le cnam
ceet

108 Maintenir en emploi ou soutenir le travail ? La place de la santé au fil des parcours professionnels

Actes du séminaire "Âges et Travail", mai 2018

Mars 2020

Corinne Gaudart, Anne-Françoise Molinié,
Serge Volkoff, Valérie Zara-Meylan,
Cnam, Creapt, CEET

Rapport de recherche

Ceet - Centre d'études de l'emploi et du travail

RAPPORT DE RECHERCHE

Maintenir en emploi ou soutenir le travail ? La place de la santé au fil des parcours professionnels

Actes du séminaire "Âges et Travail", mai 2018

Cnam, CEET, Creapt

Corinne Gaudart (coord.), Anne-Françoise Molinié (coord.), Serge Volkoff (coord.), Valérie Zara-Meylan (coord.)

Mars 2020 N° 108

Directrice de publication : **Christine Erhel**
Secrétaire de rédaction : **Bilel Osmane**
ISSN 1629-5684
ISBN 978-2-11-1519

Maintenir en emploi ou soutenir le travail ?
La place de la santé au fil des parcours professionnels

RÉSUMÉ

Pour l'édition 2018 de son séminaire annuel *Âges et Travail*, le Creapt (Centre de Recherche sur l'Expérience, l'Age et les Populations au Travail) a pris pour thème le « maintien en emploi », en insérant cette question dans des réflexions plus générales sur la place de la santé au fil des parcours professionnels.

On peut en effet partir du constat que les problèmes de santé, plus ou moins durables, qui surviennent au cours de la vie active, sont porteurs d'incertitude sur la poursuite, la reprise ou l'infléchissement du parcours professionnel. À ce titre ils préoccupent les travailleurs concernés, les collègues, l'encadrement, ainsi que tous les acteurs que leur fonction amène à intervenir. Ce sont ces préoccupations (pointées ou non sur des phénomènes précis et formalisés comme les absences pour maladie ou les restrictions d'aptitudes) qui souvent s'expriment en termes de perspectives de « maintien en emploi » et d'actions menées dans ce but.

Or les recherches dans ces domaines, l'expérience des acteurs et des praticiens, suggèrent quelques déplacements par rapport à cette notion, déplacements que ce séminaire a permis de préciser et de mettre en débat.

Le premier déplacement, proposé dès la conférence d'ouverture et par plusieurs autres intervenants, a consisté à compléter l'objectif d'emploi en ciblant tout autant le travail, sa réalisation, son contenu et son sens. L'idée de « maintien » s'est ainsi couplée avec celle de « soutien » : il s'agit d'examiner comment, au regard d'éventuelles difficultés liées à des troubles de santé, il est possible de préserver la construction, le développement et la mobilisation de l'expérience professionnelle, les stratégies de travail de chacun-e.

Un deuxième déplacement, lié au précédent, a consisté à inscrire ces réflexions dans une perspective de long terme où s'articulent les itinéraires personnels (et la redéfinition, à ce propos, des projets individuels), avec l'histoire des entreprises et des métiers. De ce point de vue, la constitution, trop rare, d'une « mémoire » de l'entreprise sur ses propres pratiques d'affectation et d'aménagement des situations de travail, est une piste que certaines interventions ont permis d'explorer.

Un troisième, lui aussi cohérent avec les deux autres, était de ne pas s'en tenir aux facettes les plus apparentes de ces questions de « gestion des déficiences de santé ». Les diagnostics établis, les dispositifs dédiés, les décisions formelles de réaffectation (ou, au pire, d'exclusion), mais aussi les corrélations statistiques entre dégradations de la santé et sortie plus ou moins prolongée de l'emploi, balisent une partie des problèmes à traiter, mais une partie seulement. Des situations moins visibles, au moins dans l'immédiat, comme une poursuite très difficile du même travail, ou certaines formes d'inactivité forcée, méritent autant d'intérêt. Il en résulte que les acteurs concernés sont bien plus nombreux que ceux assignés par leur fonction à la prévention professionnelle ou à la gestion des parcours.

En adoptant ces approches, les interventions et les échanges de ce séminaire ont confirmé, s'il en était besoin, que l'attention portée aux individus concernés par des « problèmes de santé » ne constitue pas – ou ne devrait pas constituer - une zone à part dans la réflexion des entreprises et des administrations.

Corinne GAUDART, Cnam-LISE, UMR3320,
Anne-Françoise MOLINIÉ, CEET,
Serge VOLKOFF, CEET,
Valérie ZARA-MEYLAN, Cnam-CRTD, CEET

Sommaire

OUVERTURE.....

Valérie Zara-Meylan.....9

CONFÉRENCE INTRODUCTIVE. Chapitre 1. AU-DELÀ DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI : TRAVAILLER LES PARCOURS POUR DES PERSPECTIVES DURABLES.....

Gaëtan Bourmaud 12

Chapitre 2. HISTOIRES ORDINAIRES D'ACTIONS DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI EN SERVICE DE SANTÉ .....

Amélie Adam..... 37

Chapitre 3. COMMENT QUANTIFIER LES RÉPERCUSSIONS DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUR LA SUITE DE LA VIE DE TRAVAIL ?.....

Céline Mardon 56

Chapitre 4. QUESTIONNER LA SANTÉ AU TRAVAIL DU POINT DE VUE DU STATUT : LES PROCESSUS DE RECONNAISSANCE DE L'INAPTITUDE À LA MAIRIE DE PARIS .....

Marion Gaboriau..... 83

Chapitre 5. ON TIME, DELAYED, CANCELLED ? UNE ANALYSE DES PARCOURS DE RECLASSEMENT DANS L'INDUSTRIE AÉRONAUTIQUE

Willy Buchmann, Corinne Archambault..... 100

Chapitre 6. LA SANTÉ À L'ÉPREUVE DE LA MOBILITÉ : LES DÉBUTS DE PARCOURS DE COMPAGNONS DE L'AÉRONAUTIQUE.....

Anne-Françoise Molinié, Corinne Gaudart..... 117

Chapitre 7. L'APPORT D'UN CADRE D'ANALYSE DES STRATÉGIES DES TRAVAILLEURS AU DÉVELOPPEMENT DE MOYENS DE PRÉVENTION.

Marie-Ève Major, Nicole Vézina 138

Chapitre 8. LE FAÇONNEMENT DES PARCOURS PROFESSIONNELS PAR LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ : UNE PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE .....

Valentine Hélardot 153

Chapitre 9. FIL ROUGE ET DISCUSSION GÉNÉRALE.....

Sandrine Guyot..... 169

Ouverture

Valérie ZARA-MEYLAN, Cnam CRTD, CEET, Creapt

Nous entamons cette édition 2018 du séminaire "Âge, santé, expérience et travail" organisé par le Creapt, avec cette année la focale plus particulière que nous avons formulée ainsi : « *Maintenir en emploi ou soutenir le travail ? La place de la santé au fil des parcours professionnels* ».

Je vous rappelle tout d'abord le principe de ce séminaire. Les interventions sont de durée plutôt longue, 45 minutes, ce qui permet des interventions fournies et également des échanges avec l'assistance d'un temps à peu près équivalent. Donc, cela vous permettra d'intervenir, je l'espère, d'interagir et d'échanger vraiment des réflexions avec les intervenants. Les travaux qui sont présentés sont parfois des travaux aboutis, parfois des travaux encore en cours, et dans les deux cas il sera intéressant de pouvoir échanger et réfléchir ensemble.

Nous démarrerons tout d'abord avec une conférence introductive que Gaëtan Bourmaud a bien voulu assurer et nous terminerons mercredi en fin de matinée avec une discussion qui sera introduite par Sandrine Guyot qui est ici, juste devant moi. Donc merci à vous deux d'avoir accepté de jouer ces rôles respectifs et merci aux autres intervenants, dont plusieurs sont déjà là, certains et certaines, venant de très loin. Je fais un signe à Marie-Ève Major (Québec) qui est là dans l'amphi.

Je précise que les séances sont enregistrées, puis qu'il y a ensuite une retranscription qui nous sert à établir les Actes. Dans les Actes, vous trouverez les interventions, mais aussi les discussions, dans l'objectif de proposer des rapports assez vivants qui paraissent dans la série des Rapports de recherche du CEET (et anciennement du CEE). Ces rapports sont en ligne sur le site du Cnam–CEET : http://ceet.cnam.fr/publications/rapports-de-recherche/rapports-de-recherche-948820.kjsp. Parmi ces rapports, si l'on en croit les scores de téléchargement, les actes des séminaires Creapt sont parmi les plus lus.

Il faut aussi savoir que ce séminaire est ouvert à tous, mais qu'il fait partie aussi des enseignements de Master 2 du Cnam, en particulier du Master recherche d'Ergonomie et du Master Ressources humaines et sociologie.

Afin d'ouvrir ce séminaire, je vais situer rapidement le thème de cette année. Le choix de ce sujet part d'un constat fait par de nombreux intervenants et par nous-mêmes au Creapt à travers les demandes qui nous parviennent. Nombre de préoccupations qui nous sont relayées par les partenaires du Creapt et par d'autres organismes ou entreprises avec lesquels nous sommes en relation concernent des situations où la santé est impliquée en étant considérée comme liée à des difficultés dans le travail. Ces préoccupations sont souvent exprimées en termes de "maintien dans l'emploi", avec des actions, des interventions attendues dans ce sens.

On constate cependant, d'une part, que les problèmes de santé à l'origine de ces demandes de maintien dans l'emploi sont vraiment variés. Il peut s'agir d'accidents, de maladies plus ou moins durables ou d'autres atteintes, troubles de santé, ce qu'on appelle des troubles infra-pathologiques. D'autre part on constate que les modes d'apparition de ce qui fait problème sont aussi variés, avec des absences, des difficultés d'affectation, des difficultés constatées dans la réalisation du travail, pour n'en citer que quelques-uns. Et nos interlocuteurs les relient à des déficiences, un vieillissement, des restrictions d'aptitudes, voire des inaptitudes, plus ou moins prises en charge par divers dispositifs dans les organisations. Vous voyez, tout cela est très vaste et très varié. Autant de questions qui conduisent à s'interroger sur les parcours professionnels, sur la poursuite, la reprise ou encore l'infléchissement de ces parcours. Ces questions concernent de nombreux salariés en France et elles préoccupent à ce titre les travailleurs rencontrant eux-mêmes ces difficultés, mais aussi les collègues, l'encadrement, les décideurs et plus largement tous les acteurs dans et hors de l'entreprise que leur fonction amène à intervenir quand ces problèmes surviennent.

Les recherches dans ces domaines, l'expérience des acteurs, des praticiens, suggèrent cependant quelques déplacements par rapport à cette notion de maintien dans l'emploi, déplacements que ce séminaire souhaite développer et mettre en débat.

Le premier déplacement consiste à compléter l'objectif emploi, maintien dans l'emploi avec celui de travail, d'où cette formule dans le titre "*soutenir le travail*". Le travail, sa réalisation, son contenu, son sens, dont on sait qu'ils évoluent avec le temps et d'autant plus potentiellement qu'il y a eu événement de santé ou évolution de la santé au fil du temps. D'où l'idée d'articuler l'idée de maintien dans l'emploi avec celle de "soutien". Vous l'aurez compris, nous faisons ainsi allusion en particulier aux travaux sur le travail soutenable », une approche qui s'est opposée ces dernières années à l'intensification du travail, comme le rappellent Corinne Gaudart et Serge Volkoff (2015). Cette approche porte l'idée d'une possible « régénération des ressources humaines et sociales ». On pourra discuter cette notion de "soutenir le travail", ce qu'on entend derrière cette formule qui va être abordée ici avec des acceptions variées et dans une approche large.

Le deuxième déplacement est lié au précédent. Il s'agit de chercher à inscrire ces réflexions dans une perspective de long terme et en particulier en examinant la place de la santé au fil du parcours professionnel. C'est important parce que c'est sur le long terme que s'articulent les itinéraires personnels dans des dimensions de santé (des dimensions processuelles, évènementielles ou évolutives), mais aussi d'expérience, de possibilité ou non de construire et de tirer parti de cette expérience (Molinié, Gaudart, & Pueyo, 2012). Et il s'agit d'associer ces approches à des dimensions d'histoire des entreprises et de changements dans les organisations, avec des dimensions relatives aux métiers qui s'y exercent et qui peuvent aussi évoluer, se transformer ou encore se créer.

Enfin, un troisième déplacement, lui aussi cohérent avec les deux précédents, est de ne pas s'en tenir aux facettes les plus apparentes de ces questions de gestion de la santé et des déficiences. Les diagnostics réalisés à un moment donné, les dispositifs, les décisions formelles de réaffectation ou parfois d'exclusion d'ailleurs, donnent à voir une partie des problèmes à traiter, mais une partie seulement. Parce que des composantes structurelles ou organisationnelles des systèmes de travail, souvent moins visibles a priori ou moins spontanément exposées dans les demandes initiales sur ces sujets, peuvent mériter un intérêt tout particulier. Elles sont à découvrir dans l'activité, dans ce qui se joue dans l'activité de chacun et dans les articulations entre acteurs, qui vont souvent bien au-delà de ce qui est formellement prévu, ou du contour de leur fonction.

Nous en verrons plusieurs exemples durant ces journées et dès ce matin, je pense, avec le rôle des encadrants, avec Gaëtan Bourmaud, puis cet après-midi avec le rôle des médecins du travail dont nous parlera Amélie Adam.

Un autre exemple que je voudrais rapidement citer est celui des travaux de Lucie Reboul au Creapt (Reboul et al, 2017), car malheureusement Lucie ne peut être parmi nous aujourd'hui pour des raisons liées à ses travaux de thèse. Son travail aurait eu vraiment sa place dans ce séminaire. Je vais essayer d'en dire quelques mots parce que les analyses de Lucie ont été réalisées auprès de régulateurs qui sont chargés de l'ordonnancement des tâches du personnel au sol dans une compagnie aérienne. Lucie montre comment ces régulateurs affectent et réaffectent les multiples tâches à réaliser par les agents au sol, à chacun d'eux, lors de leur prise de poste, dans le déroulement de chaque journée, et au fil du temps. Pour cela, les régulateurs tiennent tout d'abord compte des qualifications de chacun, des restrictions médicales en cours, qui sont tout à fait officiellement connues. Cependant, leur gestion articule de nombreux autres paramètres qui sont élaborés au fil du temps, dans des articulations avec les collègues, avec le personnel concerné, et tenant compte des situations en cours dans l'aéroport, ces collègues pouvant appeler et entrer en contact avec eux. Ainsi, les régulateurs tiennent compte des exigences des tâches, qui nécessitent plus ou moins de compétences techniques mais qui sont aussi plus ou moins sous pression temporelle, plus ou moins en relation avec les voyageurs. Ils tiennent compte aussi de l'état de santé informel des agents au-delà des restrictions établies, comme durant la période d'attentats, avec tel agent craignant et ne souhaitant pas être affecté dans la zone publique. Et

ce faisant, plus largement, les régulateurs cherchent à éviter de surcharger d'autres agents, leurs collègues donc, sur de trop longues périodes. Et ils cherchent à garder des possibles ouverts au cas où d'autres évènements nécessitant encore des réaffectations surviendraient. Et il y en a de nombreux durant leurs journées de travail. Lucie Reboul montre ainsi en quoi leur rôle est central pour gérer les questions de santé et de travail au quotidien et au fil du temps, et au final pour la production du service et sa qualité.

Qu'en tirer pour nos réflexions ? Pour entamer ce séminaire, je vous propose de garder en tête deux éléments principaux. Tout d'abord, concernant le cadre des interventions, on peut estimer que l'attention aux questions de santé ne devrait pas être cloisonnée dans les entreprises, que cette attention devrait être d'emblée abordée en relation avec les questions de production ou de service et de qualité. On le voit bien avec l'exemple des régulateurs que je viens de développer. Puis, concernant l'objectif d'arrière-plan des interventions, on peut se demander ce qu'on entend par "soutenir le travail". Je l'ai déjà évoqué et je pense que ça va être un sujet important durant ces trois jours. Car il ne s'agit pas d'enfermer les personnes dans un emploi, un poste ni même un service. On peut penser qu'il s'agit de permettre une réflexion plus vaste sur "le libre jeu de l'activité", pour reprendre une formule de Serge et Corinne (Volkoff et Gaudart, 2015). C'est ce libre jeu de l'activité qu'il faudrait soutenir parce qu'il favorise l'efficience, mais aussi la possible construction pour chacun de sa santé, y compris du sens de son travail, la construction de son parcours ainsi que ses perspectives qui peuvent dépasser celles de l'emploi en cours.

Je pense que les interventions des orateurs de différentes disciplines et les échanges durant ces trois jours apporteront des éléments sur ces questions, mais aussi bien d'autres, évidemment. Je vous souhaite à tous un bon séminaire.

(*Applaudissements*)

Bibliographie

Molinié A.-F., Gaudart C., Pueyo V. (coord.), 2012. *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*. Toulouse : Octarès Éditions, coll. « Travail et Activité humaine », janvier, 396 p

Reboul, L., Delgoulet, C., Sutter, S., & Gaudart, C. (2017). « Ordonnancement et prévention primaire dans une compagnie de transport aérien : articuler santé et compétences à court et long termes ». *Actes du 52ème congrès de la SELF* (pp.493-498), les 25-27 septembre, Toulouse. http://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2017/09/Actes-SELF2017.pdf

Volkoff Serge, Gaudart Corinne, 2015. « Conditions de travail et "soutenabilité" : des connaissances à l'action ». *Rapport de Recherche*, 91 (Working Conditions and "Sustainability": Converting Knowledge into Action, English version RR92). Noisy le Grand : CEE.

Chapitre 1 - Conférence introductive

AU-DELÀ DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI : TRAVAILLER LES PARCOURS POUR DES PERSPECTIVES DURABLES

Gaëtan BOURMAUD, ergonome, Professeur associé à l'Université de Vincennes -Paris 8, AxErgonomie

---

Valérie ZARA-MEYLAN

Je vais passer la parole à Gaëtan Bourmaud pour la conférence introductive qu'il va nous présenter. Gaëtan est ergonome, Professeur associé à l'Université de Vincennes à Saint-Denis, c'est-à-dire Paris 8, et associé au sein du cabinet AxErgonomie. Gaëtan, tu as à peu près une heure et il y aura une discussion ensuite, après ta présentation. À toi la parole.

Gaëtan BOURMAUD

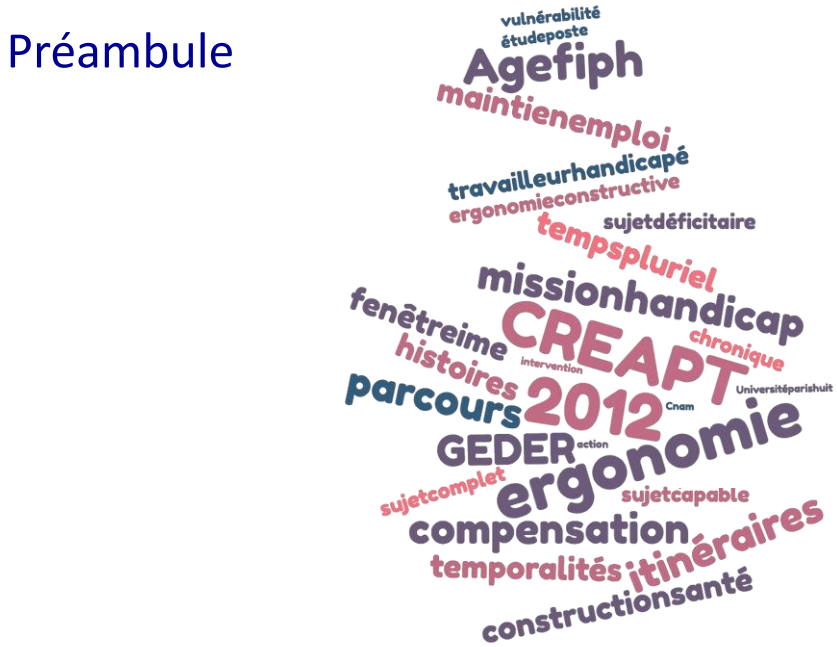
Bonjour à toutes et tous. Merci Valérie. Tout d'abord, je voudrais remercier les organisateurs de ce séminaire pour cette invitation à communiquer dans cette nouvelle édition du séminaire annuel du Creapt et leur dire combien j'apprécie la perspective de passer une nouvelle fois ces journées ensemble. Également, je voudrais les remercier de m'avoir confié la tâche d'introduire ce séminaire annuel. En fait pour tout vous dire, j'ai accepté quand Valérie m'a glissé que ça me donnerait un peu plus de temps que les autres intervenants... Plus sérieusement, j'ai accepté surtout parce que c'est finalement une formidable tribune pour dire tout ce que je dois au Creapt.

Pour commencer, je vais me permettre de vous raconter une histoire, l'histoire et peut-être même une partie de l'itinéraire d'un ergonome qui s'intéresse au maintien dans l'emploi et en particulier au maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés, ou en situation de handicap comme on dit parfois. Et cela depuis plus de dix ans. Cet ergonome, c'est moi. C'est principalement pour vous présenter d'où je vous parle, que je vais me permettre de faire ce léger détour.

J'ai créé un cabinet de conseil en ergonomie en 2004, avec un collègue ergonome, Xavier Retaux, et très tôt nous avons été confrontés à des demandes concernant des travailleurs handicapés, demandes que l'on connaît sous l'intitulé « étude de poste » ou encore « EPAAST » (Etude Préalable à l'Aménagement et Adaptation des Situations de Travail), comme l'a fixé l'Agefiph. Nous avons eu beaucoup de chance, car très vite nous avons pu travailler pour plusieurs missions handicap de grands groupes. C'est en quelque sorte l'internalisation du pilotage des actions de maintien dans l'emploi et de recrutement de travailleurs handicapés, avec pour cela un budget et une équipe dédiés tous deux en interne. Ainsi, j'ai enchaîné des actions et en faisant un rapide calcul, je crois avoir dépassé personnellement une centaine d'actions de ce type. Depuis 2010, je me suis rapproché du GEDER[1]. J'ai produit divers textes depuis autour de ce que font et pourraient faire l'ergonomie et les ergonomes sur la question du handicap au travail, du maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés, etc., et

[1] Le GEDER est une association créée paur des ergonomes, ayant pour objectif d'être un lieu de réflexion et d'échange de connaissances sur la pratique de l'ergonomie dans les situations de handicap au travail.

de l'accessibilité aussi. C'est beaucoup de cela dont je vais vous parler ce matin, mais je vais aussi ajouter quelques points, comme vous pouvez le constater avec le nuage de mots à l'écran (Diapositive 1) et en premier lieu en m'appuyant sur le séminaire annuel du Creapt de 2012, dont le titre était « *Travail passé, activité et santé d'aujourd'hui, quels impacts des situations de travail* » et comment et à quel point ce séminaire, que j'avais suivi avec grande attention, a accompagné mes réflexions et a contribué à asseoir, voire repenser ma pratique.



Diapositive 1 : Nuage de mots en guise de préambule.

