	55
Etudes financières et statistique	6
Service Technique	75
Service Médical	85
Prévention et écartement	25
Centre de Traitement de l'informatique (C.T.I.)	28
Direction Services des Centres	3
Centre d'Hasselt	2
Centre d'Awans	85
Centre de Morlanwelz	118

Répartition du personnel sous contrat

technicien audiologiste	4
stagiaire	21
aide-sanitaire	19
rédacteur + commis dactylo	3
chômeur mis au travail	16
employé au CTI	25
médecin collaborateur	45



BILANS COMPARÉS (en milliers de francs)

		PASSIF					
		1977	1978	1979	1980	1981	
ACTIF	Immobilisé						
	Immeuble	357.806					
	Mobilier et matériel	35.671					
	Valeurs financières immobilisées	393.477	377.125	385.063	369.318	362.647	
	Réalizable financier	2.323	2.385	2.364	2.374	2.421	
	Disponibles financiers	23	17	13	15	15	
	Chèques postaux et caisse C.G.E.R. (compte à vue)	26.465	21.210	30.994	16.161	16.373	
	Tiers débiteurs	27.383	-466.138	-591.369	-831.675	202.197	
	Pouvoirs publics	53.848	-444.928	-570.375	-815.314	218.570	
	Débiteurs divers	1.120.609	924.582	1.026.005	817.220	701.752	
	Comptes transitoires d'actifs	40.442	44.130	46.333	38.038	72.627	
	Créances vis-à-vis d'organismes belges de sécurité sociale (C/C)	1.161.051	968.712	1.072.338	855.258	774.379	
	Résultats	11.361	32.014	11.838	32.038	30.862	
		11.361	32.014	11.838	32.038	30.862	
		5.119	50.963	9.095	121.371	85.428	
		5.119	50.963	9.095	121.371	85.428	
		1.465.071	2.223.589	1.957.934	2.533.602	3.026.562	
		1.465.071	2.223.589	1.957.934	2.533.602	3.026.562	
		3.092.273	2.868.270	3.209.877	3.098.462	4.500.884	
		3.092.273	2.868.270	3.209.877	3.098.462	4.500.884	
	Provisions diverses	51	22	-	-	-	
	Exigible financier	51	22	-	-	-	
	Tiers créditeurs	349.094	-	-	-	-	
	Bénéficiaires de prestations sociales	824.021	822.130	1.157.290	1.221.192	2.258.366	
	Pouvoirs publics	4.658	75.709	301.919	230.389	466.437	
	Organismes sociaux belges C/C crédit	180.242	275.518	291.913	361.097	557.657	
	Créditeurs divers	261.435	355.398	317.241	340.383	402.859	
	Dettes vis-à-vis d'organismes belges de sécurité sociale (emprunts)	1.270.356	1.528.755	2.068.363	2.153.061	3.685.319	
	Comptes transitoires de passif	1.472.772	1.296.049	1.111.993	921.131	793.838	
		1.472.772	1.296.049	1.111.993	921.131	793.838	
		-	43.444	29.521	24.270	21.727	
		-	43.444	29.521	24.270	21.727	
		3.092.273	2.868.270	3.209.877	3.098.462	4.500.884	
		3.092.273	2.868.270	3.209.877	3.098.462	4.500.884	

ANNEXE 4



COMPTES DE RESULTATS COMPARÉS (en milliers de francs)

DEBIT

	1977	1978	1979	1980	1981		1977	1978	1979	1980	1981
Solde au 1er janvier	1.246.094	1.465.071	1.957.934	2.223.589	2.533.602		5.303.636	5.637.157	6.107.691	6.673.202	6.926.574
Dépenses fonctionnelles						Cotisations de solidarité					
- Indemnités	11.506.289	12.499.210	12.968.402	13.868.064	14.526.792	Recettes diverses	1.298	33.995	57.440	47.928	52.497
- Visites médicales	29.109	32.333	32.907	38.669	37.209	Subvention Etat	6.536.932	6.975.546	7.094.266	7.440.786	7.706.433
- Centres médico-techniques	106.863	113.967	100.962	121.591	133.408	Intérêts sur placements	25.847	18.899	51.835	67.739	50.002
Frais d'administration	291.190	337.419	375.590	388.945	435.506						
Intérêts sur emprunts	139.322	162.000	105.380	108.935	83.027	Solde au 31 décembre	1.465.071	1.957.934	2.223.589	2.533.602	3.026.562
Amortissements	13.917	13.531	13.646	13.464	12.524						
	<u>13.332.784</u>	<u>14.623.531</u>	<u>15.534.821</u>	<u>16.763.257</u>	<u>17.762.068</u>		<u>13.332.784</u>	<u>14.623.531</u>	<u>15.534.821</u>	<u>16.763.257</u>	<u>17.762.068</u>

CREDIT

VENTILATION PAR PROVINCE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES  
D'INDEMNITES AU 31.12.1981.