Déjà avant, mais surtout beaucoup depuis ce séminaire, les travaux de Serge Volkoff, ceux de Corinne Gaudart et d'Anne-Françoise Molinié, de Célia Quériaud, de Valérie Zara-Meylan et les rencontres que tous ceux-là m'ont permis de faire, avec Dominique Lhuilier notamment, comptent pour beaucoup dans mon travail. J'ajouterai enfin que si aujourd'hui je suis professeur associé à l'Université de Paris 8, où j'ai fait mon Doctorat d'ergonomie sous la direction de Pierre Rabardel il y a longtemps maintenant, j'ai passé entre temps six années au Cnam au sein de l'équipe d'ergonomie du CRTD. L'air ambiant accompagnant la sortie de l'ouvrage intitulé « *Ergonomie constructive* », coordonné par Pierre Falzon enveloppe en quelque sorte également mon propos d'aujourd'hui. Voici le préambule que je voulais vous faire et je vais donc maintenant pouvoir développer la présentation.

Je vous propose un plan qui essentiellement discute de ce que j'ai appelé les limites et les perspectives d'action pour et par l'ergonomie. Je vous ferai tout d'abord un rappel du contexte de ces demandes de maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés. Je listerai ensuite quelques freins et puis les conséquences en termes d'action, quelques histoires – « histoire » était un mot qui était beaucoup revenu dans ce séminaire de 2012 du Creapt, et que j'aime beaucoup utiliser depuis – des histoires d'interventions, des histoires de gens aussi, et quelques propositions pour des perspectives durables. Et puis pour finir et ouvrir, je tirerai quelques fils…

Contexte des demandes

Le contexte des demandes constitue un monde très cadré : le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés. Premièrement, maintenir dans l'emploi un travailleur handicapé, c'est une situation qui n'est pas vraiment nouvelle souvent, d'abord pour lui. Il a un état de santé donné et évolutif, il a un

suivi médical et des procédures administratives qui ont accompagné tout ça ; il y a des effets sur le travail aussi Et puis souvent, c'est une situation pas totalement nouvelle pour l'entreprise non plus, pour la hiérarchie, pour le collectif, les ressources humaines et en particulier les acteurs de la mission handicap.

Deuxièmement, c'est une demande exprimée, parfois c'est même une demande « enfin exprimée », et il y a une variété de demandeurs possibles. Si je liste les différentes actions que j'ai pu mener, ça a été très souvent une demande exprimée par le salarié lui-même. Ça a été souvent également une demande exprimée par le médecin du travail, ou par la hiérarchie encore. Ça a été souvent aussi une demande de la part du chargé de mission handicap ; après il y a d'autres demandeurs qui peuvent aussi intervenir... Je pense évidemment au CHSCT, je pense à des collègues qui, voyant la situation, sont interpellés et cherchent à agir.

Troisièmement, dans la plupart des cas, la demande est très fortement marquée par une sorte d'univocité en termes d'attendu. Il s'agit d'aménager le poste de travail : on discutera ensemble par exemple de la situation de Christine, on discutera de la situation de Nathalie aussi. Et puis finalement, si on se réfère à la définition avancée par l'organisme financeur principal qu'est l'Agefiph, c'est « trouver des solutions permettant l'adaptation du poste de travail en fonction du handicap de la personne handicapée ». La redondance du mot « handicap » et ce que cela dit, n'est pas de mon fait, mais bien présent dans les textes de l'Agefiph.

Quatrièmement enfin, si on s'intéresse au déclenchement de l'action, c'est intéressant parce qu'évidemment, ça institutionnalise le besoin. Il s'agit d'agir pour cette personne qui en a besoin et qui marque en quelque sorte le temps zéro de l'action ergonomique.

Principaux freins posés à l'ergonomie

Ces quelques premiers points visaient à cadrer mon propos. On va maintenant s'intéresser à ce que ça va réellement impliquer du côté de l'ergonomie, et je voudrais d'abord discuter de quelques freins :

1. L'un des tout premiers – et il est très intéressant selon moi – c'est que lorsque j'échange avec mes consœurs, mes confrères, ergonomes consultants, praticiens, ils disent que ce type d'actions représente une part conséquente de leur travail. L'Agefiph, par exemple, est un très fort prescripteur de prestations d'ergonomie. L'appel à des ergonomes est en effet très important. Dans le même temps, il est très prescriptif : c'est un champ, un domaine dans lequel très souvent la question de la reformulation de la demande et l'objet « proposition d'intervention » n'existent pas. Il s'agit avant tout d'évaluer les capacités fonctionnelles et ensuite d'identifier des techniques de compensation à mettre en œuvre au regard des situations identifiées, si on s'en réfère au prescripteur Agefiph. Finalement, c'est un champ dans lequel les ergonomes n'ont pas à définir ce qu'ils auront à faire, mais à suivre ce que leur dicte l'organisme qui finance la prestation.

2. C'est aussi une demande qui renvoie à une situation souvent tendue, de crise ou devenue intenable. Grosso modo, c'est souvent parce que ça ne va plus qu'on passe à l'étape suivante : faire appel à un ergonome. On verra – je le discuterai un peu plus tard – qu'il ne s'agit évidemment pas d'ignorer le fait qu'il s'est passé des choses auparavant, et que cela compte pour beaucoup dans ce que nous allons pouvoir produire dans le cadre de l'intervention. En résumé : si c'est maintenant qu'on est appelé, ce n'est pas pour rien ! Dans la demande, au moins dans le déclenchement de cette action ergonomique – avec les travers ou en tout cas les critiques que j'y porte – il y a dans le fond le constat que la situation était devenue difficile ou intenable. Ça marque évidemment le temps zéro, le t_0, de l'action ergonomique. J'en ai déjà parlé ; mais si on se réfère aux travaux de Célia Quériaud qui a réalisé sa thèse sur ces questions de maintien dans l'emploi et qui a posé la notion de « fenêtre de l'intervention de maintien dans l'emploi », l'ergonome intervient à un moment donné, dans un cadre, dans une fenêtre et dans le processus global de maintien dans l'emploi ; l'intervention est en quelque sorte un espace-temps donné dans l'ensemble. Finalement si pour l'ergonome, ça commence, ça semble bien être le seul pour lequel ça commence ! Pour les autres, ça a mis du temps à arriver et

évidemment très souvent pour le salarié lui-même « enfin, l'action est lancée ! ». Lors de la première rencontre, on perçoit souvent les nombreux mois d'attente de la part du salarié, et/ou d'autres, confrontés à une situation difficile, avant que l'action soit enclenchée.

3. Alors très clairement – et je pense qu'on y reviendra autour des questions de santé, d'évènements de santé et de représentations relatives aux déficiences – il y a une approche double du travailleur handicapé, qui est pensé 1) avant tout comme déficitaire, et 2) comme l'acteur exclusif du projet d'intervention, pour une action individualisante donc. Déficitaire, c'est une représentation dominante et largement partagée. Ce sont les déficiences sur lesquelles il va s'agir de focaliser le regard, l'analyse, voire les transformations. On va s'intéresser aux contraintes, aux difficultés. On est là dans une approche aigüe, extrême, de la représentation univoque de la santé au travail et du handicap et encore plus du handicap au travail probablement : finalement, c'est la dégradation, la perte, l'incapacité qui est mise en avant ici, avec un caractère encore plus fort, souvent définitif. Cette approche est donc également individualisante, comme si ce qu'il s'agissait de regarder, c'était la santé de celle-ci, ou de celui-ci, sa déficience, « son » problème de santé. Alors que finalement, c'est bien un travailleur, il est handicapé, d'accord, mais c'est aussi et surtout un travailleur comme les autres… Il est inscrit dans un système composite, c'est le travail, qui au moins va impliquer un triple rapport, comme le dit Rabardel *et al.* (1998) pour ce salarié, cet opérateur, ce sujet (terme que je vais utiliser le plus souvent pour parler de ce travailleur). Il est avant tout engagé dans un rapport avec la production. Il s'agit pour lui d'avoir une activité productive. Il est également engagé dans un rapport à lui-même dans le cadre de son travail, au plan corporel, cognitif, affectif, etc. Et puis évidemment, dans un rapport aux autres. Ce qui fait que cette approche individualisante, apparaît bien comme fausse.

4. L'angle par lequel l'ergonomie est invitée à intervenir, du point de vue des demandeurs, est celle du seul présent, donc centré sur l'ici et maintenant – comme ça avait été avancé par quelques-uns lors du séminaire annuel de 2012 et par Corinne Gaudart plus particulièrement. Alors évidemment, cet ici et maintenant se situe étroitement entre un avenir incertain, sensible, parfois tabou même, un futur au travail qu'il est difficile de discuter dans certains cas : comme par exemple pour des travailleurs handicapés pour lesquels on mène une action et dont le type de pathologie, dégénérative par exemple, interpelle le futur. On est effectivement dans quelques cas soumis à une forme de tabou qui s'est bien installé… Et donc, ça se situe entre ce futur quasi impossible à mobiliser, et un passé souvent difficile lui aussi, parfois chaotique même. Finalement, cet ici et maintenant est probablement la zone la plus confortable, ou la moins inconfortable : « évitons de parler du futur, il est incertain, et ne revenons pas sur le passé, où il s'est joué des choses qu'on n'aimerait pas revoir... ».

5. Enfin, on peut observer des attentes tronquées de l'ergonomie, concernant les solutions, et doublement selon moi. L'ergonome est appelé pour produire des solutions plutôt techniques, et attendues spécifiquement en fonction de la déficience, ou des déficiences. Et tronquées donc, car concernant aussi les modalités d'action de l'ergonome : analyser, mais analyser quoi ? analyser le poste de travail ou bien analyser la situation de travail ? et alors qu'est-ce qu'on peut transformer ? et comment transforme-t-on ? et sur quelle durée ? On peut entendre des choses comme : « Ah bon, vous n'êtes pas venu avec votre camionnette, avec tous les équipements techniques qui vont permettre qu'une fois que vous serez parti, le poste aura été transformé, et que l'action sera terminée. Vous n'avez pas les « médicaments » dans la camionnette ? » Non… non !

Alors, ces freins, quand ils sont posés - j'en ai listé cinq, et ce n'est probablement pas exhaustif – ça a quand même des conséquences sur les actions que les ergonomes vont pouvoir mettre en œuvre, lorsque le financeur a cadré à ce point l'intervention… y compris les missions handicap de grands groupes qui ont les mains un petit peu plus libres, pas beaucoup, mais un peu plus, mais qui surtout vont pouvoir mesurer dans le temps l'efficacité, la performance, l'efficience des interventions en ergonomie. Alors dans ce dernier cas, est-ce que ça ne va pas finalement permettre d'identifier un certain type d'actions en ergonomie, qui devrait faire que la situation aménagée dure, que la situation de maintien au travail perdure – en tout cas, c'est notre idée, avec quelques-uns dans mon cabinet et ailleurs, notamment avec quelques acteurs au sein du GEDER – ce qui permettrait d'infléchir probablement la lecture ou les attendus autour d'un maintien dans l'emploi et de travailler à d'autres formes

d'actions. Je reviendrai sur cette dernière, mais je voudrais juste m'arrêter discuter d'abord de deux premières formes d'actions.

Conséquences en termes d'actions ergonomiques

Dans une communication au Congrès de la Société d'ergonomie de langue française (SELF) de 2014, avec Ludivine Mas et Xavier Rétaux, on avait défini et présenté trois différents types d'actions. Ce travail s'appuyait sur un bilan de l'ensemble des actions qu'on avait menées tous les trois.

Le premier type d'actions est l'étude de poste : elle se caractérise par une action exclusivement portée sur le poste de travail, sous la forme d'une transformation des éléments matériels, dans un temps court, au cours duquel l'analyse de l'activité finalement - et son utilité pour transformer - peut paraître inappropriée, inutile. C'est quelque chose entre une « ergonomie du handicap » et une « prestation de conseil en installation au poste de travail pour un sujet déficient ». C'est aussi pensé comme une relation quasi exclusive entre l'ergonome intervenant et ce salarié handicapé, qui est pris pour ce qu'il est, déficitaire évidemment, mais pas comme un opérateur engagé dans une situation de travail. Il va s'agir d'agir là sur les déficiences, là où elles rencontrent les exigences du travail ou du poste, et d'agir exclusivement par du correctif. C'est on le voit bien très limitatif de ce que l'ergonomie peut faire.

Un deuxième type d'actions est la compensation systématique des contraintes. On a repris le terme de compensation, qui est celui qui est attendu par l'organisme financeur : compenser, ce n'est pas développer, ce n'est pas permettre des réinscriptions, c'est seulement… compenser. C'est le niveau 0 finalement, on peut l'entendre comme ça… Il ne s'agit pas d'en faire plus… et d'ailleurs il y a du vocabulaire qui circule dans ce domaine comme le terme « surcompensation », qui reflèterait finalement des actions qui ont discriminé positivement le travailleur handicapé, en lui fournissant des aides, plus souvent pensées comme techniques, mais aussi des aménagement d'horaires, un transporteur personnel pour faciliter ses déplacements entre son domicile et son lieu de travail, qui l'avantageraient tellement qu'il serait alors en situation finalement bien plus avantageuse que ses collègues. Cette notion de surcompensation doit nous interpeller évidemment. En tout cas ici, avec cette deuxième forme d'actions, il est attendu que tout ce qui est contraintes, tout ce qui rend le travail difficile pour cet opérateur, doit être transformé. On avait proposé dans ce papier une représentation simple, un tableau, qui listerait l'ensemble des contraintes et la solution - le plus souvent technique, mais qui peut être aussi organisationnelle – qui en face permettrait de surmonter la contrainte. Ça nous semble être très défensif comme approche, et évidemment insuffisant. Je développerai ce qui nous semble le plus approprié comme type d'actions dans la dernière partie.

Alors maintenant, quelques histoires... J'avais envie de revenir d'abord sur deux histoires. Je reviendrai sur deux autres ensuite. Des histoires de gens, des histoires d'interventions…

Quelques « histoires »

Je vais vous parler d'abord de Daniel. Daniel, il a 55 ans quand on le rencontre. Il travaille dans le service courrier du siège d'une banque et lorsque nous sommes appelés, il souffre de TMS au niveau des deux épaules. Il a eu un accident du travail 1 an - 1,5 an plus tôt. Il est revenu au travail depuis peu et le médecin du travail a posé des restrictions. Il est donc agent au courrier et avec comme principales restrictions : il ne doit pas lever le bras et il ne doit pas porter de charges lourdes. Il y a une mission handicap dans cette banque, et c'est elle qui a identifié que Daniel, au service courrier, et bien… il lève le bras pour trier le courrier et il porte des charges plus ou moins lourdes puisqu'il porte les caisses, les plis qui peuvent être, dans certains cas, assez lourds. Daniel est dans une équipe de trois agents, avec des collègues avec qui il travaille depuis très longtemps. Il est en horaires d'équipe où une semaine il travaille le matin et la semaine suivante, il travaille l'après-midi. L'analyse qu'on engage sur l'activité de Daniel montre plusieurs choses qui nous semblent extrêmement intéressantes. Premièrement, Daniel, face à ces restrictions médicales – qu'il essaie de suivre autant que

possible, mais aussi au regard des douleurs ou de l'inquiétude d'une rechute aggravée de sa situation – essaie de gérer les tâches pénibles pour ses collègues, les laissant alors engagés dans l'activité de tri et de ventilation des plis. Le tri, c'est faire des gros tas de courriers à la réception du courrier tout mélangé ; la ventilation, c'est prendre ces tas devant le casier dédié et glisser chaque pli dans la bonne case. Cette activité de ventilation est extrêmement exigeante au plan cognitif notamment : on avait fait des relevés systématiques sur environ 2 000 plis, qui montraient que pour 75% des plis, à leur arrivée au siège de cette banque, il manquait diverses et parfois beaucoup d'informations pour permettre une ventilation aisée des plis. Donc dans beaucoup de cas, il s'agit de réaliser ce que nous avions appelé une reconstruction mentale de l'adressage, qui consiste à prélever les informations d'adressage portées sur le courrier et à les combiner avec les ressources en mémoire de ces agents expérimentés du courrier, à la fois donc celles indiquées et celles qu'ils ont en tête, plus également avec des formes d'interpellations, d'appels au collectif pour les compléter et faciliter ou permettre tout simplement la ventilation. Cette activité-là est extrêmement sollicitante au plan cognitif et le service courrier est un service qui est constamment dérangé. Nous avons alors observé que Daniel interrompait son activité très souvent au niveau du courrier pour gérer tous les évènements qui survenaient dans le service, et permettre ainsi à ses collègues de « rester dedans », comme ils nous le disaient, pour favoriser des séquences non perturbées de ventilation. Et Daniel arguait du fait qu'il fait ça parce que « je peux bien faire ça pour mes collègues », et ce qui est intéressant, c'est que ses collègues nous disaient quant à eux « Finalement, Daniel, c'est une ressource pour nous. Il nous permet de rester dans la ventilation. Il gère les évènements. Ainsi, on peut être engagés et maintenir cette activité ». Deuxièmement, ce qu'on avait trouvé aussi de très intéressant, c'est qu'au fil des semaines, des absences, des congés des uns et des autres, des arrangements qu'ils pouvaient faire, ils étaient six agents à très bien se connaître, avec une forte ancienneté de 20 à 25 ans, et Daniel, comme les autres, venait parfois remplacer un collègue un jour ou une semaine, comme ça les arrangeait. Ce qu'on a pu observer donc, c'est que Daniel, chaque fois qu'on l'a vu dans une équipe, et y compris dans l'autre équipe que la sienne, reconfigurait en quelque sorte le collectif de travail à travers une gestion des évènements. Et finalement, on avait mis en avant dans ce travail des verbatim très forts, du type « je suis un boulet », « non, tu es une ressource » qui nous avait beaucoup séduits. Tout cela avait permis d'envisager des voies d'évolution de sa situation de travail. Par exemple, il était fatigué par la thérapeutique qu'il suivait, et c'était difficile pour lui d'être au travail très tôt le matin. Or il apportait vraiment un plus le matin. C'est là qu'il y a le plus d'évènements extérieurs à gérer. Également, au plan organisationnel, le responsable du service courrier était de plus en plus amené, en tant qu'adjoint à la direction logistique, à être absent et il avait besoin d'un relai. Il ne cherchait pas un adjoint, mais un relai. Enfin, un collègue s'était retrouvé contraint à ne plus être nomade, et du coup on l'avait rattaché à ce service. Finalement, il y a eu une opportunité intéressante à prélever dans les équipes un agent qui avait développé une forme de polyvalence, une forme de capacité à répondre à des sollicitations que ses collègues n'avaient pas développées, et dans la suite de cette action de maintien dans l'emploi, il s'est agi finalement de permettre à Daniel d'endosser ce rôle de relai, sur des horaires de journée qui lui convenaient beaucoup mieux et il apportait autant à ses collègues, sinon plus, parce qu'en horaires de journée, ça lui permettait d'être beaucoup présent sur le temps de travail du matin et un peu avec l'équipe d'après-midi. C'est une action qui non seulement a été bénéfique pour lui, mais qui a été considérée par tous comme une réussite, y compris pour le collectif donc. Si vous avez des questions, on pourra y revenir.

Je voudrais vous parler d'une seconde histoire, celle de Christine, qui a 48 ans et qui travaille dans un service en back-office d'une banque. Christine, lorsqu'on la rencontre, elle est dans ce back-office. Concrètement, ce service gère tout ce que vous ne voyez pas quand vous allez dans votre agence bancaire, si vous y allez encore. Il s'agit de traiter les courriers, d'enregistrer les chèques, d'enregistrer les ouvertures de compte et puis une autre mission : les procurations de compte. En général, en tant que particuliers, les procurations de compte, on en fait peu dans sa vie, mais les procurations de compte pour les comptes professionnels, c'est tout à fait autre chose. Quand on est appelés, Christine gère massivement les procurations de compte pro, à sa demande, et tout le monde s'en félicite. C'est une tâche considérée par ses collègues comme pénible et ingrate car très répétitive, et sa hiérarchie

est très satisfaite de voir que l'une des salariées s'est emparée de cette tâche sans poser de problèmes au sein du collectif. Gérer les procurations de compte, c'est recevoir sous une forme dématérialisée un document rempli et signé qui dit « Madame X, Monsieur Y, a procuration sur le compte numéro X », avec des jeux de double signatures et autres, et il s'agit d'enregistrer tout ça dans un logiciel interne et notamment enregistrer une image de la signature. Alors la signature… il n'y a pas de signatures encore sur la feuille d'émargement qui circule dans la salle, mais observez une signature, c'est un objet bizarre... Ça n'a jamais la même forme, ce sont même des objets tout à fait incongrus. Donc vous imaginez bien que s'il s'agit de la sélectionner, vous voyez, avec la sélection rectangulaire sur un PDF, en faire une photo, un instantané, c'est souvent devoir s'y reprendre à plusieurs fois. Je reviens à Christine et à son parcours : avant son accident, elle travaillait en agence bancaire et elle était spécialisée pour la clientèle pro. C'était une jeune femme, comme on le dit parfois dans les RH aujourd'hui, « à fort potentiel ». Elle était adjointe de la directrice d'agence. Elle s'occupait exclusivement de la clientèle pro. Elle avait donc des rendez-vous qui généraient une amplitude de travail importante, avec des rendez-vous avant les heures ouvrées et très souvent, encore plus souvent, après. Quelqu'un d'engagé en tout cas, c'est ce qu'elle dit, qui se voyait directrice d'agence, d'un ensemble d'agences comme c'est aussi le cas pour la clientèle pro mais qui un soir, autour de 20 h – 20 h 30, en sortant de l'agence avec un client pro, un soir d'automne pluvieux, a glissé et s'est fracturé le poignet droit. Cette fracture au poignet droit, banale au début, s'est aggravée suite à différentes particularités liées à cette fracture et auxquelles s'est ajoutée une maladie nosocomiale qui a entrainé une dégénérescence des éléments assurant la mobilité du poignet, et pour finir une arthrodèse, donc une fixation définitive du poignet par une tige métallique. Des soins derrière : de la kinésithérapie, des médicaments, quelques moments difficiles et à un moment donné – presque 2 ans après – le retour au travail. Le retour au travail pour lequel tous, sa famille, ses amis, ses collègues, ses anciens collègues, lui disaient « Mais après tout ce que tu as vécu, accepte peut-être ce poste, beaucoup moins ambitieux, mais qui en tout cas va te permettre d'avoir des horaires tranquilles, de venir en voiture et pas loin de chez toi surtout », différentes choses comme ça ; mais Christine, quand elle est arrivée dans ce back-office, elle l'a très mal vécu, elle nous le dit. Et elle dit « Autant j'aimais mon travail avant, que celui-ci c'est plus difficile… ». Jusqu'au jour où elle a rencontré cette gestion des procurations de comptes pro… Dans ces procurations de compte pro, elle retrouvait des situations qu'elle avait connues. Elle me dit par exemple un jour : « Tu vois cette signature-là, la verte, elle a été faite au stylo Bic vert. Le vert, c'est le stylo de l'agent de guichet. Je vois bien la scène : 16 h 55, le pro qui arrive, l'agence qui va fermer et lui qui va signer sur le bord du guichet avec le stylo du guichetier, je revois ça. » Et elle ajoute : « Mais tu vois, c'est bizarre parce que ça fait déjà deux ou trois fois que je change de signataires pour cette entreprise et ça quand j'étais clientèle pro, ça disait quelque chose de l'état de santé de l'entreprise. Ça disait des choses que j'étais capable de discuter. C'était un indicateur pour que je contacte le responsable de l'entreprise pour échanger. Peut-être qu'il y avait des difficultés internes. Voilà ! Ça me disait quelque chose. Et là aujourd'hui quand je fais ça, ça me dit tout ça encore. » Sauf que « à gratter », c'est le terme qu'on a utilisé quand on a revu les films de son activité quand elle sélectionne la signature sur le PDF, « à gratter », c'est-à-dire à « sélectionner toute la signature, rien que la signature », et très généralement devoir s'y reprendre à plusieurs fois, ça implique des gestes hyper sollicitants du poignet, à un niveau très micro visant la précision, et alors, ça entrainait ses douleurs. Pardon, pour vous préciser qu'à l'origine, on était appelé pour travailler sur la souris. Elle avait eu une première souris, une deuxième, une troisième, quatrième, cinquième et sixième, … jusqu'au moment où on entend dire : « ce n'est plus la souris qui a un problème, c'est peut-être Christine... ». Bon, la fin de l'histoire, c'est que finalement, on a proposé à Christine un très grand nouvel écran qui permettait que cette sélection de « toute la signature, rien que la signature », soit la sélection d'un objet bien plus gros, beaucoup plus facile à sélectionner, et au plan biomécanique tâcher de faire remonter l'essentiel du mouvement, ces sollicitations qui n'étaient quand même pas énormes, vers le coude et l'épaule, mais en tout cas qui effectivement appliquées au poignet engendraient des douleurs. Ce n'est pas ça qui m'intéresse de discuter avec vous, c'est juste pour vous poser la situation. Mais bien plutôt tout ce qu'on a été en capacité de donner à voir autour de la situation de Christine, son passé, ses ressources et surtout celles longtemps enfouies, mais affleurantes finalement, ce qu'elle

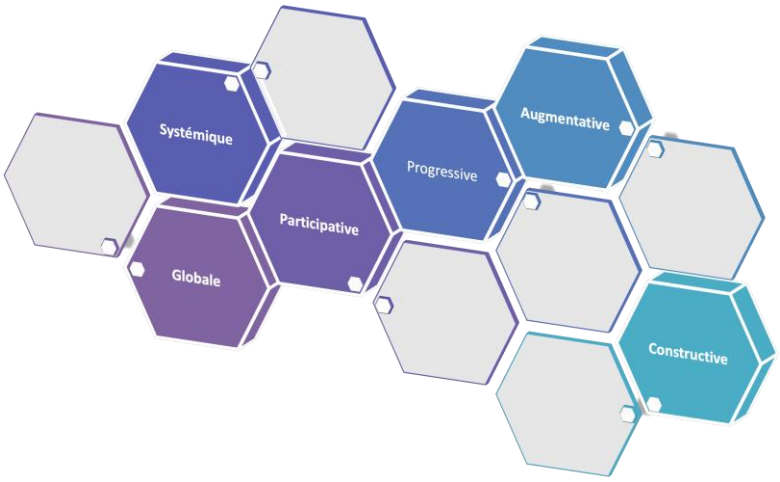
savait en somme, comment elle savait lire ce qui se passait dans les entreprises rien que par ces signatures, ces procurations, tout cela a été discuté dans le comité de pilotage de l'intervention, avec une chargée de mission handicap, avec le médecin du travail, avec sa hiérarchie, avec une collègue. On avait aussi impliqué un fournisseur pour tester des tailles d'écran. On avait constitué un collectif – je vais y revenir – pour une démarche participative. Mais en tout cas, cette chargée de mission handicap, hébergée au sein de la DRH, un jour dans une réunion, bien plus tard, bien après notre intervention, entend qu'il s'agit de vendre des produits à la clientèle pro, qu'à un moment donné la banque avait décidé de noyer dans sa clientèle en générale. Mais là, la question était : « est-ce qu'on ne pourrait pas revenir vers une spécialisation pour la clientèle pro et trouver des produits et services à vendre ». Et cette chargée de mission handicap qui s'appelle Brigitte dit lors de cette réunion « Vous devriez échanger avec Christine ». Christine a donc été sollicitée, et est finalement sortie de ce back-office – dans lequel il semblait être la règle de parquer les personnes qui ont des soucis de santé – on y reviendra plus loin sans doute, en tout cas vous y reviendrez, c'est sûr, le temps de ce séminaire. Finalement, les rencontres qu'elle va avoir – on en discutait avec Valérie (Zara-Meylan) tout à l'heure autour d'un café – sont comme une possibilité pour Christine de rattraper le parcours qu'elle pensait initialement suivre... En quelque sorte, ce qui ne s'est pas passé pour elle, lié à cet événement, cet accident, peut-être qu'après tout ça, elle l'a rattrapé… Ce cadre à haut potentiel, comme il était dit, qui aujourd'hui occupe toujours et de nouveau un poste autour de cette clientèle pro au sein du siège de la banque.

Ce que j'aime dans cette histoire, c'est que d'abord c'est tout à fait drôle de penser qu'on est appelé pour une souris, c'est-à-dire une solution technique et qu'on propose effectivement une solution technique, un écran. J'aime bien le décalage que ça crée, le déplacement pour nous les ergonomes. Mais le deuxième déplacement plus intéressant, c'est que finalement, ce qui a compté n'a pas été la transformation de la situation de travail, mais ce qu'on a été capable de donner à voir à cette équipe composite, lié à la démarche participative qu'on avait mise en place et puis peut-être par externalité ou par opportunité, je ne sais pas, en tout cas, il s'est passé des choses favorables, positives pour Christine.

La nécessité d'une approche multiple

Ces deux situations, je vous les ai posées pour pouvoir finalement discuter de quelle approche multiple, à l'inverse de l'étude de poste, à l'inverse de l'approche par compensation systématique des contraintes, on peut, on doit, engager en ergonomie et qui nous semble bien plus riche et bien plus pertinente. Alors, ce troisième type d'actions, cette approche multiple, je vous la propose maintenant, déclinée en plusieurs points successifs (Diapositive 2).

Une action appuyée sur une approche multiple



Diapositive 2 : Pour une approche multiple.

1) Alors d'abord, je voudrais revenir sur les notions de situation de travail et de multidimensionnalité très rapidement. Le poste de travail, je ne vais pas vous faire l'injure de décrire ce que c'est, mais le poste de travail, on pourrait le poser comme des éléments techniques, matériels, avec les ambiances physiques de travail et on a sur ce point des critères qui nous permettent de penser comment doivent être configurés, conçus, des postes de travail, implantés dans un espace, le poste de travail en lui-même ou un de ses éléments. Évidemment, à l'inverse, ce qui nous intéresse en ergonomie c'est la situation de travail. On va alors ajouter d'autres dimensions au poste de travail à cette dimension technique, d'où la notion de multidimensionnalité, et depuis les travaux sur les TMS qui ont nourri l'idée qu'il n'y avait pas à avoir qu'une approche biomécanique, mais qu'il s'agit aussi de s'intéresser aux dimensions organisationnelles, psychosociales et personnelles, qu'on reprend ici : respectivement a) l'organisation du travail, les tâches, les horaires, la qualité demandée, etc. ; b) le plan psychosocial : les formes de collectif, le travail collectif, le collectif de travail, la reconnaissance sociale, les relations avec le client par exemple ; et puis c) personnelle : l'état de santé évidemment, mais aussi la conjugaison des temps de vie thérapeutique et temps de travail, ce qu'on trouve dans le travail, les compétences qu'on va développer. Ainsi, à l'inverse d'une vision centrée sur le poste de travail, ce qui nous intéresse en ergonomie, c'est bien cette situation de travail. Pardonnez-moi de vous dire quelque chose d'aussi basique, mais peut-être que c'est bien de le rappeler… Dans tous les cas, avec la situation de travail, c'est donc bien cette approche multidimensionnelle qu'il s'agit d'avoir.

2) C'est pourtant très incomplet de le dire comme ça. Il s'agit en effet d'ajouter un autre principe qui est la systémicité, permise par l'approche par l'activité. L'activité, c'est effectivement ce qui va orchestrer ces différentes dimensions. La représentation était trop succincte pour qu'elle résume tout ce que je veux dire avec ces 4 dimensions, car évidemment il y a aussi des interactions. Si on reprend la situation de Daniel, tout ne se joue pas parce que les cases sont hautes, sont trop élevées pour lui. Mais ce qu'on a pu voir ensemble, c'est que la qualité de l'adressage pesait dans les contraintes qu'il rencontrait au travail. Et puis que l'équipe, le collectif qui était constitué là, était une formidable ressource pour finalement compléter ce qui était porté sur les plis. Enfin, on avait même pu voir que Daniel en lui-même constituait une ressource pour le collectif. Donc évidemment, ce qui nous intéresse en ergonomie, c'est bien comment une lecture par l'activité va permettre de mettre en système

ces dimensions, comment l'ensemble des déterminants contribuent ou interviennent dans l'activité. Ça donne à voir quelque chose de bien plus riche.

3) Un troisième point de l'approche touche à la démarche participative ; je l'ai déjà avancé avec la situation de Christine. L'action menée par les ergonomes dans ce champ ne consiste pas dans une relation exclusive, enfermée, isolée, entre l'ergonome intervenant et le salarié handicapé. C'est pourtant un des modèles qui est parfois entendu, avec cette idée que l'ergonome va trouver les solutions du fait de son expertise, avec le salarié qui sait ce dont il a besoin en tant qu'handicapé. Il s'agit au contraire d'engager une conduite de projet, avec divers acteurs : l'action doit être collective, avec beaucoup de co-constructions. Je vais passer tout ça très vite. Peut-être juste pour rappeler que cette conduite de projet, comme le dit Célia Quériaud, est dynamique et complexe, très souvent bien plus que ce qui est entendu. On est évidemment fort éloigné ici du modèle diagnostic-prescriptions. Dans le cadre de ce projet participatif, quelle place donner à chacun ? Il est très souvent entendu, et généralement entendu, que l'ergonome va intervenir avec le salarié handicapé, dans cette relation excluante des autres, et que c'est bien avec lui qu'il s'agit - car c'est pour lui ! – de transformer la situation de travail. Alors ce qui vient est effectivement tout à fait important : il ne s'agit pas simplement de le prendre en compte pour ses spécificités (« raconte-moi tes déficiences, je te dirai ce qu'il faut comme solutions techniques »), mais c'est aussi placer l'opérateur dans une position de choix, de guide, de guide de l'analyse, de guide des solutions et je ne parle pas seulement de phases de test ou autres, mais bien comme acteur décisionnaire de la transformation. Cependant, agir pour et avec cet opérateur singulier ne suffit pas : il s'agit d'engager la coopération de différents acteurs. Alors, j'ai fait une petite liste ici : le collectif de travail, la hiérarchie, le médecin du travail, le chargé de mission handicap, les spécialistes (médicaux notamment), les fournisseurs de matériels, etc. Ce collectif constitué va être mobilisé lors de comités de pilotage visant la transformation de la situation. Alors parfois, je le résume de la manière suivante – cela ne m'a jamais été dit exactement avec ces mots, mais c'est comme ça que je les simplifie –non, ça n'est pas « disproportionné, tout ça pour un seul unique ». En tout cas, c'est mon point de vue. Pour un seul unique, pour celle-ci ou celui-ci, il ne s'agit pas de considérer que mobiliser plusieurs acteurs, ce soit disproportionné, dès lors que ce sont des acteurs subsidiaires concernant la question de la transformation de la situation de travail.

4) Progressive… alors l'idée de transformation et le principe de progressivité, peut-être pour le résumer, on pourrait reprendre ce que j'ai dit tout à l'heure : « Vous n'êtes pas venu avec la camionnette avec toutes les solutions techniques qui vont faire qu'à votre départ, la situation aura été transformée ». Il y a très souvent une attente d'une transformation brute et soudaine de la situation de travail ; c'est l'idée que la transformation va s'opérer comme d'un coup d'un seul. C'est de plus attendu par tous les acteurs, très souvent. Alors évidemment, transformer toute la situation comme ça, d'un coup d'un seul, c'est probablement ignorer le premier principe ou un des premiers que j'ai posés tout à l'heure : le principe systémique. Comment s'assurer que la solution nouvelle apportée, technique, organisationnelle ou toute autre, va se combiner au système qu'est la situation de travail existante ? Si on en apporte plusieurs d'un coup, des solutions, alors qu'on n'a pas pris le temps d'analyser cet objet dont on pense qu'il est un système complexe, c'est tout simplement aberrant… considérer qu'on peut lui opérer plein de transformations d'un coup... Il s'agit donc de respecter ce principe systémique et de jalonner, lotir, la transformation, pour pouvoir évaluer l'effet de chacune, l'une après l'autre. C'est finalement le moyen pour voir émerger et analyser de nouvelles composantes de la situation. Finalement, on transforme progressivement la situation en voyant vers quoi elle va, avec peut-être de possibles retours.

5) Avant-dernier point, toujours autour de la transformation : le principe augmentatif. Je vais vous proposer une image très simple qui illustre très bien mon propos : l'approche systémique pousse à penser que la transformation ce n'est pas comme une addition, mais c'est plutôt comme un mouvement exponentiel. Il va y avoir des effets augmentatifs des solutions associées à d'autres. Alors évidemment si on transforme tout d'un coup, on ne peut pas mesurer ça…

6) Enfin, constructive. On pourrait s'appuyer sur trois idées. L'idée d'abord que le point de vue constructif, il est bien installé dans la discipline depuis longtemps, en lien avec l'idée qu'il y a une

dimension constructive dans l'activité. Je pense par exemple aux travaux de Pierre Rabardel. L'idée de construction de la santé aussi : il y a déjà quelques années, j'avais pu entendre Serge (Volkoff) à un colloque du GEDER (en 2011 je crois) qui avait discuté cette notion de construction de la santé. Également affirmée dans l'ouvrage coordonné en 2013 par Pierre Falzon (*Ergonomie constructive*) selon laquelle l'intervention va soutenir le développement. Enfin, dans des travaux précédents, je reprenais l'idée que le développement pouvait être défini comme la reconfiguration d'un système de ressources… Bref, ce qui va nous intéresser ici, on l'a vu un petit peu avec les deux situations décrites avant, c'est finalement de s'appuyer beaucoup sur les ressources du sujet. Du coup, on prend presque le contrepied de l'approche par la compensation systématique des contraintes, c'est-à-dire avant tout en cherchant à maximiser les ressources. C'est comme si on pouvait penser qu'une situation de travail peut évoluer, être transformée en cherchant à donner encore plus de poids aux ressources du sujet. Et peut-être qu'en adoptant ce mouvement, on peut accompagner une évolution, une réduction des contraintes par l'effet de maximisation des ressources.

Alors, avec les deux histoires que je vous ai racontées précédemment, j'espère que ça donne un peu de contenu à cette approche, sans doute trop abstraite présentée comme cela, mais en tout cas, il y a bien cette idée, je pense, avec Christine. Même avec Daniel, on attrape cette idée-là. On n'a pas cherché à corriger exclusivement ce qui posait problème, mais à donner du corps, à s'appuyer sur les ressources, sur ce qui fait sens : les compétences, les instruments, etc. Voilà l'idée générale de l'approche multiple que, à mon avis, on doit partager en ergonomie ; ou en tout cas qu'il est peut-être bien de réaffirmer dans ce champ dans lequel on a pu voir que les attendus et les actions sont généralement bien contraints.

Des propositions pour des perspectives durables

Je vais terminer avec peut-être deux dernières idées.

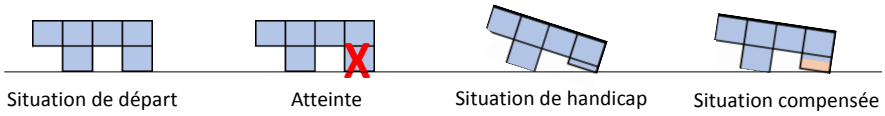
Premièrement, on a essayé de formaliser, de donner une lecture formelle, pour mieux décrire ce qu'on reproche à la proposition de compensation. Quelque part, la compensation, on pourrait la penser – je vous propose de la lire comme ça – comme une espèce de rééquilibrage de force, à mon avis impossible, du déséquilibre qu'il y a entre les caractéristiques d'une personne et les exigences de la situation. Je vous présente ce schéma (Diapositive 3), c'est une adaptation d'un schéma qu'on avait produit dans le papier dont je vous ai parlé de 2014 à la SELF avec Ludivine Mas et Xavier Rétaux, avec une situation de départ, où on pourrait voir les quatre briques qui renvoient aux quatre dimensions que j'ai exposées tout à l'heure : les dimensions organisationnelles, psychosociales, personnelles et techniques. Et puis ce que je vous propose de définir pour l'instant, d'adopter ensemble, c'est l'idée de socles. Alors, ça peut être le sens au travail, ça peut être les ressources.

Maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés

Des propositions pour des perspectives durables : vers un nouvel équilibre

Loin de chercher à compenser…

- comme une sorte de 'rééquilibrage de force' impossible du déséquilibre



(d'après Bourmaud, Mas & Rétaux, 2014)

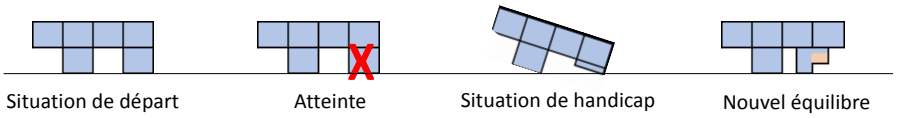
Diapositive 3 : Compenser, ou un rééquilibrage de force.

À un moment donné dans l'histoire du sujet, il y a une atteinte. Ça peut être une lésion, ça peut être une déficience, une pathologie... Ça crée une situation de handicap avec une amputation de ce qui faisait socle. L'idée de compensation vise à faire ce que j'ai mis en orange (à droite, en bas). On le voit, la situation est bancale. Est-ce que compenser, c'est annihiler la contrainte, la déficience ? Est-ce que c'est produire une situation qui permette de penser que c'est corrigé, que c'est bien remis à zéro ? Vous vous souvenez de ce que j'avais dit tout à l'heure (« le niveau 0 »). Non, je ne crois pas…

Sur la base du même formalisme, on a cherché à dire que c'est finalement un nouvel équilibre qu'il s'agit de viser. Et voilà la seconde schématisation que je vous propose (Diapositive 4).

Maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés

Des propositions pour des perspectives durables : vers un nouvel équilibre



… il doit s'agir d'atteindre un nouvel équilibre

(d'après Bourmaud, Mas & Rétaux, 2014)

Diapositive 4 : Vers un nouvel équilibre.

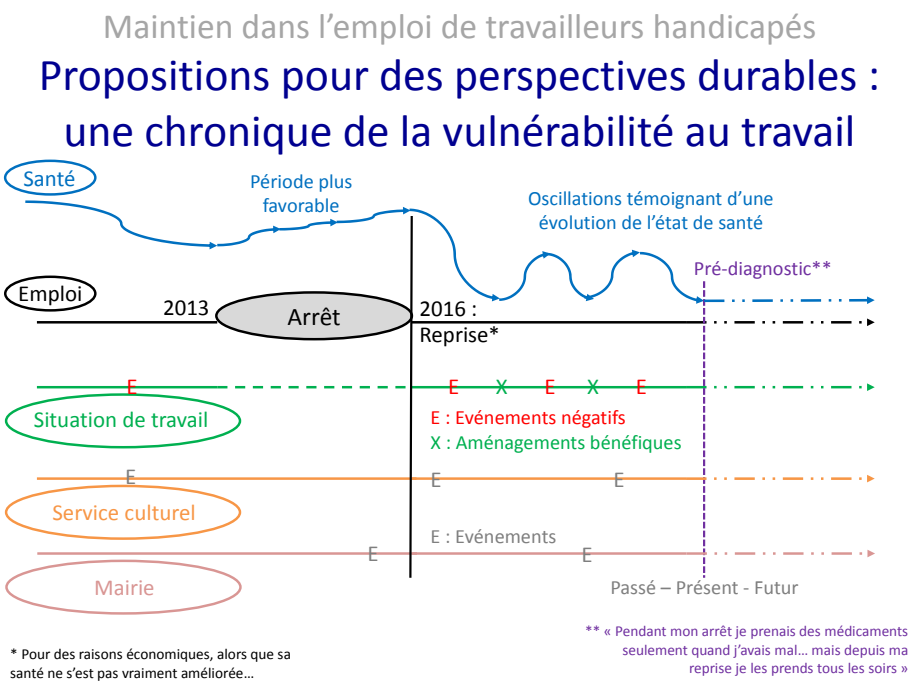
C'est un déplacement. Il y a déplacement ici du/des socle/s, de ce qui compte pour le sujet dans son travail. On s'appuie sur des ressources et on donne de la force à ces ressources tout en cherchant – il y a un petit peu de orange – tout en agissant quand même sur les contraintes. Il ne s'agit pas de ne rien proposer concernant les contraintes bien sûr. On l'a vu avec l'écran pour Christine, avec les solutions organisationnelles pour Daniel. Mais finalement, c'est une nouvelle situation de travail qui est envisagée, avec des constructions nouvelles. Ce n'est pas la recherche d'une modification de seulement là où il y avait problème... C'est aussi s'appuyer sur là où il y avait des forces ! C'est une proposition de déplacement qui nécessite du temps, qui se fait au sein des comités de pilotage dont j'ai parlé. Je pense qu'avec l'exemple de Christine, on voit que ça vaut le coup de prendre le temps de discuter aussi et surtout de ce qui fait sens et des différentes ressources du sujet.

Deuxièmement, et pour finir, je voudrais discuter d'un dernier point qui fait beaucoup écho avec ce que je disais tout à l'heure en préambule, de ce que je crois devoir, de ce que je dois certainement au Creapt et à quelques autres qui ont pu nourrir mes réflexions : c'est la question du temps long - tu parlais en introduction du long cours d'ailleurs, Valérie (Zara-Meylan) -, et des chroniques sur lesquelles je sais que vous êtes nombreux à travailler. Viennent donc mes 2 dernières histoires.