PROVINCE	Pneumoconiose de l'ouvrier mineur		Autres maladies			TOTAL
	Malades en incapacité permanente	Indemnités d'ayants droit	Malades en		Indemnités d'ayants droit	
			Incapacité temporaire	Incapacité permanente		
ANVERS	2,8	2,4	18,2	15,4	14,9	5,1
BRABANT	4,7	5,6	13,1	8,7	16,6	5,8
FLANDRE OCC.	0,5	0,6	8,2	7,6	6,6	1,8
FLANDRE ORIENT.	1,6	2,4	14,1	9,9	9,3	3,3
HAINAUT	35,0	45,1	9,7	17,8	25,5	33,4
LIEGE	15,2	17,5	16,5	20,2	12,7	16,3
LIMBOURG	15,8	13,0	13,6	13,8	3,8	14,8
LUXEMBOURG	0,2	0,2	2,0	0,8	1,1	0,3
NAMUR	2,4	3,6	3,6	4,1	8,3	3,0
ETRANGER	21,8	9,6	1,0	1,7	1,2	16,2
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
NOMBRE	<u>48.759</u>	<u>11.296</u>	<u>997</u>	<u>11.255</u>	<u>1.145</u>	<u>73.452</u>

NUMERO DOSSIER :

400 SEXE : masc fem

401 AGE :

NOM :

402 NAISS :

403 CENTRE :

DATE :

404 DIAGNOSTIC COMM.:

405 NAT.EXAMEN: 1ère req

revision

nouv.req

aggravat.

r.c.

406 MAL.PROF.NON INDEMNISABLE

407 ANTECEDENTS FAM. ASCEND.,DESCEND.,  
COLLAT.,ATTEINTS OU DECEDES DE :

néant

broncop.ast.

tubercul.

aff.card.

broncho-pneum.

silicose

cancer pulm.

diabète

plusieurs

r.c.

p.i.

408 ANTECEDENTS PERSONNELS  
1.AFFECTIONS RESPIRATOIRES

néant

bronchite

pleurésie

sinusite

broncho-pn.

chir.thor.

pneumothorax

t.b.c.

asthme

autres aff.aller

autres

r.c.

p.i.

409 2.AFFECTIONS CARDIO VASCUL.

néant

insuff.coron.

hypertens.

infarctus

ictus

angor

r.c.

p.i.

410 AUTRES AFFECTIONS

néant

oui

p.i.

r.c.

411 ANTEC.PROF.:EXPOSITION NAT.

fond

surfaces

autres

412 DUREE TOTALE: . . . . . r.c.

p.i.

413 FIN: . . . . .

r.c. p.i.

414 MOTIF DE L'ARRET DE L'EXPOS.

mal.prof.

accident

invalide

pension

autres

r.c.

p.i.

415 PROFESSION ACTUELLE:

néant

Mine

autres

r.c.

p.i.

416 DERNIER ARRET DU TRAVAIL

19--

417 MOTIF

maladie

accident

pension

r.c.

autres

p.i.

ETAT ACTUEL 1.ETAT GENERAL

statu-quo

amélioration

aggravation

418 APPRECIATION MALADE 3DERN.ANNEES

r.c.

p.i.

419 CHANGEMENT NET DEPUIS:

-- mois

420 ASTHENIE:

non

oui

p.i.

r.c.

421 MODIFICATION DE POIDS:

non

perte

augmentation

r.c.

p.i.

422 TEMPERATURE:

normale

augmentée

r.c.

p.i.

2. SYSTEME RESPIRATOIRE

423 TOUX

	absente 3 mois par an	occasionnelle + 3 mois par an	fréquente continue
RECRUESCENCE	hivernale	estivale	
HORAIRE	irrég.	matinale vesperale	diurne nocturne
PRODUCTIVITE	nulle r.c.	moyenne	abondante p.i.

424 EXPECTORATIONS

	absentes 3 mois/an	occasionnelles + 3 mois par an	fréquentes continues
RECRUESCENCE	hivernale	estivale	
HORAIRE	irrég.	matinales vesperales	diurnes nocturnes
QUANTITE PAR 24 H	faible	moyenne	abondante
ASPECT	blanc gris	jaune noir	vert brun
SANG	néant r.c.	filet	hemoptysie p.i.