La première histoire concerne Justine. Justine a 28 ans aujourd'hui, elle en a 23 quand je la rencontre et elle travaille à la DRH, dans un groupe industriel. Justine est très diplômée : elle a trois Masters 2, je crois me souvenir. Elle a peiné pour avoir son premier emploi, mais elle a été recrutée dans cette entreprise qui cherchait à recruter des travailleurs handicapés. Elle est IMC, infirme moteur cérébral, et elle est constamment sur un fauteuil roulant électrique. Et évidemment, elle a des difficultés de mobilité, de contrôle gestuel des membres supérieurs aussi, de maintien de la tête. Il y a différentes contraintes qui s'exercent pour elle… et Justine est recrutée lors d'un salon de recrutement en juin 2013. Dès lors, l'un des responsables de la mission handicap nous contacte et dit « On recrute quelqu'un et on n'est pas sûrs qu'elle puisse accéder à son poste. Est-ce que vous pourriez faire un travail de mise en accessibilité ? Et puis on n'est pas sûrs qu'elle puisse travailler sans aides techniques… Qu'est-ce que vous pourriez faire pour elle ? ». Alors, on va faire un premier travail d'accessibilité, avec une vision experte au début, puis avec elle ensuite, avec des simulations de déplacements avant même son embauche, et puis quelques séquences d'analyses suite à son embauche… Elle est recrutée un 15 juillet… Il se passe le mois d'août et puis début septembre, on va commencer à travailler sur les questions de contenu du travail, et quelles sont les difficultés qu'elle rencontre, comment elle les gère. Elle utilise déjà un logiciel, comment peut-on s'appuyer sur celui-ci, comment elle peut travailler avec lui ? Comment elle a mené ses études jusque-là aussi ? C'est quelqu'un qui a mené des études de haut niveau et donc elle a déjà travaillé, elle a beaucoup travaillé. Il ne s'agit pas de penser que tout (re)part de zéro parce qu'elle a son premier emploi. Et donc on va mener de nombreuses analyses, et ce que je voulais vous dire ici, c'est surtout la question du suivi dans le temps long puisque pendant cinq ans – et j'espère d'ailleurs que ça va se poursuivre encore, en tout cas ça fait cinq ans aujourd'hui, tous les six mois, on fait un point avec un comité de pilotage constitué de Justine, des chargés de mission handicap (trois se sont succédé en cinq ans), des hiérarchiques (quatre se sont succédé en cinq ans) : grosso modo, il n'y a plus que Justine et nous qui sommes des fidèles de ce comité de pilotage – le médecin du travail qui a aussi changé trois fois… et le collègue participant, un collègue référent (il y en a eu deux aussi)... Finalement, le travail qui est mené avec Justine, c'est un suivi régulier. Justine peut nous contacter quand elle le souhaite. Je travaille sur ce suivi avec une ergonome qui est consultante à mi-temps et qui travaille au sein d'un hôpital sur son autre mi-temps, hôpital qui a pu accueillir Justine à certains moments de sa vie, pour un certain nombre d'opérations qu'elle a dû subir. Ponctuellement, Justine nous appelle ou bien on la contacte, pour savoir comment ça va pour elle, si tout va bien ou si ça ne va pas, parfois on n'a pas de nouvelles… Quand on n'a pas de nouvelles, on se dit « Tiens, pourquoi on n'a pas de nouvelles ? » et on a institué comme ça une relation avec Justine, avec le médecin du travail, avec le chargé de mission handicap, le hiérarchique... On s'envoie des mails, on échange et donc ça fait cinq ans qu'on assure un suivi. Justine a changé trois fois de poste en cinq ans. Elle a changé une fois de fauteuil roulant, ce n'était pas rien. Elle a déménagé

d’espace de travail je ne sais pas combien de fois dans la tour où elle était. Aujourd'hui, elle est dans une nouvelle tour. Elle a dû, et on a dû, trouver des solutions incroyables dans sa dernière tour pour qu’elle puisse déjeuner avec ses collègues parce que ce n'était pas du tout possible ; c'était très difficile pour elle. On a donc institué une relation suivie qui cherche à solutionner les problèmes du quotidien qu’elle rencontre, et puis d’autres problèmes bien plus importants qui l’ont concerné personnellement : déménagement, changement d’auxiliaire de vie, etc. Donc, on accompagne Justine comme ça depuis cinq ans et à un moment donné, j’ai repris l’ensemble de ce qu’on avait fait et j’ai essayé de comprendre ce qui s’était joué en cinq ans, sur cette durée incroyable. Et à ce même moment, je commençais une intervention pour Nathalie – que je vais vous présenter comme dernière histoire – et quand j’ai repris ce qu’on avait fait en cinq ans avec Justine, je me suis dit « Tiens, finalement je suis en train de reconstruire un parcours, rétrospectivement ». Les travaux de Corinne Gaudart autour des temps pluriels et des temporalités m’ont vraiment interpellé encore plus fortement à ce moment-là, comme vous le verrez avec cette dernière histoire. Alors, il y a des choses qu’on pouvait attendre, d’autres qu’on n’attendait pas, des choses qu’on aurait peut-être pu anticiper aussi... En tout cas, ça a donné une représentation temporelle de ce qui s’était joué sur 5 ans.

Et donc Nathalie, qui a 53 ans et qui travaille dans le service culturel d’une ville, elle s’occupe de toutes les tâches administratives autour de la vie du centre culturel de la ville : les réservations des spectateurs pour les différentes activités que propose le centre, la réservation des hôtels pour les artistes qui viennent, la gestion de l’équivalent de l’URSSAF pour les métiers du spectacle, etc. Nathalie, ça fait 25 ans qu’elle travaille pour la ville, elle a commencé dans les centres de loisirs et d’animation. Elle a travaillé en crèche et elle dit « Je me suis beaucoup abimée à faire ce travail, ces différents métiers, avec les enfants, les petits… ». Elle a aujourd'hui des douleurs généralisées avec des phases aigues, mais c’est surtout chronique, et elle a été diagnostiquée comme atteinte de fibromyalgie : c’est une pathologie qui est très mal définie, et qui parfois laisse planer comme un doute sur les causes réelles et sérieuses des douleurs que les personnes ressentent... Elle a repris son travail depuis dix mois quand je suis appelé, suite à un arrêt de trois ans. En plus de ses douleurs importantes au niveau des articulations – membres inférieurs, mais aussi membres supérieurs, cou – elle ressent une grande fatigue et des effets secondaires de ses traitements, qui l’accentuent. Enfin, je ne vais pas développer davantage le tableau clinique, mais voilà la situation. Son manager, c'est une femme que Nathalie me présente comme ça : « Vous allez voir, elle est jeune et dynamique ». Elle se montre compréhensive quant aux absences de Nathalie, qui parfois surviennent du jour au lendemain, comme me le dira sa manager. En tout cas, ses absences surviennent très souvent et trop souvent au goût de son manager autour des pics d’activité du service, ce qui désorganise beaucoup le travail de la collègue de Nathalie et du sien. Autant elle l’accepte, elle dit d’ailleurs : « Je l’accepte sans problème, je sais bien qu’elle souffre d’une maladie et que ce n'est pas de sa faute », autant elle supporte moins bien, et même plus difficilement le « caractère irritable », comme elle me dit, de Nathalie : ses silences pesants qui s’installent parfois, et puis aussi son isolement, ne pas aller déjeuner avec ses collègues, ne pas faire une pause avec ses collègues... Et puis elle me dit finalement : « Qu’est-ce qu’on peut faire de Nathalie ? ». Oui… moi, je me dis « Qu’est-ce que je peux faire moi pour Nathalie et pour les autres ? » Donc finalement avec Nathalie d’abord, on a construit un schéma articulant son état de santé avec les soubresauts de son travail (Diapositive 5).

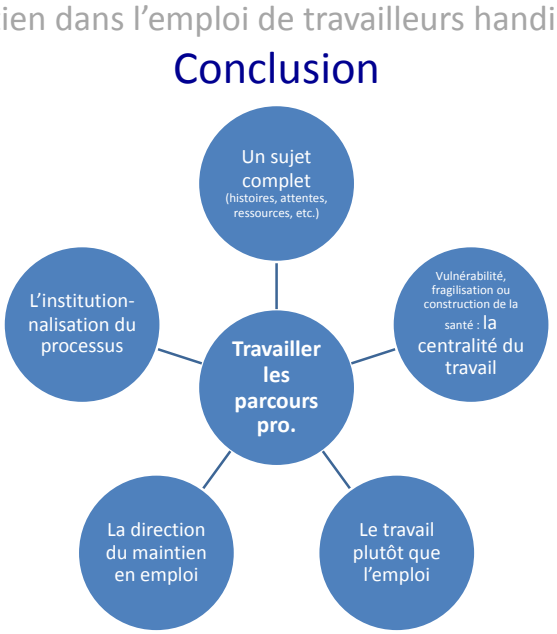


Diapositive 5 : Chronique de la vulnérabilité au travail de Nathalie.

Donc, vous voyez sur le schéma, l'arrêt en 2013 puis sa reprise, et puis on a essayé d'ajouter des temporalités situant un présent ici (le « pré-diagnostic », en violet) – c'est le moment où j'interviens – avec du futur, j'ai mis des pointillés, et puis du passé et on a essayé de reconstruire, donner du sens à ce qui s'était joué. D'abord avec elle. Elle m'a dit « Vous voyez, à ma reprise… Il s'est passé ça, ça a été très dur pour moi et ma santé a décliné, ça a été plus dur. J'ai souffert, j'ai dû changer de médicaments. Et puis finalement, on a trouvé avec mes collègues, ou j'ai trouvé moi-même, une chose qui a permis de me sortir de cette situation ». Ce qui est important dans ce qu'on voit ici, et c'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'est que l'intervention de l'ergonome intervient à un moment donné et on a cherché à comprendre ce qui s'était joué avant, comme les aménagements qui avaient précédé l'intervention de l'ergonome, mais qui sont des aménagements pertinents pour beaucoup, qui finalement redonnent un peu de pouvoir d'agir aux acteurs internes, et ils ont donc su faire dans quelques cas des choix pertinents, adaptés, pour que Nathalie se maintienne au travail, voire Nathalie a su les faire. Donc, on a travaillé ça. J'ai décidé dans la suite des travaux de Corinne Gaudart, et de Dominique Lhuilier aussi, d'appeler ce schéma « chronique de la vulnérabilité au travail de Nathalie ». Alors, je suis désolé, je passe un peu vite, mais c'est comme une espèce de modèle condensé de ce qui s'est passé. J'ai confronté cette chronique à Nathalie et à sa manager, à elles deux en fait. L'idée n'était pas simplement de fixer la vision de Nathalie, mais de l'enrichir d'une autre représentation, et surtout de la mettre en discussion, y compris avec sa collègue lors d'une dernière séance de travail commune. Ce qu'on a fait aussi, que je ne vous donne pas à voir ici je crains, ça a été de travailler des expansions de certains évènements, qu'on a cherché à documenter et à presque décrire, toujours temporellement, ou bien encore des compressions. Et puis on a ajouté d'autres temporalités pour voir ce qui se passait aussi au niveau du service culturel, ou de la mairie. Alors, il semble y avoir à un endroit quelque chose… comme un nœud. Selon Nathalie, c'est explicatif de son arrêt. Donc, on a pu mettre en face des choses comme ça, que jusqu'alors j'avais très peu documenté.

Pour finir, et ouvrir...

Alors, après ces interventions particulières, j'ai essayé de mettre ensemble, comme une espèce de canevas (Diapositive 6), quelques axes essentiels, incontournables, qui nous permettent d'affirmer plus fortement ce qu'on doit tenir dans le cadre d'actions de maintien dans l'emploi.



Diapositive 6 : 5 axes essentiels et incontournables
pour penser le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés.

Avant tout, on s'intéresse non pas à un sujet déficitaire, et donc incomplet, mais bien à un sujet complet – je reprends cette notion de Dominique Lhuilier –, sujet qui a donc une histoire, qui a des histoires… On peut ici repenser à Christine qui a pu penser avoir une histoire qui n'a pas eu lieu, et qu'elle a rattrapée plus tard en quelque sorte… des attentes, des ressources… Derrière ces quelques mots, ma proposition est que face aux préjugés sur la fragilité des sujets, très présents et auxquels on est tous très largement confrontés, encore plus peut-être dans le champ du handicap, il y a la vulnérabilité, la fragilisation par le travail et la construction de la santé. Tout ça, c'est une affaire de travail ! Il faut rappeler la centralité du travail dans ces questions ; et le travail plutôt que l'emploi. Je crois que ça revient à ce que je disais aussi en introduction : l'idée que derrière l'objectif d'emploi, de maintien dans l'emploi, il y a bien la question de soutien du travail, le sens du travail, qu'est-ce que le travail en fait ? Je pense que l'analyse par les ressources, la transformation par les ressources, c'est une formidable opportunité pour réaffirmer ça. Alors, quelle peut être la direction du maintien dans l'emploi finalement ? Je me suis posé la question suivante : « vers où vont les actions de maintien dans l'emploi ? » et lorsqu'on s'intéresse à leur direction, il y a des directions différentes qui peuvent être envisagées. Il y a évidemment le maintien au poste. Ou le changement de poste qui a résulté de ce maintien dans l'emploi. Mais encore aussi un changement de poste qui a suivi bien plus tard (comme Christine). Il y a en tout cas des maintiens dans l'emploi qui peuvent être pensés autrement que maintenir au poste, en l'espèce celui occupé ici et maintenant. Et cela ouvre beaucoup de perspectives, surtout si on est en capacité d'analyser quelques trajectoires, de revenir dessus, de s'appuyer sur ces histoires pour construire des outils de pilotage pour institutionnaliser les maintiens, le processus de maintien. Je travaille pour une ville aujourd'hui qui mène des actions de maintien dans l'emploi du personnel qui occupe les métiers de la petite enfance, mais qui, comme m'a dit la DRH « ça n'a

toujours été fait qu'en one shot », toujours individuellement, salarié après salarié... Comment pourrait-on créer un peu d'organisation dans tout ça ? Donner du sens à ce qui a été fait et puis aussi peut-être, du coup, être en capacité d'exprimer aux personnes ce qu'on pourrait faire pour elles ? C'est un petit peu ça que je mets ici derrière l'idée d'institutionnalisation du processus. C'est évidemment un contrepied fort par rapport au maintien dans l'emploi qui focalise en premier lieu sur un individu, sur des individus, chacun tour à tour, c'est ce qu'a fait la ville, et puis trop rarement sur le travail. J'ai d'ailleurs consulté en préparant cette communication, une vidéo libre sur internet (les Assises du maintien dans l'emploi de décembre 2017) où en ouverture, un DRH affirme qu'il s'agit aujourd'hui d'identifier des pratiques innovantes, des pratiques de gestion des ressources humaines vertueuses de maintien dans l'emploi. Je pense que c'est peut-être ça que cherche à faire la ville. En tout cas, j'essaye d'accompagner dans ce sens-là. Finalement, ce que tu rappelais Valérie (Zara-Meylan), qui était dans l'argumentaire et que je trouvais très intéressant : le maintien dans l'emploi comme la poursuite, la reprise ou l'infléchissement du parcours professionnel ? Je pense que c'est évidemment extrêmement important de le penser comme ça… et en allant au-delà de chaque cas individuel : quel apport ça peut avoir pour une organisation de procéder à la somme de ces cas, et de les analyser ? C'est une proposition d'intervention que j'avais faite pour une entreprise dans le secteur du luxe qui déclarait « On n'est pas bons dans le maintien dans l'emploi. Regardez, on a un tableau de suivi, on a tant de salariés qu'on n'a pas encore réussi à maintenir. Ils sont en difficulté… ». Et finalement, la proposition qui a été faite, a été de leur dire : « mais ce que vous exposez ici comme des cas de non-réussite peuvent être entendus comme des cas résistants à des processus internes invisibles – j'en parlais aussi tout à l'heure – et donc il serait peut-être intéressant d'aller analyser les non-cas aussi, ceux finalement pour lesquels il n'y a pas eu de problème, là où ça s'est bien passé, là où ça s'est géré, pour aller chercher dans cet invisible des déterminants de maintien dans l'emploi qu'il serait sans doute pertinent de réinscrire dans la situation des autres ». En fait, je ne vous ai parlé que de de maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés… Je pense que ce que je vous ai dit, on peut le tirer dans plein d'autres cas autour du maintien dans l'emploi, et notamment peut-être aussi avant tout penser que ce qui guide beaucoup les actions que j'ai pu décrire ici, c'est quand même une vision figée sur le poste de travail. Ça ne permet pas de penser le champ des possibles pour la transformation du travail. La logique, c'est plutôt de changer les personnes de poste. J'ai une étudiante à Paris 8 actuellement qui voit ça et qui a dit à la DRH « mais finalement c'est une forme de reclassement informel que vous avez engagé ». Elle s'est fait « gronder » parce qu'elle a utilisé le terme « reclassement » qui juridiquement est très cadré, mais il y a là aussi un service qui permet d'accueillir les salariés abimés... vous voyez, comme le back-office dont je vous ai parlé tout à l'heure.

J'avais aussi envie de vous dire, et c'est la dernière chose, qu'il y a probablement des déterminants pour penser que le travail est opérateur de santé et que c'est une autre invisibilité qu'il serait intéressant d'étudier pour penser le maintien en emploi des personnes en bonne santé, et qu'en identifier les ressorts, c'est peut-être une forme de généralisation intéressante pour penser la question du maintien dans l'emploi…

(*Applaudissements*)

Valérie ZARA-MEYLAN

Merci beaucoup pour cette présentation très intéressante et étayée de nombreux cas. Tu montres que ces cas ont du poids, bien au-delà des situations individuelles. Ça permet de réfléchir plus largement.

Donc, nous allons passer aux questions. La parole est à l'assistance. Qui souhaiterait démarrer ? Alors, n'hésitez pas. Nous avons du temps pour des échanges. Je vous demanderai de vous présenter dans le micro pour faciliter les retranscriptions.

Geneviève TORDJMAN

Bonjour. Alors, merci pour cette intervention. Geneviève Tordjman, ex-analyste du travail. Maintenant, je suis retraitée. Merci pour cette intervention bien intéressante sous différents aspects, notamment sur le fait qu'il est plus intéressant, si on veut pérenniser des actions, de partir de la situation de travail au lieu de partir des personnes. Ça, c'est très important, mais je dirais pour en avoir eu une petite expérience aussi, dans ce que vous dites, la question qui se pose après, c'est qu'on intéresse les personnes, les collègues, le DRH, etc. et la question qui se pose, à moi on l'a posée en tout cas, c'est « Et nous, on n'a rien ». C'est-à-dire que quand on fait ce type d'intervention d'aménagement un peu plus large, j'avais eu les collègues qui venaient et qui me demandaient si éventuellement elles pouvaient elles aussi bénéficier d'une modification. C'est pour ça que j'essayais toujours de faire très large sur une situation pour justement ne pas stigmatiser en plus la personne directement concernée.

Gaëtan BOURMAUD

Il y a plusieurs fils à tirer de votre question. Peut-être le premier qui n'est pas seulement anecdotique, et au contraire très courant. Si je prends la situation de Christine, dans ce service Christine était la sixième opératrice pour laquelle je suis intervenu. Il y en a eu encore d'autres derrière. Je ne sais plus combien… C'est un gros centre, mais quasiment toutes les personnes occupaient le même poste. Alors, il faut se figurer, ce sont de très grands locaux en banlieue parisienne qui, sous la forme d'open-spaces, accueillent les salariés par dix alignés sur deux bureaux avec des bureaux en miroir et puis de grandes armoires qui séparent ce gigantesque hangar – ils l'appelaient comme ça d'ailleurs. Et en menant une intervention pour l'une des opératrices, la question s'est posée pour l'une de ses collègues, en face. C'est-à-dire que le premier élément, ça a été que d'une demande individuelle, on est passé à plusieurs demandes individuelles, certaines enclenchant la procédure de reconnaissance de travailleur handicapé, ce qui permettait à la mission handicap de dire « Mais c'est très intéressant, parce que quand on agit pour l'un ou l'une, on dédramatise peut-être ce qui jusque-là… ». En tout cas le projet des missions handicap, c'est de communiquer sur la dédramatisation de la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé pour ensuite pouvoir bénéficier d'actions qu'eux-mêmes mènent.

Il y a un autre point, concernant les missions handicap, qui touche à la dimension économique : qu'est-ce que la mission handicap finance et qu'est-ce que l'employeur, au sens général du terme, finance dans les transformations des situations de travail ? Par exemple, j'étais intervenu pour une personne qui avait une pathologie du dos et qui travaillait sur un écran 15 pouces et qui manipulait des fichiers Excel, mais elles étaient 25 personnes à travailler sur ces écrans 15 pouces… Ce qui en est ressorti était qu'on n'est pas du tout sur un plan individuel. Ces écrans, au regard de l'activité que ces personnes avaient à mener, présentaient de grosses contraintes et du coup, la transformation était généralisée. C'est aussi d'ailleurs une position extrêmement ferme de la part de l'Agefiph qui contrôle l'action des missions handicap, c'est que chaque fois que la transformation touche aux enjeux liés au Code du travail, de préservation de la santé physique et mentale des salariés qui est fixée comme prérogative de l'employeur, tout ce qui concerne les moyens du travail à fournir par l'employeur doit être financé par l'employeur pour ne pas finalement aboutir à ce qui s'est opéré apparemment parfois, longtemps, à une époque, l'achat de matériels par le Fonds handicap qui étaient des moyens de travail ordinaires.

Nahon, qui travaillant pour le GEDER, avait posé l'idée d' « effet loupe », qui renvoie au fait que finalement ce qu'on peut observer dans des situations pour des personnes vulnérables constitue probablement des déterminants de dégradations de la santé, d'atteintes à la situation de travail pour d'autres et qu'il y a là comme un effet loupe ou un éclairage singulier et pertinent, que ce qui se joue là pour l'un devrait et pourrait se jouer pour d'autres et que la transformation doit être bien au-delà d'une approche individuelle.

Jacques LEPLAT

J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt cette communication parce que j'ai vu les débuts de ce travail et je vois qu'il y a eu beaucoup de choses qui ont été apportées et qui sont importantes. Alors, j'ai été frappé surtout et je trouve que ça, c'est très positif, par cette formalisation que vous avez faite de votre démarche. Mais la question que je voudrais vous poser, c'est que, tout de même dans cet exposé, c'est de vous qu'on a entendu parler. Et alors, on ne peut pas s'empêcher de se demander : quelqu'un d'autre en face de ce cas, quel autre type de démarche aurait pu être adoptée ? Vous en adoptez une qui est tout à fait justifiée, mais on peut se demander quelle valeur de généralité, ça a… Et alors, j'aimerais bien savoir dans vos projets, comment vous allez les développer pour essayer d'intégrer cet aspect-là. Parce qu'on pourra toujours vous dire « Oui, Monsieur, c'est une situation particulière, vous l'avez bien analysée », mais après ? C'est une situation que vous déclarez bien qu'elle est complexe. Il y a toutes sortes d'éléments que vous avez essayé de catégoriser, dont vous avez vu les interactions, mais justement, plus la situation est complexe, plus il est difficile de penser qu'il n'y a qu'une solution possible pour traiter le cas. Alors, pour résumer mes questions, je dirais, quel devenir vous donnez à votre travail, pour essayer de répondre à ce genre de critique qu'on peut ne pas manquer de vous faire et qui, à mon avis, est quand même important.

Gaëtan BOURMAUD

Je suis d'accord avec vous sur ces critiques, non seulement justifiées, mais évidemment très importantes. Jusque-là, les travaux qu'on a menés, avec un petit collectif avec lequel j'aime à travailler, on est revenus sur ces histoires. Finalement, je l'ai appelée « histoire », on peut l'appeler « étude de cas », des « situations », des « interventions ». J'aime l'appeler « histoire » aujourd'hui, mais le travail avec Ludivine Mas et Xavier Retaux, ça a été ça. On a repris des interventions et on a essayé de prélever de façon intransigeante ce qu'on croyait avoir atteint. On a identifié des interventions dans lesquelles on croyait avoir atteint plus que d'autres et on a essayé de se dire : « qu'est-ce qu'on a fait, comment on a travaillé ? » Il n'empêche que chaque situation était évidemment très différente. Je pense même que lorsque j'interviens pour Christine qui est finalement la sixième opératrice qui travaille dans ce centre de back-office, dans ce même centre de back-office, au même étage pour certaines, les unes faces aux autres, une travaille sur la procuration de compte, vous l'avez compris, personne d'autre n'en veut, mais d'autres travaillent sur d'autres choses, même là les situations sont très différentes. Le formalisme qu'on a tenté de faire, il n'est jamais le même pour aucun, aucune de ces histoires, aucun de ces sujets. Mais en tout cas, pour chacun, on a trouvé. On s'est dit, voilà quelque chose d'invariant qui nous intéresse. Comment on l'a analysé ? Pourquoi moi je l'ai vu et peut-être l'une ou l'autre de ceux avec qui je travaille a vu autre chose ? Est-ce que ça tient à la situation ? Est-ce que ça tient à l'un ou à l'autre ? Je ne sais pas vous dire. On essaye de le mettre en discussion au sein du GEDER, dans d'autres lieux, on essaye de produire une œuvre collective en ce moment, on essaye de donner corps à ça, pour à la fois admettre, accepter, comme j'ai tâché de le faire aujourd'hui avec quatre histoires, la singularité de ces situations et dans le même temps, d'attraper peut-être quelques invariants qui, en les discutant entre praticiens qui intervenons sur les mêmes questions, on y trouve du sens.

Jacques LEPLAT

Ce que vous avez fait est très bien, mais je fais une petite parenthèse parce qu'au début, ce qui m'avait frappé quand j'ai vu les titres des journées, c'est « maintenir en emploi *ou* soutenir le travail ». C'est deux mots qui m'ont choqué parce que « maintenir ou… », c'est articuler les deux, c'est voir comment on peut les ajuster, mais le « ou », ça semble dire, on fait ça et puis exclusivement on fait autre chose. Je ne pense pas que c'est ce que vous vouliez dire. Mais ce que vous dites, justifiant votre démarche, je la trouve excellente la démarche, mais j'aimerais quand même savoir dans le monde, il y a quand même des gens qui se sont occupés de problèmes similaires et alors, comment ils ont procédé. Est-ce que vous avez quelque chose qui pourrait compléter votre approche, l'enrichir à travers d'autres expériences qui ont été faites ? Alors, ce que je vous suggère, c'est que vous ne vous focalisiez pas uniquement sur votre approche à vous, mais d'essayer dans un réseau de voir comment d'autres gens fonctionnent pour arriver à construire un savoir organisé et plus riche. Voilà, c'est tout.

Gaëtan BOURMAUD

Premier élément de réponse, si je vous ai raconté quatre histoires qui sont pour partie les miennes aussi, le petit collectif avec lequel je travaille a ramené aussi des histoires. Donc, on était déjà plusieurs à se raconter nos propres histoires. Il se trouve que c'est celles-ci que je maîtrise le mieux, c'est pour ça que je vous en ai parlé. Peut-être, deuxième façon de répondre, c'est aussi dire que je vous avais dit au début que j'allais peut-être vous présenter comme une partie de mon propre itinéraire ; entre l'intervention réalisée pour Daniel au service courrier de la banque et l'intervention de Nathalie, il s'est passé dix ans. Pour l'un, j'ai analysé son activité, pour l'autre aussi. Je crois avoir respecté beaucoup des standards de ce qu'est la pratique de l'ergonomie. Il en ressort malgré tout qu'il y a un instrument que je considérais comme opérant dans l'histoire de Nathalie, avec cette chronique de vulnérabilité, qui est nouveau, et qui est venu s'ajouter. Donc, je ne suis pas non plus dans une pratique figée. Elle est en évolution. Elle suit son propre parcours aussi avec beaucoup de confrontations à d'autres et c'était aussi de ça dont j'avais envie de parler aujourd'hui finalement.

Serge VOLKOFF

Un mot sur le « ou » sur lequel Jacques Leplat a raison de vous interroger, à moins que tu veuilles répondre là-dessus, Valérie. D'abord, juste pour préciser que Gaëtan qui fait la conférence introductive n'est pas responsable du titre du séminaire. Nous oui, nous le sommes. Et ça a été tâtonnant entre nous. C'est-à-dire qu'à un moment donné, il y a eu « et » ; à un moment donné, il y a eu « virgule » et finalement on a opté pour le « ou » dans une démarche un petit peu provocatrice, parce que – et c'est ce que dit Valérie dans son introduction – dans nos pratiques, en tout cas, nous rencontrons quand même divers responsables sans aucun doute compétents, bienveillants, mais qui ont une vision du maintien dans l'emploi qui tend à tenir un peu le travail à l'écart et donc de poser justement ça comme une alternative, c'était un peu aller chercher noise amicalement à ces collègues qui auraient tendance, eux, peut-être à considérer que le maintien dans l'emploi est une espèce de but autosuffisant. Et donc, le séminaire visait à déplacer ce point de vue.

Ma question n'était pas sur ça. C'était : est-ce que tu peux remettre ton schéma (diapositive 5), le schéma avec le temps qui s'écoule, les évènements et les « E » ? Voilà, celui-là. Alors, ce qui m'a frappé au moment de ton exposé, c'est que les « E » de la situation de travail sont rouges, en tout cas sont qualifiés d'évènements négatifs et les « E » des deux autres lignes sont dans une couleur différente et sont qualifiés juste d'évènements pas forcément négatifs. Je suppose donc que tu pars de l'idée que ceux-là, on ne les affuble d'aucun jugement de valeur et en particulier pas d'un jugement de valeur prononcé par la personne elle-même, sans même parler de toi. Personne ne qualifie ces évènements comme ayant eu des conséquences heureuses ou néfastes pour la personne auprès de laquelle tu travailles. Néanmoins, la question se pose. C'est-à-dire pas forcément en les naturalisant comme étant en soi négatifs ou positifs pour la personne, mais ayant ou n'ayant pas ouvert des opportunités d'aménagement de sa situation. Parce que si ça continue derrière dans les pointillés au regard du futur, dans la démarche du suivi long terme que toi-même tu préconises, est-ce qu'il y a

une des composantes du suivi long terme qui consiste à avoir une capacité d'interroger ce qui se passe dans le service ou dans l'ensemble de l'entreprise, en l'occurrence une mairie, et que peut-on en faire notamment pour la ou les personnes d'ailleurs, parce que tu peux avoir affaire à plusieurs personnes dans une même entreprise, une même mairie, qu'est-ce qu'on peut en faire pour eux ? Autrement dit, on ne suivrait plus seulement ce qui arrive à la personne en l'appelant tous les six mois, comme tu disais, mais on essayerait d'avoir des formes de rendez-vous au moment où l'entreprise s'engage dans telle ou telle transformation de ces objectifs, de son organisation, pour se demander à l'intérieur de ça, quelles entrées on a pour réaménager la situation de ces personnes en particulier.

Gaëtan BOURMAUD

Merci de me permettre de revenir sur cette chronique que j'avais insuffisamment développée. Et du coup, il y a peut-être l'intentionnalité qu'il faut rappeler, que je dois même peut-être vous dire, c'était qu'évidemment il va se passer des choses quand je ne serai plus là, et je savais de plus que je ne serai pas là longtemps... Le « pas là longtemps », c'était une façon de penser que tout ce qui est en pointillés peut prendre probablement la forme de ce qui est en trait continu, c'est-à-dire que des évènements viennent ou surviennent dans la ville, dans le service, Nathalie voit des évolutions de sa santé, sa situation de travail est mouvante, etc. et je voulais en quelque sorte qu'il y ait un dispositif interne qui soit en capacité de le discuter, de le questionner. Concernant le groupe de travail qui a consisté à discuter de cette chronique, l'idée était qu'il perdure, sachant que je savais ne pas y être encore, ne pas poursuivre pour ma part. Donc, ça touche une partie de ce que tu disais, c'était bien que finalement je sois très insatisfait pour l'instant de la forme que ça a, de ces pointillés. L'idée, c'est de retravailler ça dans d'autres situations, peut-être de figurer davantage des « E », peut-être y compris des « e » sur la question de la couleur, comme tu l'as fait, mais des « E » dans le futur. L'idée était en tout cas bien de dire que lorsqu'il y avait un évènement qui touchait Nathalie, il y avait probablement des réponses à apporter.

Je reviens sur le début de ta question. En fait, j'ai mis en rouge la ligne « situation de travail de Nathalie », parce qu'on a touché des choses qui sont aussi parfois sensibles. On a ici quelque chose autour de l'arrivée d'une nouvelle responsable du service culturel. Et à la lecture de Nathalie, ça a eu un impact direct et négatif sur elle. Là, on a quelque chose qui est apparent. Ici, il y a eu des choses, elle le dit, à son arrivée, enfin à sa reprise, le trait noir, il y a l'arrivée d'une nouvelle collègue et j'ai cherché à voir s'il y avait un lien avec ce qui s'était passé ici. Elle-même a dit « il y a un lien » et finalement, il y a des choses qui se passent avec des temporalités très différentes, puisque l'arrivée de cette nouvelle collègue, ça a été plutôt bénéfique : « Je travaillais avec une autre collègue auparavant qui était là depuis très longtemps, avec laquelle j'avais travaillé avant mon arrêt et qui considérait que mon arrêt était injustifié, que je n'étais pas quelqu'un d'intéressant. Enfin, il y avait beaucoup de choses et quand j'ai repris, ça a été dur de commencer avec elle. J'ai cru ne pas pouvoir tenir, j'ai été arrêtée et puis quand je suis revenue, j'avais une nouvelle collègue ou j'ai eu une nouvelle collègue très vite et en fait avec elle, ça a été beaucoup mieux. On a fait des réaménagements de tâches quand elle est arrivée. C'était nouveau. On s'est distribué des tâches qu'elle a commencé à faire et moi pas ». Ici, il manque tous les liens finalement entre les différentes temporalités, mais la plupart de ces évènements en gris pourraient être coloriés.

Serge VOLKOFF

Par elle ou par toi ?

Gaëtan BOURMAUD

Par elle, voire par elles trois. Elles étaient assez d'accord sur des choses qui se sont passées, notamment ici, il y a une nouvelle DRH qui est arrivée et qui a repris tous les dossiers des personnes qui

étaient arrêtées et qui a essayé de voir si ces personnes au bout de trois ans allaient revenir ou pas. Nathalie revient, non pas parce qu'elle va beaucoup mieux, elle revient pour des raisons économiques. Ça apparaissait à un endroit. Mais il y a des liens qui se jouent avec la DRH qui ne sont pas simples et qui n'ont pas été simples pour les autres non plus, avec le départ de leur collègue. Donc, il y a tout ce petit « ça », je crois, à faire. Peut-être un peu de coloration aussi pour donner plus de force. Mais mon idée, enfin l'intentionnalité derrière, c'était bien que finalement je leur donne à voir ce qu'elles avaient déjà réussi à mener ensemble et que quelque part, c'est peut-être rendre ça visible pour qu'elles puissent s'en emparer ensuite.

Valérie ZARA-MEYLAN

Juste une précision méthodologique. Lorsque tu as mené l'entretien, est-ce que tu as indiqué que tu étais à la recherche d'évènements qu'elles jugeaient importants et sur lesquels vous alliez vous appuyer durant l'entretien ? Ou est-ce que tu l'as mené plutôt en suscitant un récit, une histoire, au sein de laquelle tu as ensuite prélevé ces éléments en jugeant qu'ils faisaient événement ?

Gaëtan BOURMAUD

C'est beaucoup plus artisanal finalement. En tout cas, c'est une méthodologie beaucoup moins soutenue que ce que peut-être j'ai laissé entendre. Non, c'était vraiment un récit et j'ai essayé de positionner ça. Je disais que c'était conjointement au travail mené auprès de Justine avec cette construction rétrospective de ce qui s'était passé et ça m'a donné l'idée de faire ça à des moments en plus de rencontres avec des travaux – je l'ai déjà cité – de Corinne et autres. Et là, je me suis dit, voilà il y a une possibilité de mettre en corps, de formaliser, de laisser en interne cette forme. J'ai repris depuis, notamment ce qui avait été dit au séminaire 2012 sur les grilles biographiques qui me semblait être justement une méthodologie robuste et très sérieuse. Je pense que ça peut être un bon moyen de nourrir ça, avec peut-être… je ne sais pas si la question de pointer l'importance de relever les évènements compte, mais en tout cas, je pense que c'est plutôt dans la rigueur du recueil des évènements qu'il s'agit de travailler et de créer les liens. Ce qui m'a semblé vraiment très intéressant, ça a été qu'il y a quelques… Il y en a beaucoup que j'ai enlevés parce qu'il y avait du contexte à la fois de confidentialité et puis après ce n'était même plus lisible, mais la séance de travail commune était extrêmement importante, puisqu'elle a permis d'ajouter des évènements. Il y avait même une discussion de dire, il y a peut-être des éléments qu'il faut mettre en gras. En tout cas, l'idée qu'il y ait des évènements significatifs plus que d'autres qui pourraient être davantage mis en avant.

Xavier MERVEILLE

Bonjour. Je suis jeune ergonome. Tout d'abord, merci pour la qualité de la présentation dont certaines parties m'étaient un peu familières étant passé au Cnam quand tu y enseignais encore. Alors, j'avais une question qui portait sur la formation des ergonomes. En tant que jeune ergonome, je saisis souvent les opportunités qui se sont présentées pour échanger avec des collègues qui partagent parfois des problématiques communes et sur le thème du handicap, je sens souvent de la frilosité. Je pense que cette frilosité peut être mise en lien aussi avec un manque parfois dans les formations. Donc au Cnam, j'ai bénéficié d'un module sur le handicap qui avait le mérite d'exister, même s'il était assez court. Donc, ma question porte vraiment sur la place de cette thématique-là dans les formations d'ergonome, comment c'est mis en avant, pour aider justement les ergonomes qui vont sortir de Master à être préparés à toutes ces questions qui sont en lien avec l'Agefiph ou le FIPHFP pour la fonction publique et les contraintes que ça pose dans nos pratiques.

Un intervenant

Oui, Bonjour. Je suis élève en Master 2 RH et sociologie et je suis un peu concerné puisque je sors d'un cancer grave avec des séquelles lourdes que je vais trainer jusqu'à la fin de mes jours. J'ai 62 ans et je veux encore travailler cinq à sept ans et je pense en avoir les capacités physiques et intellectuelles. Donc, je suis sensible à ce que vous avez dit et ma question sera la suivante après ces deux propos. D'abord, vous avez parlé de quatre ou cinq personnes qui ont toutes affiché une volonté réelle de vouloir s'en sortir et d'exister à travers d'un groupe. La deuxième chose, me semble-t-il, c'est que vous avez parlé d'interactions. Elles sont essentielles puisqu'on remet en place de façon empirique le détail qui concerne une personne, mais qui concerne les autres puisque c'est pour fonctionner ensemble. La troisième chose, c'est le regard de l'entreprise, le RH, le manager. Alors, ma question est la suivante : est-ce que vous ne pensez pas que vos travaux devraient aller au-delà simplement du handicap, mais essayer de faire repenser l'organisation du travail et le management d'une équipe, des cellules d'équipes de 10 ou 20 personnes, pour que la productivité, la qualité du travail rendu soit meilleure parce qu'on se comprend mieux et parce qu'on étudie plus ensemble les situations et donc réorganiser une qualité de la productivité au sein de l'équipe ? C'est dépasser le cadre simple du handicap et du problème des personnes. Un tiers des salariés ont des problèmes aujourd'hui. Ils ne sont pas forcément en maladie, mais ils ont du stress, ils sont hypertendus, ils ne sont pas bien dans leur job parce qu'on ne les interroge pas, parce qu'on ne s'intéresse pas à eux. On a des objectifs mécaniques, chiffrés de production, mais au fond, l'équipe, elle serait prête à produire beaucoup plus que ce qu'on lui demande même, mais on ne s'intéresse pas à elle. Et vous avez un travail extraordinaire, c'est de porter attention aux gens qui œuvrent ensemble. Est-ce qu'on ne peut pas aller au-delà de ça ?

Gérard CORNET

Comme gérontologue, j'ai été très intéressé par votre approche sur la centralité du travail par rapport au maintien dans l'emploi, j'aurais dit soutien à l'emploi. La question que je me suis posée, c'est : comment arriver à maintenir cette soutenabilité du travail par rapport aux transformations du travail qui impactent toute l'organisation des entreprises ? Et deuxièmement, par rapport à ce qu'avait dit Serge sur les évènements, je me suis dit, vous avez détecté des éléments qui étaient relatifs à la situation de travail, au changement de la situation de travail sur un membre du personnel. Il y a aussi des évènements dans la vie de la personne. Est-ce qu'on peut les prendre en compte ? Troisièmement, est-ce que si on avait une étude quantitative, on pourrait faire un modèle pour la prévention des crises d'inadaptation du travail, aussi bien des personnes handicapées que des autres, avec des algorithmes décelant finalement, à partir d'une analyse de grande quantité de données sur les incidents, les problèmes et les crises, prévenir davantage pour un soutien effectif au travail ?

Serge VOLKOFF

Je donne une information au passage. Il y a un exposé statistique prévu cet après-midi dans ce séminaire, dont l'auteure est ici présente.

Vanessa RÉMERY

Vanessa Rémery de l'université de Genève. Je suis chercheur en formation d'adultes et c'est une question méthodologique par rapport à la chronique que vous avez proposée. Je me demandais d'un point de vue méthodologique, c'est le point de vue de qui est rendu visible dans la schématisation ? Parce que vous dites que l'idée, c'est de faire dialoguer les personnes autour de cette objectivation du parcours de la personne. En formation d'adultes, on utilise souvent dans le cadre des bilans par exemple, ce qu'on appelle les trajectoires, les lignes de vie, etc. Elles sont faites à un moment T et bien souvent, si on demande à la personne de le refaire à un autre moment, le schéma est différent, la ligne de vie est différente, etc. Donc ma question, c'est comment articuler des points de vue qui sont différents sur le travail et sur les différents niveaux que vous avez schématisés et puis comment aussi

prendre en compte la temporalité. Puisque vous dites que vous avez fait des entretiens à différents moments du parcours, est-ce que du coup cela a amené à redéfinir cette schématisation ? Est-ce que c'est vous qui la redéfinissez, puis c'est finalement la production de l'ergonome et pas de la personne, ou est-ce que c'est utilisé aussi comme un moyen d'élaboration pour la personne en situation de handicap, pour les personnes qui travaillent autour de sa situation ?

Gaëtan BOURMAUD

Peut-être pour répondre rapidement à la question de Monsieur sur l'idée d'une approche collective, d'une contribution finale qui serait plus collective, c'est extrêmement difficile ce type d'intervention parce qu'on est face à des limites de financement. Et autour de limites, je peux même dire d'interdits. Il est absolument interdit d'analyser l'activité de travail d'un autre opérateur. Le financement dit qu'il s'agit d'analyser les capacités fonctionnelles du travailleur handicapé. Il n'empêche qu'on voit des choses... Il n'empêche qu'on dit des choses, qu'on peut même les porter dans le rapport et qu'on peut avoir, par les comités de pilotage, des effets. Donc, il y a le moyen de faire remonter des éléments. L'effet loupe dont j'ai parlé tout à l'heure cherchait aussi à dire que finalement en substance, ce qui avait été analysé là pouvait être rediscuté pour d'autres. Il y a des transformations dont j'ai parlé, qui pouvaient être engagées sur du collectif et non pas sur la personne seule. Il y a même eu des lectures que la situation difficile dans laquelle était cette personne, d'autres l'étaient et avec de nouvelles interventions individuelles à venir. Mais la marche que vous proposez, elle est intéressante oui. Elle n'est tout simplement pas finançable par les organismes qui financent les actions autour du handicap, mais on la vise. Pour tout vous dire, le service courrier dans lequel travaillait Daniel, on a travaillé ensuite sur une action de prévention des TMS pour l'ensemble du personnel, et on a ensuite travaillé sur le déménagement du service à travers des interventions d'ergonomie financées par l'employeur au sens conduite de projet.

Concernant la formation, ta question Xavier, on en a souvent parlé quand j'étais au Cnam. J'en ai parlé dans d'autres lieux. Je ne sais pas si les ergonomes en formation ont une formation moins solide sur cette question que sur d'autres, ce qui pourrait les mettre en difficulté. En tout cas, ceux que je rencontre quand je discute avec des consœurs et des confrères, c'est que la noblesse de ce type d'intervention n'est pas immédiatement perçue par beaucoup des ergonomes. L'idée de complexité de cette intervention n'est pas du tout perçue par les ergonomes. Le financement, il faut le dire, n'est pas élevé. Le financeur Agefiph finance peu de jours à un tarif peu élevé, par rapport à d'autres interventions. Au sein de mon cabinet, on est deux associés et on n'a pas de salariés, mais lorsque j'échange avec des consœurs et des confrères qui ont des salariés, on pousse à faire réaliser ce type d'intervention par les juniors. Les juniors, ceux qui viennent tout juste d'arriver dans l'entreprise, qui vont réaliser ces interventions au mieux en ayant comme toi Xavier suivi 12 heures d'enseignement en M2 et je crois 6 heures en M1 sur la thématique du handicap, ce qui est déjà considérable par rapport à d'autres formations, et en s'appuyant sur les rapports qui ont été précédemment produits par les juniors d'avant, qui n'avaient qu'une seule aspiration… celle de ne plus faire ce type d'intervention jugée comme non noble par le métier et qui donc, ayant développé pourtant de l'expérience, ont arrêté ce type d'interventions. Et on a un effet de renouveau constant appuyé sur des démarches assez basiques engagées par des juniors un peu soutenus, ou pas toujours. Ce qui me distingue avec quelques-uns, ceux avec qui je travaille, c'est que moi, ça fait plus de dix ans que je fais ce type d'interventions. Ça nous permet d'avoir un peu de recul. Mais l'idée en tout cas de la réception de la noblesse de ce type d'intervention par la communauté, on pourra en discuter plus longuement, Xavier si tu veux, j'ai quelques exemples à te donner, mais je ne le ferai pas ici.

Sur les deux autres questions, peut-être revenir sur votre question d'une espèce de big data visant à produire des… je ne suis absolument pas compétent pour aller sur ces questions-là. Pourtant, on avait mené avec mon associé un travail de bilan pour le congrès de l'IEA, le congrès de l'Association Internationale d'Ergonomie en 2012, sur 50 interventions, on avait essayé de tirer comme ça des données à l'échelle de 50 interventions. On avait produit des choses qui étaient un peu les invariants

que j'ai avancés en réponse à la question de Monsieur Leplat, mais oui, il y a des choses qui sont sorties. Mais je ne pourrais pas aller, en tout cas avec l'ambition que vous aviez derrière, je ne saurai pas.