RESPIRATION

425 SIFFLEMENTS THORACIQUES	non r.c.	unic.rhumes permanents	sans rhumes p.i.
426 INFLUENCES PAR	météo	effort	p.i.
427 DYSPNEE D'EFFORT	non r.c.	à la course à plat pas norm. se lavant/s'habil.	montées/marchant vite à plat sans hâte au repos p.i.
428 DYSPNEE DE DECUBITUS	non r.c.	oui	p.i.
429 CRISES SPONTANEEES DE DYSPNEE	non r.c.	oui	p.i.

USAGE DU TABAC

430 TABAC (RETOUR A 1 MOIS EN ARRIERE) non oui

TABAC DANS LE PASSE (AU MOINS 1 AN) non oui

CONSOMMATION				
CIGARETTES FAB./JOUR	actuelle	---	ancienne	---
CIGARETTES ROULEES (GR/SEM)	actuelle	---	ancienne	---
PIPE (GR/SEM)	actuelle	---	ancienne	---
CIGARILLOS/JOUR	actuelle	---	ancienne	---
CIGARES/JOUR	actuelle	---	ancienne	---

VERS QUEL AGE AVEZ-VOUS COMMENCE A FUMER REGULIEREMENT? --

VERS QUEL AGE AVEZ-VOUS CESSE DE FUMER REGULIEREMENT? --

AVEZ-VOUS L'HABITUDE D'INHALER LA FUMEE? non oui r.c. p.i.

AFFECTIONS PULMONAIRES

431 ARRETS DE TRAV. PENDANT LES 3 DERN. ANNEES POUR AFF.PULM.NON TUBERC. non oui r.c. p.i.

ANNEE DUREE DE LA MALADIE AGGRAV.DE L'EXPECTORATION

DIAGNOSTIC DU MEDECIN TRAITANT

432 ARRETS DE TRAV.LES 3DERN.ANNEES POUR AFFEC.PULM.TUBER non évolutive non évol. r.c. p.i.

433 TRAITEMENTS TUBERCUL. non i.n.h. streptomycine trectator rifampicine cycloserine r.c. p.a.s. autres p.i.

434 AUTRES TRAITEMENTS non oui r.c.

435 HOSP.DURANT CETTE PERIODE non en sana en clinique gén. r.c. plusieurs p.i.

436 CONFIRM.BACTERIOLOGIQUE DU B.K. non oui r.c. p.i.

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE

37	DOULEURS THORACIQUES	néant r.c.	précordiales	ré trosternale p.i.
38	DUREE DE LA DOULEUR ET RAPPORT AVEC L'EXERCICE PHYSIQUE	brève/rapport strict r.c.	longue/sans rapport	p.i.
39	IRRADIATION DE LA DOULEUR	néant r.c.	vers le dos vers le bras gauche	vers le cou p.i.
40	DOULEUR INFLUENCEE PAR	néant la digestion r.c.	le froid la respiration	l'émotion la trinitrine p.i.
41	LES DEUX PIEDS GONFLES?	non r.c.	le soir	toute la journée p.i.

TROUBLES NEUROLOGIQUES/PSYCHIQUES

42		néant troubles psych. tend.syncop. r.c.	surdité vertiges sciatique	céphalées insomnies symp.épileptiformes p.i.
----	--	--	----------------------------------	---

SYSTEME LOCOMOTEUR

43	DOULEURS ARTICULAIRES	non	oui	p.i.
	LOCALISATION	épaules lombaires r.c.	coudes genoux	poignets autres p.i.
44	ETIOLOGIE	micro-traumat.prof. r.c.	maladie	traumatisme p.i.
45	DESCRIPTION	avec rougeur et gonfl.	sans roug. et gonflement	
	DOULEUR INFLUENCEE PAR	la meteo r.c.	les mouvements	p.i.

SYSTEME DIGESTIF ET URINAIRE

46	TROUBLES DE L'APPETIT	néant r.c.	diminué augmenté	anorexie horror-carnis p.i.
47	REGIME	néant hépatique r.c.	sans sel gastrique	diabétique autres p.i.
48	TROUBLES DE DIGESTION	néant douleurs épigastriques ballonnement postprand. r.c.	nausées	vomissements pyrosis coliques p.i.
49	SELLES	normales r.c.	diarrhée autres anomalies	constipation p.i.
50	AUTRES PRECISEZ	non	oui	p.i.