Valérie ZARA-MEYLAN

On pourra y revenir cet après-midi avec l'intervention de Céline Mardon.

Gaëtan BOURMAUD

Les évènements personnels sont absolument intégrés dans cette idée de chronique. Je pense qu'il y a au moins deux grandes dynamiques évolutives dans les situations de travail, et qui m'intéressent. Ce sont celles qui se passent au travail et qui se passent pour la personne, mais dans les deux cas, qui sont propres à son point de vue à elle. Donc, les évènements personnels sont intégrés. Enfin, il me semble qu'en tout cas, c'est comme ça que je le vois. Ce qui m'amène à évidemment être très gêné pour répondre à votre question, Madame là-haut. Parce que je n'en ai fait qu'une seule, une seule chronique de vulnérabilité. Vous l'avez sous les yeux. Elle a tous les défauts du monde et vous m'avez d'ailleurs invité avec vos questions à beaucoup d'améliorations pour la prochaine que j'aimerais pouvoir faire. Le point de vue que j'ai tenté de conserver, c'est celui du travail. C'est celui du travail de Nathalie, qui compte pour elle, dont elle a une lecture, mais la lecture du travail de Nathalie n'est pas lue que par Nathalie. Elle est lue par sa hiérarchie, par sa collègue et je n'ai pas fait d'entretiens successifs qui m'auraient permis de revenir sur des éléments. C'était plutôt deux ou trois entretiens qui ont permis d'essayer d'expanser la chronique, lui donner un peu de corps. Je n'ai pas eu l'occasion de revenir et de constater ce que vous disiez. Il y a peut-être des reconstructions, des compléments, des corrections. Mais tout ce que vous avez avancé à travers vos questionnements, je suis très motivé par le projet d'améliorer cet outil. Célia Queriaud dans sa thèse le montre bien, ce sont des interventions qui sont très courtes dans la vie du salarié, y compris dans le processus de maintien dans l'emploi. Qu'est-ce qu'on peut apporter qui permettrait de durer ? Je crois que c'est peut-être ça qu'il y avait dans l'idée de ce travail de co-construction d'une chronique. Merci à vous pour toutes ces questions très intéressantes.

Valérie ZARA-MEYLAN

Merci. Merci à vous, merci Gaëtan.

(*Applaudissements*)

Chapitre 2

HISTOIRES ORDINAIRES D'ACTIONS DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI EN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Amélie ADAM, Médecin du Travail, Service de Santé au Travail USR Est, Enedis GRDF

Amélie ADAM

Bonjour à tous. J'ai intitulé ma présentation « Histoires ordinaires d'actions de maintien dans l'emploi » parce qu'en tant que médecin du travail, le maintien en emploi, c'est quasi notre quotidien. Ce sont des actions qu'on mène de façon très régulière. En même temps, pour les gens qui sont pris en charge, les cas cliniques que je vais vous présenter, ce n'est jamais une histoire ordinaire. Pour chacun, ça a été une cassure à un moment dans un parcours professionnel, des difficultés importantes avec parfois une remise en question de projet de vie. Et donc oui, pour nous, c'est le quotidien, mais pour les personnes en face de nous, c'est une situation de fragilité particulière qui incite à une prise en charge particulière.

L'organisation des services de santé au travail est différente selon s'il s'agit de services de santé au travail inter-entreprises ou de services de santé au travail autonomes. Les services de santé au travail inter-entreprises sont des associations qui sont gérées de façon paritaire par les employeurs et des représentants des salariés et auxquelles vont cotiser les toutes petites entreprises et les petites et moyennes entreprises du secteur géographique. Toutes les entreprises de droit privé ont une obligation d'adhésion à ces services de santé au travail, et la couverture des salariés de droit privé y est donc très large. Pour les très grandes entreprises, l'organisation est un peu différente, avec leur propre service en interne, qu'on appelle « autonome », et leur propre médecin du travail.

La mission de ces services est inscrite dans la loi, qui a clairement édicté que leur rôle était de conseiller les employeurs, les travailleurs, leurs représentants, sur les dispositions et les mesures nécessaires pour prévenir ou réduire les effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs. C'est donc clairement une mission de ces services de s'intéresser et d'agir pour le maintien dans l'emploi. De la même façon, la loi a édicté le principe d'une obligation de reclassement d'un salarié qui a été déclaré inapte par le médecin du travail. Dans ce cas-là, son employeur est obligé de le reclasser sur un poste qui sera adapté à ses capacités en fonction des recommandations qu'aura faites le médecin du travail et qui sera aussi similaire que possible à l'ancien poste qu'il occupait. Ça n'est que dans les cas où ce reclassement n'est pas possible que l'employeur peut licencier le salarié. On verra que cette obligation de reclassement et cette impossibilité à reclasser vont être quand même assez différentes en fonction de la typologie des entreprises.

Il y a eu énormément de réformes en santé au travail depuis ces dix dernières années. Il y a deux choses dans ces transformations qui vont impacter le maintien dans l'emploi : c'est d'abord l'arrivée de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Il y a quinze ans, les services de santé au travail, c'étaient essentiellement des médecins du travail et des assistantes. La loi a introduit d'autres professionnels que sont les ergonomes, des toxicologues, des assistantes sociales, des infirmiers, toute une panoplie de professionnels qui vont agir sur ce maintien dans l'emploi et qu'on va pouvoir mobiliser. Et puis les réformes ont aussi, notamment la dernière, recentré l'action du médecin du travail sur certaines populations particulières, soit parce qu'ils sont exposés à des risques professionnels particuliers, soit parce qu'ils ont une situation médicale particulière et c'est le cas notamment des

salariés en situation de handicap ou avec une pathologie qui impacte leur activité de travail. Ces salariés seront plus suivis par le médecin du travail.

Pour autant, l'organisation de ces services de santé au travail va être très hétérogène. On retrouve de gros services, à l'échelle d'un département par exemple avec 50 médecins du travail, et d'autres tout petits services avec 10 médecins du travail. On a des services en zones urbaines, d'autres en zones rurales, et en fonction de la taille de ces services, leur capacité à prendre en charge le maintien dans l'emploi, à avoir des ressources en interne, à monter éventuellement des cellules internes qui vont agir sur le maintien dans l'emploi, etc. sera très différente. En service autonome, on aura aussi souvent des cellules qui vont agir sur le maintien dans l'emploi et qui vont regrouper différents interlocuteurs comme le médecin du travail, l'infirmière du travail, l'assistante sociale, le médecin-conseil et un représentant de l'employeur (ce qui est une particularité importante par rapport aux services inter-entreprises).

Autre chose que je voulais vous dire sur les services inter-entreprises, c'est qu'il y a aussi parfois des services qui sont centrés sur une activité comme les services du bâtiment, ou la MSA, la Mutualité Sociale Agricole. Et il y a la fonction publique, où on a un fonctionnement et une organisation encore différente.

Les cas que je vais vous présenter aujourd'hui, puisque ce qui m'a été demandé c'est de vous présenter des cas cliniques, sont issus de mon activité d'une part en service inter-entreprises où j'ai travaillé 13 ans, donc avec des entreprises très différentes, et d'autre part en service autonome dans une grande entreprise. Et on verra qu'effectivement, ce n'est pas tout à fait la même façon de faire du maintien dans l'emploi dans ces deux configurations.

Vous verrez aussi que dans les handicaps que j'ai choisis, le handicap visuel revient plusieurs fois. Il ne faut pas se focaliser là-dessus. L'idée n'était pas de partir de la pathologie, parce que je pense que ce n'est pas ce qui vous intéresse, mais plutôt de montrer des contextes très différents en termes d'entreprises, à la fois des toutes petites, des moyennes, des grandes et ce que ça change sur le maintien dans l'emploi.

Première histoire

Le premier cas dont je voulais vous parler concerne une éducatrice spécialisée. Quand je l'ai prise en charge pour cette problématique de maintien dans l'emploi, elle était âgée de 55 ans. Elle avait commencé sa vie active à 20 ans, juste après sa formation d'éducatrice spécialisée, et elle était dans cette entreprise depuis l'âge de 29 ans. Il s'agit d'un établissement médico-social qui prend en charge des enfants handicapés physiques ou moteurs selon les services. L'entreprise a un statut associatif. C'est un gros établissement puisqu'il y a 550 salariés sur le site, et plus de 1 000 salariés sur le département. À l'embauche, elle était éducatrice spécialisée dans un service de rééducation fonctionnelle qui prenait en charge des enfants polyhandicapés, avec des handicaps lourds, des infirmes moteurs cérébraux, avec manipulation du lève-malade, des aides aux soins de nursing, lavage, habillage, lever, coucher, donc avec des tâches physiques importantes, des aides à l'alimentation et également des activités éducatives. C'est une activité en horaires décalés en 2x8, matin et après-midi, et d'autres personnels qui font la nuit. À l'embauche en 1989, il n'y avait pas de pathologie notable : elle était en bonne santé.

Au fil de la vie professionnelle, il y a eu divers arrêts et interventions. En 1992, une intervention sur le poignet pour un kyste synovial au poignet gauche. Trois ans après, même type d'intervention pour le poignet droit, mais là avec plus de séquelles. Il y avait des douleurs résiduelles, une limitation fonctionnelle avec des difficultés pour la force de préhension, pour attraper quelque chose, et des limitations dans la mobilité. L'arrêt avait duré plusieurs mois, avec nécessité de rééducation fonctionnelle, puis elle avait repris en mi-temps thérapeutique pendant un mois puis, petit à petit, reprise de son activité normale. Il persistait une gêne fonctionnelle qui pouvait être gênante puisque, comme je vous le disais, c'est un service où il y a beaucoup de tâches physiques.

En 2009, on lui a diagnostiqué une maladie qui s'appelle la maladie de Behçet, qui touche des vaisseaux de toutes tailles, et touche ainsi beaucoup d'organes différents, d'où des manifestations très diverses, à la fois au niveau cutanéo-muqueux, au niveau oculaire, au niveau articulaire… C'est une maladie qui évolue par des poussées inflammatoires récurrentes. Au début de la maladie, elle a essentiellement des ulcérations au niveau des muqueuses et des douleurs articulaires qui sont gênantes mais n'ont pas pour autant impacté sa vie professionnelle. Pendant six ans, elle est restée sur ce poste-là.

En 2011, elle fait une chute de hauteur avec un traumatisme du coude droit qui entraîne un arrêt de travail. Elle a alors l'opportunité de changer de poste de travail et de devenir éducatrice spécialisée pour le même établissement, mais au sein du SESSAD, le Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile. Elle n'est plus dans un service qui prend les enfants en hospitalisation, elle va à la rencontre des enfants qui ont un handicap physique mais qui sont scolarisés dans des écoles « normales » et qui sont en phase d'acquisition d'autonomie. Donc il n'y a plus de contraintes physiques, si ce n'est des déplacements importants avec de la conduite routière. En 2015, elle est arrêtée plusieurs mois parce que la maladie est dans une phase de poussée et a atteint la sphère oculaire ; elle se plaint de photophobie, donc de gêne à la lumière, larmoiements, douleurs oculaires. Et surtout, elle a une diminution de son acuité visuelle. Elle ne voit plus qu'à 4/10e à chaque œil et elle est gênée par des flous visuels qui sont plus ou moins importants en fonction de la fatigue et qui sont particulièrement gênants quand elle conduit de nuit. Son ophtalmo lui a dit que dans ces cas-là, il ne fallait pas qu'elle conduise. Elle se plaint en plus de troubles de mémoire, d'avoir du mal à se concentrer, d'être fatiguée, d'avoir des maux de tête qui font suspecter une atteinte neurologique – ce qui est possible aussi dans cette pathologie.

Quand je l'ai vue à la reprise, on n'avait pas le choix : il a fallu contre-indiquer la conduite en raison des difficultés visuelles, ce qui contre-indiquait la reprise sur son précédent poste. Elle a dû reprendre à temps partiel, parce qu'elle était extrêmement fatigable ; et la question des horaires s'est posée : elle était en horaires de jour, et elle ne pouvait pas rebasculer sur un poste avec des horaires en 2x8 puisqu'il fallait absolument qu'elle puisse bénéficier de covoiturage ou être accompagnée par quelqu'un de sa famille. On a eu l'opportunité de la faire reprendre en surnombre sur le service du semi-internat qui accueille les enfants de jour sans hébergement. Au bout de quelques mois, on a fait le dossier pour la demande de reconnaissance de travailleur handicapé. On a pérennisé le mi-temps parce que cela semblait difficile qu'elle repasse à temps plein à cause de la fatigabilité, et elle est passée en invalidité 1ère catégorie. On a aussi trouvé une solution pour la changer de secteur : elle est passée sur les ateliers de jour où elle ne faisait plus que de l'éducatif. Elle accueillait les enfants sur des ateliers spécifiques. L'intérêt, c'était qu'il s'agissait d'un poste plus adapté à ses compétences, et qui était plus intéressant que le semi-internat sur lequel on l'avait reclassée au départ. C'était donc un poste qui lui convenait en termes professionnels. Il persistait une difficulté visuelle avec le travail sur écran, puisqu'il fallait qu'elle fasse des synthèses sur la prise en charge des enfants. Une étude ergonomique a alors été faite pour prendre en compte ces difficultés et adapter le poste avec un écran plus grand, spécifique, avec réglage de contrastes, clavier spécifique, logiciels spécialisés basse vision. On a ainsi réussi à mettre en place un certain nombre de choses, et trois ans après ces adaptations, elle est toujours en activité sur ce poste de travail.

Ce cas clinique est donc celui d'une réussite. Ce n'est pas toujours le cas, mais pour ce cas-là, les choses ont plutôt bien fonctionné. Pourquoi cela a bien fonctionné ? Pour plusieurs raisons : c'est une salariée qui avait 25 ans d'ancienneté, qui était expérimentée et passionnée par son métier. Elle avait vraiment envie de poursuivre son activité. La pathologie était apparue progressivement et on a pu, au fil de la carrière et des difficultés, d'abord au niveau fonctionnel articulaire puis au niveau visuel, prendre en compte le retentissement de la pathologie sur le travail. Quoi qu'il en soit, le handicap est resté compatible avec une certaine capacité de travail. On a eu un doute à un moment sur une atteinte neurologique. Si cette atteinte s'était confirmée, on aurait peut-être été au-delà de ce qu'on pouvait faire et on n'aurait pas réussi, malgré tout, à la maintenir en emploi.

Le contexte de l'entreprise a beaucoup joué aussi dans cette histoire-là. C'est un établissement qui a un historique de gestion RH très humaine, où on affiche clairement la volonté de préserver la santé des salariés. C'est un établissement qui accueille des enfants handicapés physiques ou psychiques, donc il y a une vraie culture de l'acceptation du handicap, qui est liée au fait qu'ils œuvrent pour rééduquer des enfants, pour les réinsérer dans le monde scolaire puis dans le monde professionnel. Il y a une culture partagée du fait que, même avec une pathologie ou un handicap, la priorité est de maintenir un rôle social et une capacité de travail. Ça a très certainement joué. En cas d'inaptitude médicale, je vous ai dit qu'il y avait une obligation de reclassement, mais en pratique, ce n'est pas toujours facile ou fait par les entreprises. Dans cet établissement, quand il y avait une inaptitude médicale, il y avait toujours d'abord une vraie recherche de reclassement. Il y avait des cas de licenciement pour inaptitude, mais c'était vraiment quand il n'y avait plus de solutions. Il y avait aussi un très bon relationnel entre la salariée et l'entreprise. C'est une salariée qui a toujours été très compétente, qui était reconnue dans son activité, donc ça a certainement joué aussi dans la volonté de l'entreprise de la reclasser. Et c'est aussi une entreprise où on avait des possibilités de reclassement qui étaient importantes, avec 500 personnes sur le site. Ils ne sont pas tous éducateurs spécialisés, mais il y en a quand même un certain nombre et dans des services différents : des services plutôt sur le handicap physique, d'autres sur le handicap psychique, des horaires de jour, des horaires décalés. On a pu ainsi, malgré les restrictions, trouver un poste adapté. On verra que ce n'est pas toujours aussi simple.

Deuxième histoire

Mon deuxième cas, c'est un jeune déménageur qui, quand je l'ai pris en charge pour cette difficulté, avait 36 ans. Sa scolarité s'était arrêtée après le Bac par une première année de BTS géomètre topographe, mais il n'avait pas continué et était rentré dans la vie active. Il avait fait quelques mois de déménagement, travaillé quatre ans dans une usine comme agent d'exploitation et finalement était revenu dans l'entreprise de déménagement où il avait travaillé quelques mois, et il y était depuis 2006. Au niveau social, je l'ai noté parce que je pense que ça a eu une incidence sur la prise en charge, il avait trois enfants petits, qui étaient nés entre 2008 et 2013. L'entreprise est une toute petite structure familiale de déménagement. Il y a trois générations qui travaillent dans l'entreprise et dix salariés en CDI. Quand arrive la saison, ils prennent des CDD pour compléter les équipes ; c'est donc une toute petite structure. Le poste de travail à l'embauche de ce salarié est déménageur-chauffeur. Il n'était pas chauffeur poids lourds mais il conduisait une camionnette, un véhicule léger, qui accompagnait le camion de déménagement. Les contraintes du déménagement ce sont - comme vous l'imaginez - des contraintes physiques importantes, mais en plus avec des horaires variables, tôt le matin, tard le soir, des déplacements au niveau régional mais aussi au niveau national, et des découchages.

La première apparition de la pathologie, c'est en 2010. Il consultait simplement parce qu'il pensait qu'il avait besoin de lunettes et l'ophtalmo lui découvre ce qu'on appelle une rétinite pigmentaire. C'est une maladie génétique dégénérative qui fait que le patient perd progressivement la vision ; cela évolue vers une cécité sur plusieurs dizaines d'années. Ça débute d'abord avec des problèmes de vue, plutôt lorsque l'intensité de lumière diminue, donc au crépuscule. Puis il y a un rétrécissement du champ visuel avec des difficultés à voir les choses en haut, en bas et sur le côté, donc avec une impression de vision en tunnel. Quand je l'ai rencontré, sur ce problème-là, il reconnaissait difficilement les difficultés liées à la conduite. Il disait « Oui, en vision nocturne, je suis un petit peu gêné. Effectivement vers le bas du champ visuel, je peux être gêné », mais il était plutôt dans le déni des conséquences de la pathologie et même de la réalité de la pathologie. J'avais émis une contre-indication temporaire à la conduite pour le temps de la poursuite des investigations. J'ai découvert après qu'elle n'avait pas été trop respectée. C'est le propre parfois des petites entreprises. Étant dans le déni de la pathologie, il avait transmis les informations qu'il souhaitait au patron avec qui il travaillait depuis des années, et la restriction n'avait pas vraiment été appliquée.

Quand je l'ai revu, avec le bilan et avis spécialisé, cela confirmait les difficultés. J'ai donc contre-indiqué la conduite de façon définitive et j'ai rencontré l'employeur en lui disant qu'il fallait l'appliquer, qu'il y avait un vrai risque pour la sécurité. L'employeur l'a alors maintenu sur un poste de déménageur exclusif. Par ailleurs, cette restriction se limitant au champ professionnel, il continuait à conduire à titre personnel, l'entreprise se situant en campagne, et lui-même habitant aussi à la campagne, à 20 km. Il venait de construire sa maison, et prenait donc son véhicule personnel pour ses trajets domicile-travail. Et en mars 2014, en descendant du camion, il s'est tordu la cheville ; il s'agissait d'une entorse grave de la cheville, avec une fracture du 5e métatarsien. Il a eu une immobilisation, mais ça a mal consolidé et nécessité une ré-intervention. Ce n'est pas négligeable, puisque finalement, pour ce qui pourrait paraître une simple entorse et fracture, on arrive à 20 mois d'arrêt de travail. Il reprend le travail en janvier 2016 à mi-temps thérapeutique, même s'il a toujours des douleurs, et il reprend à temps plein quelques mois après. Cette reprise de travail a été un échec et il a été de nouveau en arrêt de travail. Quand il est revenu en visite de pré-reprise en novembre 2016, son discours avait changé. Il reconnaissait le problème orthopédique mais surtout, il reconnaissait être vraiment de plus en plus gêné par le problème visuel dans ses déplacements à pied et en particulier lors du port de charges. Le fait notamment qu'il soit gêné dans le champ visuel inférieur lui posait des difficultés : vous imaginez ce que cela donne, quand vous portez un carton ou un meuble et que vous faites des déplacements dans des cages d'escalier, où ce n'est pas forcément bien éclairé... Il reconnaissait que ça devenait une gêne et on peut imaginer que ce n'est peut-être pas indépendant des causes de l'accident de travail de 2014. Il n'est pas exclu que le problème visuel ait induit cet accident pour lequel il a quand même eu finalement près de deux ans d'arrêt.

Il a alors un nouveau bilan ophtalmo, une étude de poste est réalisée, et le médecin du travail conclut à une contre-indication au port de charge, aux déplacements en zone mal éclairée, à la conduite et à la possibilité d'avoir une activité de bureau. Comme c'est une toute petite entreprise, où les patrons font l'administratif et les tâches commerciales et où tous les autres salariés sont déménageurs, il a été licencié pour inaptitude.

Dans les leçons de cette histoire il y a quand même des points positifs puisque finalement, entre le diagnostic initial et le licenciement pour inaptitude, il y a eu pas loin de sept ans. Au début, ce qui fait en sorte qu'il est resté en activité, c'est qu'il y avait un très bon relationnel entre le salarié et l'entreprise. Même si à un moment, on a contre-indiqué la conduite, l'entreprise s'est adaptée et a dit « Voilà ! J'ai d'autres conducteurs, je vais m'organiser. » Le salarié était très motivé pour rester en emploi. Il était même en déni par rapport au handicap. Au début, il n'acceptait pas du tout d'avoir une pathologie qui le gênait dans son activité. Il était très demandeur de rester en activité. Mais c'est une toute petite entreprise et malgré une ambiance très familiale et bienveillante avec les salariés, il y avait quand même peu de marges de manœuvre. Les possibilités de reclassement étaient quasi nulles, avec un seul métier. La pathologie aussi a été une difficulté, avec le fait qu'elle soit progressivement évolutive : au début, on a réussi à faire avec, puis au fil de l'aggravation, c'est devenu incompatible avec un travail en sécurité. Le coup d'arrêt, cela a été certainement l'accident de travail secondaire à la pathologie et les quasi deux ans d'arrêt, qui ont mis fin à la tentative de maintien dans l'emploi - ou dans ce poste en tout cas.

Troisième histoire

Le troisième cas clinique, c'est un technico-commercial. Quand je le rencontre, il est âgé de 37 ans. Il a un BTS Productique. Il a commencé sa vie active à 22 ans comme employé polyvalent dans un fast-food, puis adjoint au chef de site dans une carrière. Il a fait un CDI dans cette entreprise de 2002 à 2008 où il était technico-commercial sédentaire. Il a fait ensuite deux ans dans une autre entreprise et il est revenu dans la première entreprise au poste de technico-commercial itinérant, avec un secteur géographique régional, des déplacements en véhicule léger où il allait voir ses clients qui étaient soit en atelier, soit en milieu industriel. C'est une entreprise qui fournit des roulements, des matériels de

transmission mécanique pour l'industrie avec 22 agences en France, qui ont localement des technico-commerciaux itinérants et des commerciaux sédentaires. Localement c'est une toute petite structure, avec une dizaine de salariés.

Ce salarié a eu un accident de la voie publique en juin 2011 en se rendant au travail. Il a perdu le contrôle de son véhicule. Sa compagne est décédée pendant l'accident. Il a eu un polytraumatisme très grave avec des fractures-luxation d'un certain nombre de vertèbres et notamment une compression médullaire avec une paraplégie. Il a fait dix jours de réanimation, quinze jours en neurologie puis sept mois dans un centre de rééducation spécialisé. Suite à ça, il a eu trois mois de corset, une prise en charge en rééducation pour d'abord la reprise de la position assise, verticalisation et apprentissage du fauteuil roulant. Puis un certain nombre de complications. Quand il y a comme ça une paraplégie, il y a plein de choses qui viennent se greffer autour, avec notamment des escarres et même un syndrome dépressif réactionnel, lié à l'acceptation du handicap, le décès de sa compagne, et tout ce qui dans sa vie était remis en cause par cet accident. La prise en charge en hospitalisation s'est arrêtée en février 2012 et dès mars 2012, il était dans mon bureau en visite de pré-reprise en demandant de reprendre son activité professionnelle.

Clairement, il y avait une inaptitude au poste de technico-commercial itinérant. Tout de suite, l'employeur a proposé de le reclasser sur un poste de technico-commercial sédentaire. L'ergothérapeute qui le suivait en centre est venu voir le site et il y avait des aménagements minimes à faire et qui ont été faits tout de suite. Il fallait découper un comptoir pour l'accessibilité des personnes à mobilité réduite. Quelques adaptations de mobilier ont aussi été faites très vite avec l'aide de la SAMETH. Puis la reprise du travail a eu lieu en avril 2012 - donc finalement, moins de neuf mois après l'accident, il était de retour au travail, avec les aménagements mis en place. Il ne conduisait pas encore, on avait organisé des transports par taxi, et il était en mi-temps thérapeutique avec travail les après-midis. Ce qui est important à prendre en compte, c'est qu'en même temps qu'il reprenait l'activité, il fallait aussi qu'il réapprenne à vivre tout seul, puisqu'il venait de retourner chez lui. Quand on est en fauteuil roulant, le temps d'habillage, le lavage, tout est plus compliqué et il a tout géré en même temps, à la fois le retour à domicile et la reprise de travail. Il a augmenté ensuite un peu le temps de travail jusqu'à 5 h 30 par jour. Au-dessus, ce n'était pas possible. Il a repris la conduite en 2013 avec un véhicule aménagé.

Par la suite, il a eu un certain nombre d'interventions et de nouveaux arrêts maladie, en raison de complications suite à sa paraplégie. Il avait un vécu difficile de ses arrêts maladie : à chaque fois, le retour en milieu de soin réactivait le syndrome dépressif, le rappel de la pathologie et du handicap. En décembre 2016, il a été ré-opéré pour des problématiques cutanées, avec à nouveau un an d'arrêt, un syndrome dépressif, et une réactivation du sentiment de culpabilité. Il a fait un essai de reprise à 5 h 30 quotidien puis finalement est revenu à mi-temps. Son parcours reste actuellement un peu fragile.

Les fragilités dans cette situation, ce sont les évènements de santé intercurrents qui viennent compliquer un maintien dans l'emploi déjà difficile. Ce n'est pas un handicap anodin, s'il en est. Et les retentissements psychiques à la fois du handicap et de l'accident de circulation sont régulièrement réactivés et compliquent ce maintien en emploi. Par contre, le facteur de réussite, puisque c'en est une, c'est que c'était quelqu'un qui était très motivé et expérimenté. Finalement, le poste sur lequel on l'a reclassé est un poste qu'il avait déjà occupé. Il avait l'avantage d'avoir aussi été technico-commercial itinérant, donc il connaissait les deux facettes du métier. Donc ça pour l'entreprise, c'était intéressant. On peut aussi imaginer que le fait que l'accident ait eu lieu en accident de trajet - un accident de trajet est équivalent à un accident de travail - a pu jouer un rôle dans la motivation de l'employeur à reclasser. Par ailleurs c'est une PME, mais avec une organisation de toute petite structure. Le chef d'agence, qui avait le pouvoir de mettre en place les moyens, était un de ses collègues de travail avec qui il avait des liens proches. Je pense que ça aussi, ça a joué. L'entreprise a ainsi fait preuve de rapidité et d'adaptabilité : en quelques semaines, ils avaient proposé le poste et fait le nécessaire pour les aménagements. Ça a été très rapide de leur côté. Et puis, il y avait un état de santé qui restait compatible avec une activité de travail malgré la lourdeur du handicap.

Quatrième histoire

Voilà pour mes trois cas cliniques en service inter-entreprises. Maintenant, ce sont des cas d'une entreprise de distribution d'énergie électrique qui compte 40 000 salariés - on change de dimension. L'unité d'appartenance compte 900 salariés. Quand je l'ai rencontré, ce salarié avait 47 ans, un CAP-BEP électrotechnique. Il avait commencé son activité à 23 ans comme aide-monteur thermique et sanitaire et avait été embauché dans l'entreprise par un contrat de qualification, puis en CDI. Il a été monteur électricité pendant pas loin de 10 ans, où il faisait plutôt du travail de maintenance sur le terrain, sur les lignes de moyenne et basse tension. Depuis 2001, il est technicien d'exploitation de réseau électrique. Il fait du travail de préparation de chantier, donc du travail de bureau, il va sur les chantiers et il fait du travail physique ponctuellement quand il est d'astreinte, une semaine sur quatre. Il est appelé de façon ponctuelle, doit alors être en capacité d'intervenir sur les lignes, de grimper aux poteaux, de descendre dans des fouilles…

En 1994, il a eu une entorse de cheville. En 2000, contusion du coude. Dans son dossier, on retrouve ainsi beaucoup d'arrêts, de visites de reprise – l'énumération est un peu rébarbative, mais je pense que c'est important d'avoir ça en tête quand on parle de son cas à la synthèse. En 2006, un syndrome anxio-dépressif est en partie lié à l'activité de travail. Il a eu plusieurs épisodes sur trois ans avec à chaque fois, quand il reprenait, une restriction sur la prise d'astreinte. Il a même eu à un moment une restriction au travail sous tension électrique, parce qu'il avait une appréhension par rapport à ça. En 2009, il a un problème de TMS avec arrêt maladie, restriction aux manutentions et gestes répétitifs, et donc à la prise d'astreinte. Il a aussi été pris en charge pour un sevrage. L'année d'après, quand il est revenu, il y a toujours des problématiques TMS - lumbago, tendinite du coude - et sevrage qui reste compliqué. Donc arrêts, reprises de travail, et contre-indication à l'astreinte et à la conduite. En 2011, c'est une entorse du genou droit pour laquelle il est arrêté et pour laquelle il a un poste aménagé pendant un mois. La même année, il a une section du tendon extenseur de la main gauche pour lequel il est opéré. Trois mois d'arrêt, reprise avec un mois de restriction à l'astreinte. Au fil de sa vie professionnelle, il y a donc eu régulièrement des arrêts avec des reprises sur des postes aménagés. En 2012, il est arrêté trois mois pour ses douleurs de cheville. En 2015, cette fois pour des problèmes de névralgies cervico-brachiales puis des problèmes lombaires. Il reprend à mi-temps sur des postes administratifs exclusivement. En 2016, ses problèmes de cheville posent à nouveau problème. Il est arrêté un moment. Il reprend avec une contre-indication au travail de terrain. En 2017, toujours des problèmes de cheville et il est opéré en mai 2017, avec des difficultés importantes à la marche et des soins de rééducation qui continuent ; finalement il reprend en télétravail exclusif, c'est-à-dire qu'il travaille sur des activités administratives à domicile de septembre 2017 à janvier 2018. En 2018, il reprend sur site, mais sur du travail tertiaire exclusif. Petit à petit, il a été autorisé à retourner sur chantier et on s'oriente probablement vers une restriction définitive à la prise d'astreinte et à lui construire un poste spécifique de préparateur, mais en limitant les déplacements terrain.

Les difficultés, quand on reprend l'histoire médicale de ce salarié, c'est qu'il y a eu x arrêts de travail, à chaque fois pour des causes différentes, au fil de sa vie professionnelle, avec une capacité fonctionnelle qui diminue. Les facteurs de chance et de réussite, c'est qu'il fait partie d'une grande entreprise dans laquelle l'obligation de reclassement est réelle et où, tant qu'une activité professionnelle est possible quelle qu'elle soit, il faut trouver une solution. Les sorties de cette entreprise pour cause médicale ne se font que pour une invalidité. Donc tant qu'il n'y a pas d'invalidité prononcée, il faut trouver un poste adapté. C'est aussi une entreprise où il y a une priorité affichée au maintien dans l'emploi plutôt qu'à l'arrêt maladie. Les unités ont une pénalisation de l'absentéisme, donc elles préfèrent toujours avoir quelqu'un au travail, même avec de nombreuses restrictions parfois compliquées à mettre en place pour le manager, plutôt que quelqu'un en arrêt. La hiérarchie et l'entourage professionnel acceptent donc qu'il y ait des restrictions, même répétées, même contraignantes. Et ce qui nous a aidés pour l'instant à le maintenir en emploi, c'est que c'est quelqu'un qui est expérimenté, qui

a des compétences techniques et qu'on peut mobiliser pour la préparation de chantiers. Il a des compétences qui intéressent l'entreprise, même en travail administratif.

Cinquième histoire

Le dernier cas que je voulais évoquer dans cette entreprise, c'est une salariée qui est gestionnaire contrat de travail. Quand je l'ai rencontrée, elle avait 51 ans. Elle avait fait un BEP sanitaire et social. Elle avait une formation complémentaire en informatique et en bureautique et elle avait débuté dans l'entreprise à 32 ans, d'abord en intérim, puis embauchée comme conseillère clientèle. Elle a été embauchée avec une connaissance de son handicap, puisqu'elle était reconnue par la Cotorep catégorie C pour un déficit visuel. D'emblée quand l'employeur l'a embauchée, il a mis en place les aménagements nécessaires au travail sur écran : un grand écran, un logiciel grossisseur, un télé-agrandisseur. Elle a changé de poste en 2005 et est devenue agent de trésorerie pendant deux ans. Là par contre, elle a eu des difficultés qui étaient en lien notamment avec le travail sur Excel et le fait qu'elle n'avait pas été formée sur le logiciel de comptabilité qu'elle devait utiliser. Cette partie de son activité de deux ans ne s'est pas très bien passée et en 2007, elle a fait une « immersion » sur un poste d'appui administratif dans une autre entité au sein d'un service RH. Les « immersions », dans cette entreprise, c'est utilisé fréquemment. Avant de changer éventuellement quelqu'un de service, on l'accueille trois jours, une semaine, un mois, … pour lui permettre de mieux se rendre compte si le métier va lui convenir. Et dans un cas comme celui-ci, ça peut permettre effectivement d'évaluer si le poste est adapté. Elle a donc fait un semestre de surnombre avant l'affectation pour voir si le poste convenait et si les adaptations techniques convenaient, ce qui permettait d'éviter ce qui s'était mal passé au changement de poste précédent. Elle a finalement été affectée sur ce poste. En 2008, elle a eu des difficultés relationnelles avec son hiérarchique, avec intervention du médecin du travail, puis pour des problématiques liées au travail en open-space où elle se disait très gênée par des difficultés de concentration. Le médecin du travail était intervenu pour qu'elle reste dans un bureau à deux personnes. En 2012, lors de son entretien d'appréciation et de professionnalisation, des difficultés professionnelles importantes sont remontées avec des reproches de la hiérarchie sur son travail. De plus, l'entreprise se réorganise et des tâches qu'elle effectuait ont été transférées au niveau national ; il faut donc absolument lui trouver d'autres missions. Le médecin du travail est sollicité et fait appel, via la mission handicap, à une étude ergonomique pour accompagner l'évolution du poste de travail, afin de définir les tâches compatibles avec le handicap, voir si les aménagements matériels en place suffisent et si on peut mettre des choses supplémentaires en place. Suite à cette étude, des aménagements sont ajoutés : clavier et téléphone spécifiques ; sa lenteur d'exécution est évaluée, la lourdeur du handicap faisant qu'effectivement, elle est moins rapide. Une sensibilisation des collègues sur les difficultés qu'elle rencontre est réalisée. Cela a permis d'accompagner cette évolution vers ses nouvelles missions et le travail s'est plutôt bien passé pendant quelques années. Elle avait simplement diminué volontairement son temps de travail parce qu'elle était fatigable et avait demandé à augmenter son temps de pause méridienne.

En novembre 2016, elle a changé d'entité et de poste de travail. Pour le coup, il n'y a pas eu d'immersion préalable et le médecin du travail n'a pas été sollicité. On l'a changée en faisant un simple transfert des aménagements matériels. C'est-à-dire qu'on a considéré qu'on allait transférer son aménagement de poste, son télé-agrandisseur, son logiciel de grossissement, et que donc tout allait bien se passer. Je l'ai vue en visite médicale deux mois après. Elle n'avait pas beaucoup de doléances ; elle était encore dans la phase de découverte du poste. En novembre 2017, quand je l'ai revue, elle reconnaissait par contre des difficultés importantes. Elle se plaignait de problèmes de concentration dans l'open-space. Il n'y avait pas eu du tout d'analyse des tâches et effectivement, ce sont des tâches très sollicitantes visuellement. C'est un métier où il y a beaucoup d'interfaces, où les salariés passent d'un logiciel à l'autre. Il y a beaucoup de chiffres en ligne et elle doit faire de la vérification de chiffres. Ce n'est pas de l'Excel, mais ça y ressemble un petit peu. Elle a une lenteur d'exécution

importante, puisqu'en fait, elle passe son temps à recontrôler ce qu'elle a fait pour ne pas faire d'erreurs. Comme c'est notamment de la gestion de paye, avec un impact important sur des salariés, il ne faut pas qu'il y ait d'erreurs. J'ai échangé avec sa responsable qui remonte aussi des difficultés. Ce ne sont pas les mêmes, mais elles se recroisent. Ce que sa responsable exprime, c'est qu'elle ne monte absolument pas en compétences. Quand je l'ai vue, ça faisait quasiment un an qu'elle était là. Il y avait des collègues qui étaient arrivés en même temps qui avaient eu beaucoup plus de facilité à monter en compétences. Elle l'a dit dix fois moins rapide qu'un collègue expérimenté. Un collègue expérimenté gère un « bac » de 200 agents, elle a un « bac » de 25 et n'y arrive pas. Ce qui est gênant, c'est qu'en plus, elle devient agressive avec son manager et avec le collègue qui était en charge de sa formation. De plus en plus, elle s'isole de l'équipe et plus personne ne veut travailler avec elle, ni ne veut l'accompagner. Elle est partie en formation au niveau national et le retour des formateurs, qui ne la connaissaient pas, c'est qu'elle était très en difficulté. Elle a eu une intervention assez bénigne au niveau ophtalmo en décembre 2017 et depuis elle est en arrêt, alors qu'a priori, cette problématique aigüe est terminée. Elle se dit incapable de reprendre et reconnaît ses difficultés au poste de travail. Je suis allée voir le poste, j'ai échangé avec l'employeur et pour l'instant, on est un peu dans l'interrogation sur ce qu'on va faire et quelles sont les solutions.

Le positif, c'est toujours le contexte de l'entreprise, avec une obligation de reclassement. Et dans cette histoire-là, il y a aussi un historique qui montre qu'on peut lui adapter les tâches sur écran en analysant l'activité. Actuellement, on est dans une situation d'échec, mais ce qui s'est passé il y a quatre ans, c'était un peu la même chose et on a pris le temps d'analyser l'activité et on a ainsi réussi à la mettre sur des missions avec une certaine réussite. Donc ça peut plaider en faveur de la recherche de solutions. Les difficultés, c'est qu'on a considéré qu'un aménagement de poste se résumait à des aménagements matériels. Or, pour elle, il y avait des aménagements organisationnels qui avaient été mis en place et ceux-là n'ont pas du tout été pris en compte. Je me suis quand même demandée si de façon paradoxale, dans cette entreprise-là, il n'y avait pas une banalisation du handicap : on affiche depuis longtemps le fait qu'on embauche des travailleurs handicapés, avec une Mission handicap et des fonds propres pour le handicap. Il y a des indicateurs sur le taux d'embauche de travailleurs handicapés, mais on en vient à négliger le fait que s'il y a un handicap, il y a peut-être effectivement une difficulté et qu'il faudra la prendre en compte dans la capacité de travail. Il aurait certainement fallu au moins faire le lien avec le médecin du travail au moment de la mise en poste. L'autre difficulté, c'est qu'elle arrive sur un nouveau métier qu'elle ne connaît absolument pas et clairement elle a des difficultés à monter en compétences. Cela ne plaide pas en sa faveur. Et dernière difficulté, alors que dans les autres cas on avait plutôt un bon relationnel entre les salariés et l'entreprise, ici il y a un positionnement très agressif de la salariée avec tout le monde quand elle est en difficulté. Du coup, le relationnel est très détérioré entre le salarié et le collectif et ça complique beaucoup actuellement la possibilité de maintien en emploi.

Quels facteurs de réussite ?

J'en arrive à mes conclusions et aux facteurs de réussite.

J'en ai identifié tout d'abord du côté du salarié : le vécu du travail joue beaucoup. D'abord, le fait que le travail est une source de revenus. Ça va jouer beaucoup sur la motivation à rester en emploi parce que la perte de travail sera souvent source d'une grande précarité. C'était le cas chez le déménageur, jeune papa, qui venait d'acheter sa maison. Clairement, c'était une volonté forte de sa part de rester en emploi. Mais le travail, c'est aussi un facteur d'épanouissement personnel, c'est un facteur de construction d'identité à la fois sociale et professionnelle, qui permet d'ailleurs de se détacher de l'identité de malade ou handicapé. Et je pense que ça, ça a joué aussi pour le technico-commercial qui voulait absolument reprendre au bout de neuf mois d'arrêt ou l'éducatrice spécialisée qui, à 57/58 ans, n'était pas si loin que ça de la retraite. On aurait pu imaginer un autre type de dispositif et un départ en fin d'activité un peu plus tôt, mais le travail chez ces personnes était facteur d'épanouissement personnel

et cela a donc beaucoup joué sur leur motivation pour trouver des solutions. L'employabilité, c'est aussi très important. On a beaucoup plus de facilités au maintien dans l'emploi si le salarié a de l'expérience, des compétences qui intéressent l'entreprise. Dans l'entreprise médico-sociale, il y avait un certain nombre d'inaptitudes chez des salariés qui étaient agents de service et qui faisaient du ménage et des aides à la toilette. Quand il y avait un problème de TMS chez ces personnes, on avait beaucoup plus de difficultés à les maintenir en emploi parce qu'on n'arrivait pas à rebondir sur une compétence. Avec le salarié, c'est important de pouvoir travailler autour du projet professionnel, pour connaitre ses aspirations et pour déterminer si c'est en adéquation avec la pathologie. Ce sont les difficultés que j'ai eues avec le jeune déménageur tant qu'il était dans le déni de la perte de ses capacités. Il y a un moment où il faut qu'ils soient aussi acteurs : « qu'est-ce que j'ai envie de faire et qu'est-ce que je peux faire ? ». Parce que quand on n'arrive pas à rentrer dans ce dialogue-là, on a du mal à travailler sur le maintien en emploi.

Du côté de l'entreprise, quels sont les facteurs de réussite ? La gestion des ressources humaines. C'est sûr que les convictions, même personnelles, de l'employeur sur ce qu'est la santé, ce qu'est le maintien dans l'emploi, cela va jouer sur la réussite. Tout comme la politique de l'entreprise en matière sociale, la qualité de ce même dialogue social, le déploiement d'actions de prévention de l'absentéisme ou de démarches de qualité de vie au travail. En général, on rejoint le maintien dans l'emploi sur ces thématiques. Quand il y a des politiques affichées sur ces thématiques, on peut s'en servir comme levier et inciter à faire du maintien dans l'emploi. Le relationnel salarié-entreprise est fondamental, puisque la dimension humaine est très présente sur la motivation de l'employeur à reclasser. C'est le cas notamment dans les toutes petites entreprises où le salarié en situation de fragilité est un collègue proche. Et donc effectivement, en fonction du lien qui s'est créé, la motivation de l'employeur ne sera pas la même. C'est sûr aussi que les possibilités de reclassement sont liées à la taille de l'entreprise et à la diversité des métiers. Il y a des métiers, des entreprises, où c'est très difficile de reclasser parce qu'on a objectivement peu de possibilités. Dans ce cas, le maintien dans l'emploi doit souvent se faire à l'externe, car il va être compliqué à l'interne. L'attitude constructive de l'employeur est fondamentale. Le coût du maintien dans l'emploi, c'est-à-dire le coût des aménagements de poste, le coût parfois de la perte de rentabilité ou de la montée en compétences, est quand même essentiellement supporté par l'employeur et donc c'est l'employeur qui va pouvoir déclencher les fonds et décider de faire ou ne pas faire. Là-dessus, son implication est fondamentale et ne sera pas indépendante de la faisabilité économique. C'est sûr que si le coût du maintien dans l'emploi est complètement disproportionné par rapport au coût d'un licenciement pour inaptitude, malheureusement, on aura peut-être plus de difficultés à inciter à ce maintien dans l'emploi. C'est vraiment du côté de l'employeur et de l'entreprise que se trouvent les principaux leviers.

Il y a des leviers un peu plus annexes, mais qui sont importants et qu'on a pu voir au fil de ces cas cliniques : ce sont les moyens de la CPAM. Quand on peut mettre en place des mi-temps thérapeutiques, quand on a des dispositifs d'invalidité de 1ère catégorie qui se mettent en place, cela peut permettre de maintenir en emploi et d'alléger les « coûts » du retour en emploi. Sur ces cas, il y en avait deux qui ont repris sur des temps partiels. Effectivement, il y a un moment où le travail à temps plein n'est plus possible alors que le travail à temps partiel l'est, donc c'est important de pouvoir disposer de ces dispositifs. Les aménagements de poste, les études ergonomiques, les moyens matériels, les reconnaissances de travailleur handicapé, les financements de l'Agefiph, tout ça, ça participe au maintien dans l'emploi. Ce qui est fondamental, ce sont les échanges entre le médecin du travail, l'employeur, et le salarié. Cela permet petit à petit de construire les solutions. Parce que souvent, au début, la solution n'est pas évidente à trouver et c'est au fil de ces échanges, du travail du projet professionnel avec le salarié, de la recherche de solutions côté employeur qu'on arrive finalement au maintien en emploi de salariés pour lesquels cela paraissait compliqué d'emblée.

Voilà, je pense que j'ai fait à peu près fait le tour de ce que je voulais vous dire sur cette thématique du maintien en emploi, vue par le prisme du médecin du travail.