A. GENERALITES

451 ASPECT GENERAL	normal r.c.	maigre asthénique	obèse  p.i.
452 POIDS EN KG	---		
453 TAILLE EN CM	---		
<u>B. TETE</u>			
454	normale ictérique r.c.	pâle subictérique	cyanotique couperosée p.i.
455 YEUX	normaux oedèm.des paup. troub.de converg. r.c.	conjunct.aném. mydriase arc senile nystagmus	conjunct.inject. troub.d'accomod. myosis p.i.
456 SINUS	normaux  r.c.	sensib.front.dr. sensib.maxil.dr. tous	sensib.front.gauche sensib.maxil.gauche plusieurs p.i.
457 BOUCHE	muqueuse norm. stomatite langue depapillée r.c.	anémique hemorragique	cyanotique gingivite langue saburrale p.i.
458 DENTS	en bon état r.c.	en mauvais état prothèse	édente sans prothèse p.i.
459 PHARYNX	normal r.c.	hyperémie purulence	hypertrophie/amygdales p.i.
460 COU	pas de pathologie r.c.	engorg.jugulaires	glande thyр.élargie p.i.
<u>C. ADENOPATHIES</u>			
461	néant r.c.	carotidiennes inguinales	axillaires généralisées p.i.

D. SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRATOIREA) THORAX + COLONNE VERTEBRALE

462 ASPECT GENERAL	normal thorax en tonneau r.c.	asymétrique cyphose tirage	lordose scoliose p.i.
463 MOBILITE DU THORAX	normale r.c.	vent.asym. mobil.dim.	util.musc.resp.accessoires immobilité p.i.

EXAMEN CLINIQUE 2/3

B) POUMONS

464 PERCUSSION	normale r.c.	matité hypersonorité	submatité autres	p.i.
465 LOCALISATION DES ANOM.	r.c.	bilatérales	poumon dr. base dr. sommet dr.	poumon g. base gauche sommet gauche p.i.
466 AUSCULTATION	normale r.c.	râles humides râles crépitants murmure vesic.:diminue frottements pleuraux	râles secs.wheezing expir.prolongée aboli autres anomalies	p.i.
467 LOCALISATION DES ANOM.	r.c.	bilatérales	poumon dr. base dr. sommet dr.	poumon gauche base gauche sommet gauche p.i.
<b>C) COEUR</b>				
468 CHOC DE POINTE	normal r.c.	non palpable déporté vers la droite	thrill déporté vers la gauche	p.i.
469 BRUITS CARDIAQUES	normaux r.c.	diminués bruit de galop	accentués dédoub. pathol	p.i.
470 LOCALISATION DES ANOM.	r.c.	mitrale aortique	tricuspidienn pulmonaire	p.i.
471 SOUFFLES	néant r.c.	systolique	diastolique systolique et diastolique	p.i.
472 INTENSITE DES SOUFFLES	./6 r.c.			p.i.
473 LOCALISATION DES SOUFFLES	r.c.	mitrale aortique	tricuspidienn pulmonaire	p.i.
474 TROUBLES DU RYTHME	néant r.c.	fibril.auric.	extra systoles	p.i.
TENSION ARTERIELLE				
475 PRESSION SYSTOLIQUE EN CM HG	--			
476 PRESSION DIASTOLIQUE EN CM HG	--			
477 FREQUENCE DU POULS	---			



7 D) ABDOMEN

478 FOIE	normal -- CM r.c.	ptose	hépatomégalie	
DEPASSE LE REBORD COSTAL DE:				p.i.
479 POINTS DOULOUREUX DE L'ABDOMEN	absence p.rénaux r.c.	signe murphy doul.épig.à la palp. p. appendicul.	points uretér	p.i
480 AUTRES ANOMALIES	néant abdomen ballonné circulation collatér. r.c.	splénomégalie ascité obésité masses anorm.	colon spastique borborygmes hernie	p.i

E) EXTREMITES

481 REFLEXES TENDINEUX	normoréflexie r.c.	hyporéflexie aréflexie	hyperréflexie	p.i.
482 HIPPOCRATISME	néant r.c.	oui		p.i.
483 COULEUR DES ONGLES	normale r.c.	pâle	cyanotique	p.i.
484 SIGNE DE LASEGUE	négatif r.c.	positif		p.i.
485 OEDEME MALLEOLAIRE	néant r.c.	discret unilatéral	marqué bilatéral	p.i.
486 VARICES	néant r.c.	jambe droite bilatérales	jambe gauche hemorroïdes	p.i.
487 ARTICULATIONS	normales r.c.	déformées	tuméfiées	p.i.
488 LOCALISATION	mains pieds r.c.	poignets chevilles autres	coudes genoux	p.i.

9 E) SCOPIE DU THORAX

489 MOBILITE DU DIAPHRAGME	-- CM r.c.	immobile	assymétrique	p.i.
490 ANOMALIES	néant	opacités hyperclartés(cavernes) crosse aort.der.	épanchements coeur élargi pulsat.hilaire	p.i.
491 SINUS EMOUSSES	néant r.c.	à droite à droite et à gauche	à gauche	p.i.
492 SOMMETS DES POUMONS	-S'ECLAIR. EN CAS DE TOUX -NE S'ECLAIR.PAS	à droite à droite r.c.	à gauche à gauche	droite/gauche droite/gauche p.i.
493 OPACITES RETROCARDIAQUES	néant	oui	r.c.	p.i.
494 ANOM. COMPLEMENTAIRES	néant	oui	r.c.	p.i.

Evolution du nombre global du personnel F.M.P.

- a) Fonds de prévoyance en faveur des maladies professionnelles  
(au 16.06.1964)

83 agents

- b) Projet de cadre du Fonds des maladies professionnelles - plan d'occupation provisoire 1964

210 agents

- c) Cadre organique du Fonds des maladies professionnelles  
A.R. du 30 octobre 1969 (M.B. du 7 novembre 1969)

464 agents

- d) Cadre organique du Fonds des maladies professionnelles  
A.R. du 4 février 1976 (M.B. du 22 avril 1976)

475 agents

- e) Agents en service au 30.06.1984

467 agents

VENTILATION PAR AGE DES BENEFICIAIRES D'INDEMNITES  
AU 31.12.1981

AGE	Pneumoconiose de l'ouvrier mineur		Autres maladies (parmi lesquelles les autres pneumoconioses)			TOTAL
	Malades en incapacité permanente	Indemnités d'ayants droit	Malades en		Indemnités d'ayants droit	
			Incapacité temporaire	Incapacité permanente (1)		
- 21 ans	-	1.021	5	8	86	1.120
21 - 25	-	81	114	75	10	280
26 - 30	1	26	163	209	3	402
31 - 35	14	19	145	336	5	519
36 - 40	163	36	107	400	5	711
41 - 45	1.529	122	103	762	21	2.537
46 - 50	4.460	356	119	1.218	27	6.180
51 - 55	9.924	797	107	1.707	68	12.603
56 - 60	12.971	1.431	96	2.126	129	16.753
61 - 65	6.982	1.244	28	1.454	122	9.830
66 - 70	6.251	1.658	9	1.606	192	9.716
71 - 75	3.671	2.030	1	935	233	6.870
76 - 80	2.013	1.600	-	330	169	4.112
81 - 85	650	705	-	81	57	1.493
86 - 90	114	147	-	6	15	282
+ 90 ans	16	23	-	2	3	44
<b>TOTAL</b>	<b>48.759</b>	<b>11.296</b>	<b>997</b>	<b>11.255</b>	<b>1.145</b>	<b>73.452</b>

(1) 38,46% de ces incapacités permanentes sont des cas de pneumoconiose.

VENTILATION DES PERSONNES INDEMNISEES AU 31.12.1981  
RESIDANT EN BELGIQUE, D'APRES LA NATIONALITE DE LA VICTIME.

Code	Pays de nationalité	Pneumoco- niose de l'ouvrier mineur	Autres maladies		Totaux	Pourcentage
			Malades avec			
			Incapacité temporaire	Incapacité permanente		
001	FRANCE	325	9	66	400	0,8
003	PAYS-BAS	147	4	41	192	0,4
004	REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE	692	2	33	727	1,5
005	ITALIE	10.745	53	1.118	11.916	23,8
006	LUXEMBOURG	11	-	2	13	-
009	SAN MARINO	4	-	-	4	-
022	ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD	8	-	6	14	-
026	IRLANDE	-	1	-	1	-
034	DANEMARK	-	-	1	1	-
036	SUISSE	13	1	-	14	-
038	AUTRICHE	10	-	-	10	-
040	PORTUGAL	26	2	10	38	0,1
042	ESPAGNE	522	8	157	687	1,4
048	YOUGOSLAVIE	151	2	17	170	0,3
050	GRECE	427	8	77	512	1,0
052	TURQUIE	229	6	45	280	0,6
056	RUSSIE	184	-	3	187	0,3
058	ALLEMAGNE DE L'EST	2	-	-	2	-
060	POLOGNE	1.618	2	43	1.663	3,3
062	TSCHECOSLOVAQUIE	97	-	2	99	0,2
064	HONGRIE	114	1	6	121	0,2
066	ROUMANIE	5	-	-	5	-
068	BULGARIE	2	-	-	2	-
070	ALBANIE	1	-	1	2	-
204	MAROC	234	22	52	308	0,6
208	ALGERIE	338	1	21	360	0,7
212	TUNISIE	2	-	3	5	-
216	LIBYE	2	-	-	2	-
322	ZAIRE	1	1	-	2	-
334	ETHIOPIE	1	-	-	1	-
400	ETATS-UNIS	3	-	2	5	-
412	MEXIQUE	1	-	-	1	-
452	HAITI	-	-	1	1	-
508	BRESIL	2	-	-	2	-
528	ARGENTINE	2	-	-	2	-

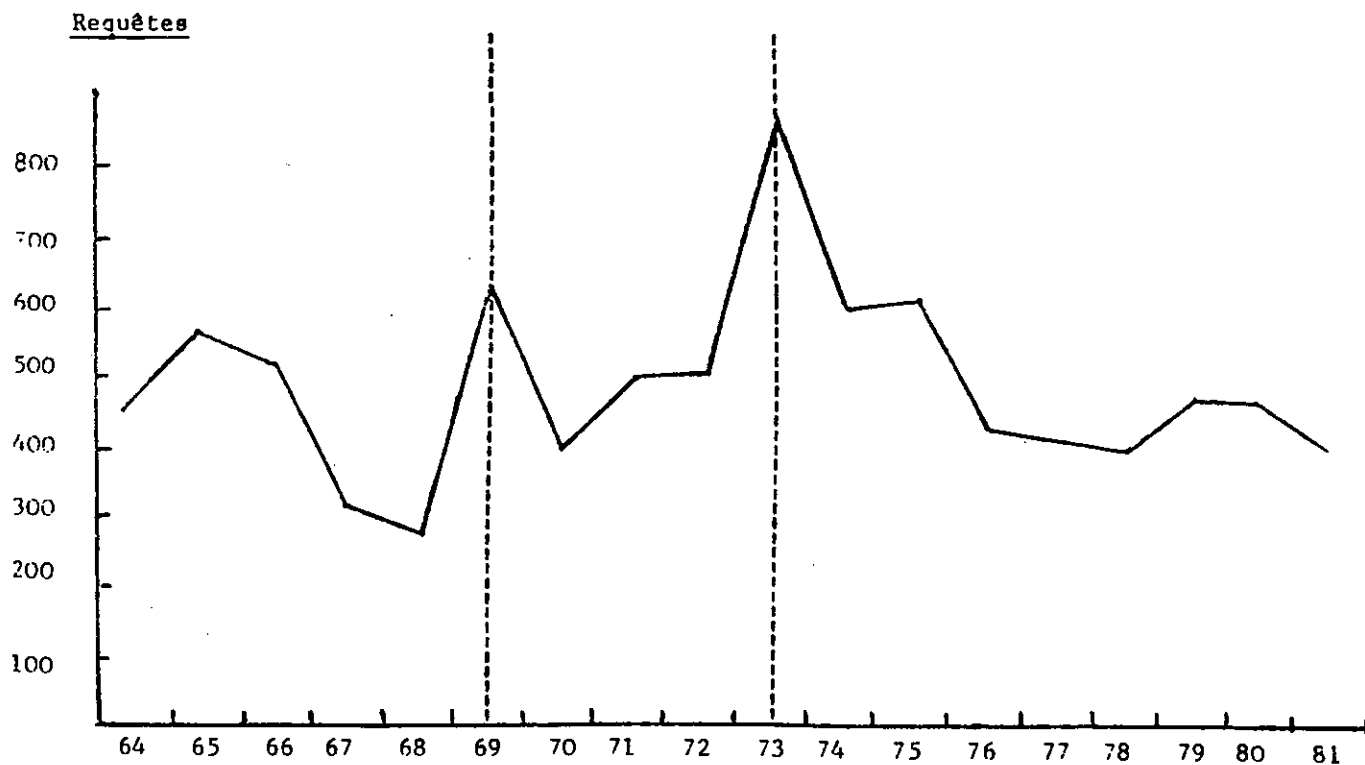
66 -					
632 ARABIE	1	-	-	1	-
720 CHINE	1	-	-	1	-
736 FORMOSA	-	-	1	1	-
958 Refugies de L'O.N.U.	667	5	24	696	1,4
TOTAL	16.588	128	1.732	18.448	36,6
BELGIQUE	21.549	859	9.326	31.734	63,4
TOTAL GENERAL	38.137	987	11.058	50.182	100

EVOLUTION DU NOMBRE DE DEMANDES, VENTILEES PAR GROUPE DE MALADIES ET INTRODUITES DEPUIS 1964.

1 Maladies professionnelles provoquées par des agents chimiques.

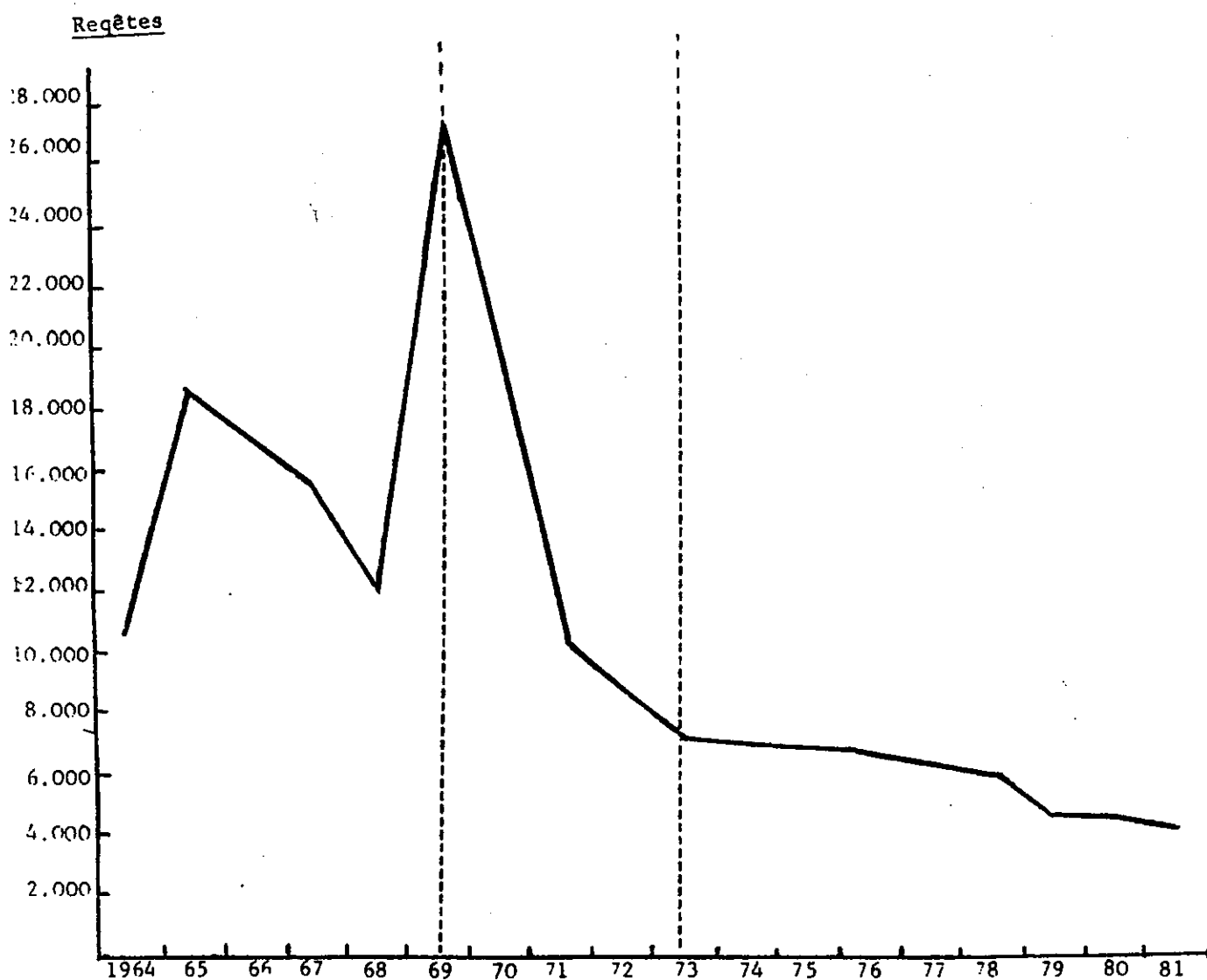


2 Maladies professionnelles de la peau causées par des substances et agents non compris sous d'autres positions.



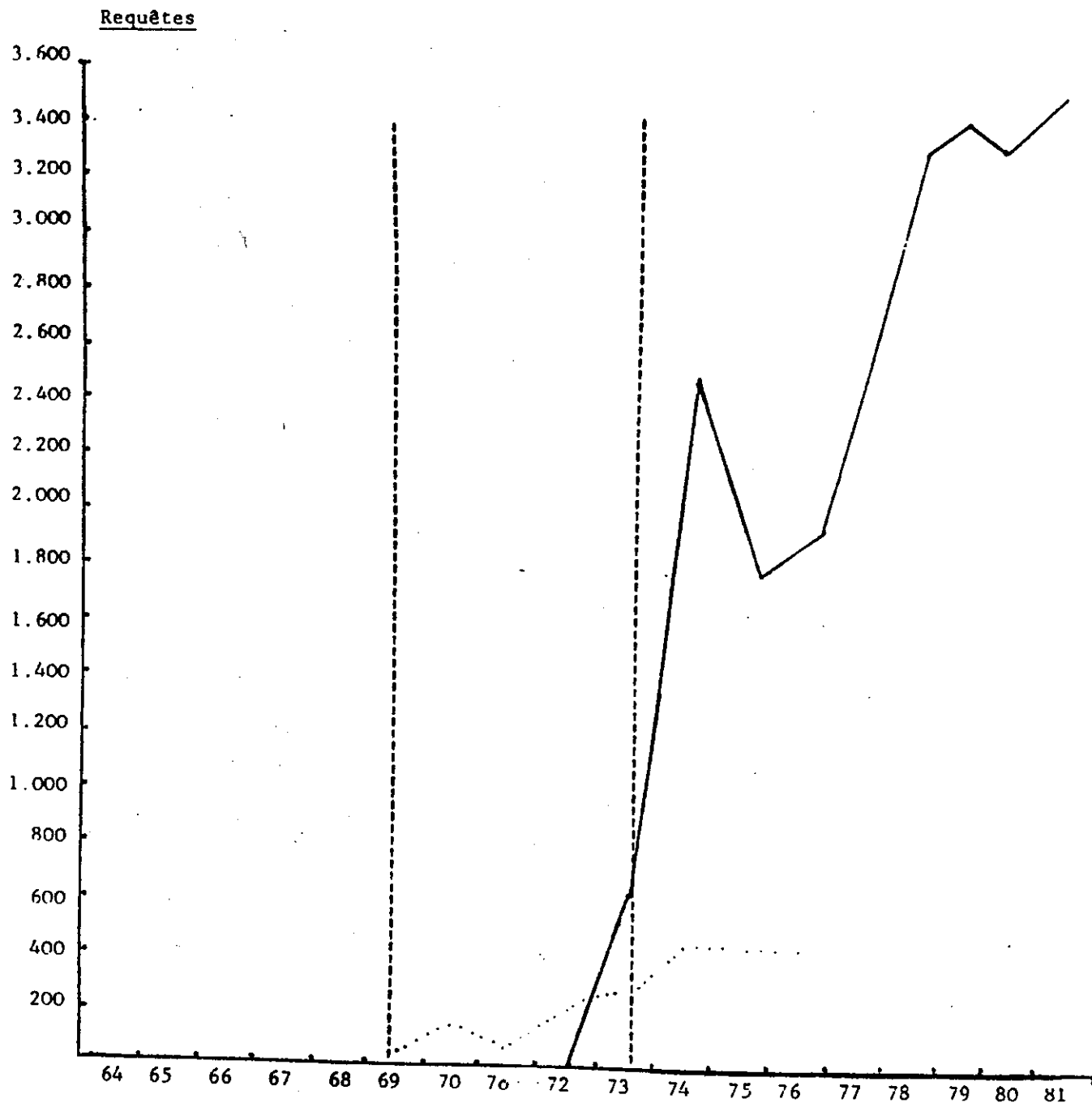
---- : extension de la liste des maladies professionnelles

3. Maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de substances et agents non compris sous d'autres positions.



----- : extension de la liste des maladies professionnelles

- 4 ----- Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires
- 6 ———— Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques



----- : extension de la liste des maladies professionnelles



## TABLE DES MATIERES

	Pages
PREFACE	1
LE CAS DU FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES	3
1. Le "Fonds des Maladies Professionnelles"	4
2. Méthodologie de la recherche	5
3. Description de l'Organisme	7
3.1 Caractéristiques de l'organisation	7
3.2 Description du système informatique	11
4. Le processus d'informatisation et ses effets	15
4.1 Effets de l'informatisation sur l'organisation générale	16
4.2 Introduction des nouvelles procédures de travail	17
4.3 Effets sur les caractéristiques des unités de travail	21
4.4 Effets sur le contenu du travail et les conditions de travail	22
4.5 Effets sur le volume de l'emploi, l'utilisation des compétences, la "carrière", le statut	27
4.6 Effets sur les attitudes et motivations	29
4.7 Caractéristiques de la "clientèle" et effets de l'informatisation sur les interactions employés- "clients"	30
5. Conclusions	34
ANNEXES	35