(*Applaudissements*)

Catherine DELGOULET

Merci beaucoup. Merci pour cette présentation de cas très intéressante et donc on va donner la parole à la salle et aux premières questions, commentaires et autres. N'hésitez pas.

Alors, pendant que d'autres préparent leurs questions, je vais me permettre de vous en poser une. Vous avez parlé, surtout dans le dernier cas, des liens avec les questions de formation, d'immersion, etc. Peut-être moins dans les autres, alors que visiblement dans le premier, la personne a changé pas mal de poste, etc. Donc je me demandais quelle place tenaient les questions de formation dans ces questions de maintien dans l'emploi ou de soutien au travail. Et également, je me demandais, notamment dans le dernier cas, si quand on pense aménagement du travail, il ne faudrait pas aussi penser aménagement des formations. Parce que quand on voit les retours des formateurs, et cette personne en difficulté dans les formations, on peut se demander si ces formations sont pensées pour ces personnes et les difficultés qu'elles rencontrent.

Amélie ADAM

Oui, je pense que c'est très vrai. La gestion des ressources humaines et de la formation, c'est très important aussi. Dans les entreprises où on peut mettre en place les formations nécessaires, mais aussi où on peut organiser des bilans de compétences, cela peut déboucher sur une formation et faciliter le reclassement. C'est vrai que cela joue beaucoup dans la capacité de reclassement de la structure. Surtout quand on peut anticiper. Il y a des cas où la situation médicale intervient brusquement, si c'est un accident par exemple, mais il y a d'autres cas, dans les pathologies invalidantes, où petit à petit la situation se dégrade. Je pense qu'effectivement, plus on anticipe cette dégradation et qu'on se projette sur un futur possible, plus facilement on pourra prévoir une inscription en formation. C'est vrai que ça c'est fondamental, justement pour préserver l'employabilité et pouvoir toujours s'appuyer sur des ressources, comme on l'évoquait ce matin, et pas seulement sur les difficultés de la personne.

Pour la formation de la gestionnaire contrat de travail, je vous rejoins sur la non-adaptation des formations à la situation. C'était une formation à destination de tous les gestionnaires contrat de travail de France, organisée sur le site de formation de l'entreprise. Il y avait deux fois une semaine de formation. Et les conditions de la formation n'étaient absolument pas pensées pour cette salariée. Je l'ai vue entre ces deux semaines de formation, et elle s'est plainte de difficultés, avec du travail sur un portable alors que normalement, elle travaillait sur deux grands écrans. Il y avait aussi un problème d'éclairage. Elle était fréquemment gênée par des problèmes d'éclairage, mais à son poste de travail, on l'avait adapté. Là, c'était une salle de formation dans laquelle la luminosité n'était pas réglable par les occupants. J'étais intervenue pour que sur la deuxième session on essaye de voir avec les équipes techniques du bâtiment de formation pour qu'ils diminuent l'ambiance lumineuse de la salle. Cela a été fait mais ça a été compliqué à obtenir. La première réponse qu'on m'a faite c'est : « On ne va quand même pas mettre tout le monde dans le noir parce qu'elle est gênée ». C'est plus compliqué d'adapter les conditions matérielles sur ces périodes de formation que dans un poste établi. On a moins la possibilité de faire comprendre qu'on est sur un aménagement nécessaire et non sur un simple « caprice ». Alors, peut-être qu'on aurait dû d'emblée dire que la formation ne pouvait pas se faire de façon collective et imaginer tout de suite une formation spécifique. Peut-être que ça l'aurait aidée.

Corinne GAUDART

Merci pour votre exposé. En fait, je ne sais pas si c'est une question, c'est plus une réaction, parce que j'ai trouvé qu'il y avait pas mal de similitudes dans la manière dont vous abordiez les choses entre l'exposé de Gaëtan ce matin et le vôtre. Gaëtan signalait le décalage entre l'intervention ergonomique

qui se fait dans une fenêtre, dans un temps très court, et la nécessité de comprendre les choses et la manière dont les parcours et les difficultés de santé se construisent sur le temps long. Donc, je voulais vous entendre plus peut-être sur votre pratique de médecin, ce que vous pensez de ce temps long et puis le moment où vous devez donner des consignes, donner des restrictions d'aptitude. Et ce temps court de la rencontre avec le salarié et le temps du parcours du salarié, est-ce que vous arrivez à en faire quelque chose dans l'objectif de penser autrement les situations de travail ?

Amélie ADAM

Effectivement, dans ce dernier cas justement, on était tout à fait dans cette idée-là. Il y avait eu précédemment une étude ergonomique, organisée par la mission handicap. Cette étude avait vraiment été faite en profondeur avec une analyse des tâches et une analyse organisationnelle, mais aussi des solutions techniques, parce qu'il y en avait besoin, et ces solutions avaient été mises en place. Et finalement, ce qui a été gardé en mémoire de cette étude, ce ne sont que ces aménagements techniques alors que c'est bien tout l'organisationnel qui avait permis le maintien en emploi sur plusieurs années, l'adaptabilité et le fait que ça se passait plutôt bien – même si c'est quand même quelqu'un qui a toujours eu un relationnel un peu compliqué avec ses collègues de travail. Je pense qu'un des intérêts de notre métier de médecin du travail, c'est que, encore aujourd'hui, on a un suivi périodique ; ce sont donc des gens qu'on voit de façon régulière. On peut suivre le fait que ce qu'on a mis en place permet que la situation de travail se passe bien et puis détecter si à un moment cela se détériore parce qu'il y a un changement dans l'activité. C'est vrai que les activités de l'entreprise ne sont pas linéaires. Ce n'est pas parce qu'en 2012 on a défini des missions que quatre ans après, ces missions-là existent encore de façon identique. Il faut retravailler, il faut se re-poser les bonnes questions : « qu'est-ce qu'on avait mis en place ? pourquoi ? », essayer d'analyser l'activité. On l'aborde pendant la visite médicale du salarié : son ressenti, son vécu de travail, puisque c'est lui qui va nous alerter s'il est en difficulté. Ensuite on va éventuellement retourner sur le terrain pour se réinterroger sur ce qui se passe, pourquoi une situation qui était stabilisée se re-dégrade.

Béatrice GENET – CFE-CGC

Là, vous avez donné des exemples qui sont plutôt basés sur des handicaps physiques. Est-ce que c'est un choix de ne pas avoir parlé du handicap psychique ? Est-ce que vous avez des exemples qui prennent en compte le handicap psychique au travail ?

Amélie ADAM

Oui, on a aussi beaucoup de situations de handicaps psychiques. C'est très compliqué le handicap psychique et le maintien dans l'emploi, plus encore que le handicap physique. Je pense pour plusieurs raisons : parce que le handicap psychique, c'est parfois plus insidieux. Donc on a plus de mal à l'étiqueter, à le diagnostiquer, à déterminer les capacités restantes. C'est moins évident et puis c'est moins compréhensible pour l'entourage professionnel parce que, dans les aménagements de poste, on va faire surtout appel à de l'aménagement organisationnel. L'aménagement physique, si l'entreprise est prête à le financer, elle arrive à le mettre en place et elle le comprend bien. L'aménagement organisationnel, ça demande toujours un peu de négociation avec l'employeur pour dire « Pour lui, il faudrait faire ça ». Souvent on nous rétorque « Il n'y a pas de raisons de faire différemment que pour ses collègues. Vis-à-vis d'eux, ce n'est pas juste, ils ne vont pas comprendre ». Si, il y a une raison de faire différemment, c'est parce que le médecin du travail l'a écrit ; c'est la loi. S'il y a une restriction ou une recommandation du médecin du travail, on doit faire différemment pour ce salarié-là. Mais souvent, on nous renvoie cette difficulté à faire accepter le cas particulier par le collectif. Et dans le handicap psychique, on est souvent sur ce genre d'aménagement nécessaire et ce n'est pas simple. En plus, le handicap psychique, ce sont souvent des patients fluctuants et ça, c'est une autre difficulté. Même si la situation pour certains est complètement stabilisée, pour d'autres, elle peut être fluctuante.

Dès que la situation se dégrade, s'il y a un événement particulier, on doit revoir le salarié et tenter de prendre en compte le nouvel état psychique. Dans le handicap psychique, il y a ainsi des hauts et des bas et donc une capacité de travail qui n'est pas toujours la même. C'est compliqué. Mais pour répondre à votre question, non, ce n'était pas un choix volontaire de ma part de ne pas présenter un handicap psychique ; peut-être que j'aurais dû le faire pour illustrer ces difficultés particulières.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Comme par hasard, ma question va dans le même sens que celle de Corinne Gaudart tout à l'heure. Je pensais à ce que tu as raconté en lien avec ce que disait Gaëtan ce matin et des questions qui vont être posées aussi demain par Willy Buchmann et Corinne Archambault sur des histoires de reclassement. Tu as rencontré ces salariés à un certain moment de leur histoire, et il y a des cas où il y a des médecins qui les avaient vus avant. Et je me demandais comment concrètement on (re)construit l'histoire… Dans le dossier médical, je suppose que tu as des traces de l'histoire de santé, mais comment on fait pour construire une histoire tant de la santé que des évolutions aussi du travail, du contexte dans lequel est la personne, qui soit pertinente et dont on garde des traces ? Est-ce que c'est une question sur laquelle tu as travaillé ?

Un intervenant

Surtout après la réforme.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Oui, surtout après la réforme évidemment. Quand on va se retrouver avec des gens qu'on ne voit peut-être que tous les cinq ans…

Amélie ADAM

C'est compliqué. Je me suis rendu compte en préparant mes cas que c'étaient plutôt des gens stables dans l'entreprise. C'est-à-dire que je ne vous ai pas présenté des gens qui ont fait 15 entreprises différentes. Je pense que ce n'est pas un hasard. Ils m'ont marquée et j'ai pu les prendre en charge et les rencontrer à de nombreuses reprises parce qu'il y avait une certaine stabilité. Très certainement, il y a des salariés qui nous échappent, qui ont fait x entreprises avec des contrats très précaires, et finalement, chez ces salariés, on n'a pas vraiment réussi à faire du maintien dans l'emploi. Enfin, on a peut-être fait du one shot de temps en temps, mais c'est vrai que c'est compliqué. Dans les dossiers médicaux des cas cliniques issus du service interentreprises, l'histoire médicale était assez présente. Mais l'histoire professionnelle pas beaucoup. Elle l'était plus pour les deux derniers cas cliniques suivis en service autonome, parce que c'est toujours la même entreprise avec une connaissance de l'historique de l'évolution des métiers. Les études ergonomiques, les solutions mises en place par la mission handicap sont toujours dans les dossiers médicaux, mais c'est la stabilité de l'entreprise qui fait que l'histoire professionnelle est aussi dans le dossier médical. C'est vrai que dans les dossiers de services inter-entreprises, il y avait essentiellement l'information médicale. Ce que je savais sur les reclassements ou les postes, c'est parce que j'étais médecin du travail à ce moment-là. Mais effectivement, je ne suis pas sûre que mon successeur aurait pu vous dire tout ça, parce qu'il y a des choses qui sont de l'informel. Oui, on a sûrement des enjeux à mieux traduire dans les dossiers médicaux toutes ces histoires de travail qui impactent au fil du temps la santé au travail de salariés.

Serge VOLKOFF

C'est juste la symétrique des questions qui t'ont été posées précédemment. Pour le salarié, comment il construit son rapport avec toi autour de son histoire de handicap ? Comment se joue pour lui le souci de tout dire ou de ne pas tout dire, d'être prudent ? Voilà ! La même question se pose en miroir un peu au fil du temps.

Amélie ADAM

Oui, je pense que ce n'est pas simple. C'est toute la complexité du rôle de médecin du travail où le salarié nous dit ce qu'il a envie de nous dire. Bien sûr, on devine aussi ce qui est en filigrane, mais il nous dit ce qu'il a envie qu'on sache. Et c'est vrai qu'il y a des impacts. Le salarié pense qu'il peut y avoir des impacts de ce qu'il nous dit sur notre décision, il sous-estime d'ailleurs l'impact sur notre décision de ce qu'il ne dit pas. Ce qu'il ne voit pas, c'est qu'il y a surtout un impact de sa santé sur sa capacité de travail. C'était très vrai chez le jeune déménageur, qui était dans le déni de la pathologie et qui ne voulait surtout pas qu'on dise qu'il était malade, parce que lui, tout ce qu'il voulait, c'était « faire l'autruche », et continuer à faire son métier 30 ans. En pratique, ce n'était pas possible. La réalité a montré qu'il n'était pas capable de le faire, que la santé allait le rattraper. Et même a posteriori en revoyant son dossier, je me dis que peut-être l'inaptitude aurait dû intervenir bien plus tôt, qu'on aurait pu éviter l'accident de travail et deux ans d'arrêt. Mais notre pratique nous demande de nous adapter aussi à ce que le salarié est prêt à entendre, à son acceptation de la pathologie. Mais c'est sûr qu'il y a un travail du salarié à faire sur cette donnée : « j'ai une pathologie ». Ce n'est pas facile d'accepter qu'on est malade, d'accepter que parfois, il n'y a pas de solution satisfaisante, que la situation très certainement va se dégrader et que cela va avoir un impact sur l'ensemble de sa vie, la sphère familiale, mais aussi la sphère professionnelle ; et que quelque chose qu'il avait imaginé, un métier qu'il avait imaginé faire jusqu'à 60 ans, ou alors des projets de vie qu'il avait faits, il va falloir les revoir par la lorgnette de la pathologie. Et finalement quand ils sont dans le bureau du médecin du travail, face à la réalité de l'aptitude ou tout du moins de la concordance des capacités et du travail, on se confronte à ça. Je pense que c'est aussi quelque chose qui se construit au fil de temps, que ce n'est pas à la première consultation après le diagnostic que tout est plié et qu'on est au clair sur ce qu'on va faire et sur la solution. Il y a tout un travail de la part du salarié pour savoir ce dont il a envie, vers quoi il a envie d'aller, qu'il arrive à l'exprimer, et puis un travail du médecin avec l'employeur sur ce qu'il peut proposer. C'était un peu ce qui se disait ce matin, que les situations de maintien dans l'emploi se construisent et que ce n'est souvent pas un coup de baguette magique qui traite le problème.

Marion GABORIAU

Vous avez parlé des reconnaissances travailleur handicapé et aussi des dispositifs d'invalidité et je me demandais si c'était vous qui incitiez les travailleurs à faire ce type de démarche. Et si oui, quand est-ce que ça intervient ? À partir de quand vous incitez le salarié à faire la démarche ? Et aussi, qu'est-ce que ça représente réellement comme avantage pour ces salariés ? Est-ce que ça les protège par exemple par rapport à un licenciement pour inaptitude ?

Amélie ADAM

On leur parle des dispositifs de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, quand on estime qu'on en arrive à la définition, c'est-à-dire qu'on est reconnu travailleur handicapé quand on a une pathologie qui gêne l'activité de travail. C'est ça que les gens ont parfois du mal à comprendre. On a des gens qui ont une pathologie qui finalement ne les gêne pas dans leur travail et qui vont demander à faire une RQTH. Et à l'inverse, des gens qui ont une pathologie qui clairement les gêne dans leur travail et qui vont nous dire « Moi, je ne suis pas handicapé, je ne veux pas le faire ». Pour nous, tout l'enjeu c'est de leur faire comprendre que c'est important de le faire quand on arrive à cette définition - qui est qu'il y a une pathologie qui est traitée, qu'on a fait tout ce qu'on a pu en termes de soins,

mais qu'il y a des séquelles fonctionnelles qui font que l'activité de travail ne peut plus être réalisée normalement. Et on les incite à le faire parce que derrière tout ça, il y a le déclenchement des fonds, soit des fonds handicap s'il y a une Mission handicap interne pour les grandes entreprises, soit les fonds Agefiph, et ça dépend de ça. Donc effectivement, on les incite à le faire. On sait par ailleurs que cela pourra avoir un impact quand ils prendront leur retraite, car quand on a eu un certain nombre d'années de reconnaissance comme travailleur handicapé, actuellement en tout cas, ça peut permettre des départs anticipés en retraite, même si pour l'instant, ça leur paraît loin. Nous, on voit bien qu'il y a des travailleurs vieillissants pour qui le travail devient particulièrement pénible et on sera content de pouvoir leur faire bénéficier de quelques semestres en moins. On essaye en tout cas de les sensibiliser à l'intérêt que ça peut avoir. La difficulté qu'on rencontre aussi parfois, c'est que si de notre côté on les sensibilise au fait que la RQTH a un intérêt, c'est finalement assez méconnu des médecins généralistes en qui ils ont souvent une grande confiance ; dans certains cas, ils vont voir leur médecin généraliste qui leur dit « Mais non, ça ne sert à rien. Il ne faut pas que tu le fasses » et du coup, ils ne le font pas. Après, c'est leur choix. Nous, on est juste là pour les sensibiliser. S'ils ne veulent pas faire, ils ne font pas, mais ça peut complexifier parfois notre capacité de maintien dans l'emploi. À l'inverse, on essaye aussi de démystifier un peu ce que c'est que la RQTH, notamment dans les grandes entreprises dont je fais partie actuellement, où ils ont l'impression que ça va être un protecteur de tout ; que parce qu'on est RQTH, on aura tous les droits, toutes les possibilités. Ce n'est pas vrai non plus. Le texte sur l'inaptitude ne parle absolument pas de RQTH. Quelqu'un qui est inapte médicalement à son poste et déclaré par le médecin du travail, qu'il soit RQTH ou pas, il y a les mêmes obligations de reclassement pour l'employeur. Ce n'est pas un protecteur de tout. C'est plus une façon de pouvoir bénéficier, d'objectiver le fait que ce salarié-là peut bénéficier de fonds en lien avec le maintien dans l'emploi. Notre travail, c'est plus de les sensibiliser. Dans l'entreprise où je suis, on travaille beaucoup avec les assistantes sociales qui aussi les sensibilisent, les rencontrent, leur expliquent tous les dispositifs pour essayer de les inciter à le faire, en leur disant peut-être qu'un jour on en aura besoin. Après, s'ils ne veulent pas le faire… C'est le cas notamment après les cancers. Même si parfois il y a besoin d'aménagements horaires ou de choses comme ça, souvent, ces patients n'ont pas du tout envie de cette RQTH. On le respecte aussi. C'est aussi une façon d'être acteur de son destin. S'ils n'ont pas envie et qu'on n'en a pas besoin actuellement parce qu'on n'a pas d'aménagement important à faire ni besoin de déclencher des fonds, on n'en fait pas. Ce n'est pas grave.

Nils de TIMOWSKI, CFE-CGC

Peut-être en marge de votre propos, c'est vrai que pour avoir eu des échanges avec des personnes en situation de handicap ou parlé de la situation de handicap avec des gens qui sont confrontés à ce problème, handicapés ou pas, il y a quand même tout un champ sémantique qui est bien souvent très difficile à comprendre, entre ce qui est… Vous avez bien précisé qu'il y a la CPAM pour ceux qui sont du dispositif d'invalidité, la RQTH par l'Agefiph, mais il y a tellement d'acteurs qui peuvent définir ce que peut être une situation de handicap, la CPAM, c'est la CPAM et l'Agefiph n'est pas la CPAM et bien souvent, il y a des confusions dans les échanges qu'on peut avoir avec les gens et une capacité à comprendre les dispositifs d'accompagnement qui en découlent. Peut-être refaire le point sur les différentes définitions pourrait être quelque chose qui me semble intéressant.

Amélie ADAM

Oui, c'est vrai que souvent, entre l'invalidité notamment et le taux donné par la MDPH, il y a une grande confusion. Les gens disent « Je suis invalide à 80 % », mais ça n'a rien à voir avec l'invalidité Sécurité Sociale. Et c'est vrai que c'est compliqué pour les gens. Il y a un travail de sensibilisation à faire. Je pense que là-dessus, les assistantes sociales ont un grand rôle à jouer. La dernière réforme de santé au travail incitait à ce que les assistants sociaux soient plus en interne, dans les services inter-entreprises notamment. Il y a tout un enjeu à faire comprendre cela aux salariés, afin de les accompagner dans cette difficulté et dans tout ce qui est procédures administratives autour de tout ça, parce

que ce n'est pas toujours très clair et que chaque acteur a son rôle à jouer. Dans l'entreprise où je travaille, il y a aussi une médecine-conseil en interne. Les gens n'arrivent pas à comprendre la différence entre un médecin-conseil et un médecin du travail, alors qu'on ne fait pas du tout la même chose. C'est important de leur expliquer parce que finalement, quand ils ne comprennent pas, ils ne font pas appel à la bonne compétence au bon moment. Donc il faut qu'on les accompagne là-dessus. Ce que vous dites me fait penser au dernier rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le maintien dans l'emploi - je ne sais pas si vous l'avez vu, moi je l'ai trouvé plutôt intéressant. Ils parlent justement de cette réticence des gens à faire la demande de RQTH - reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé - et ils incitent à ce qu'il y ait une réflexion autour des financements - tout en disant que ça va être compliqué, mais qu'il ne faudrait pas que les financements Agefiph se limitent aux personnes qui sont reconnues travailleur handicapé, que c'est quelque chose de très limité la reconnaissance de travailleur handicapé et qu'il faudrait pouvoir mobiliser ces fonds-là pour quelqu'un qui a une pathologie qui retentit sur son activité professionnelle ou qui a une cassure de son parcours professionnel et qu'il faudrait qu'on puisse les mobiliser de façon plus large. Et je pense qu'effectivement, c'est quelque chose qui reste assez cloisonné, ces financements Agefiph. J'y pense aussi pour la formation. C'est rare qu'on arrive à les mobiliser sur de la formation ou alors c'est vraiment sur des sommes très minimes par rapport à ce que représente le coût de la formation. Alors que souvent, on aurait besoin d'un an de formation pour le salarié en question, on n'aurait pas besoin d'autres aménagements matériels et on serait repartis, par contre, sur des années d'activité. Sûrement que sur cette utilisation des fonds et toutes ces aides, il y a des choses à faire pour les rendre plus opérantes. Mais là, on touche au nœud du problème qui est le problème financier. Donc souvent, c'est là que ça devient compliqué.

Amandine PELISSOU (Association Horizon Santé Travail)

Je travaille actuellement sur ce qu'on appelle les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle, internes aux médecines du travail. Je voulais compléter ce que vous disiez sur les mobilisations des fonds pour les formations. J'ai travaillé pour le Sameth par le passé, donc le service de l'Agefiph. Au niveau des fonds de formation, ce qui est compliqué en fait, c'est que l'Agefiph fonctionne toujours sur des cofinancements. Donc si la personne qui fait la démarche auprès de l'Agefiph n'a pas en amont fait des démarches auprès des cofinanceurs et qu'elle n'a pas un document qui va attester que le cofinanceur ne prendra pas en charge, l'Agefiph va beaucoup restreindre son enveloppe. Et donc il faut vraiment insister auprès des autres cofinanceurs possibles pour avoir des attestations stipulant qu'ils ne peuvent pas prendre en charge. À partir de là, par contre, on arrive à débloquer des fonds beaucoup plus importants au niveau de l'Agefiph parce que c'est justifié et étayé. Ils sont très procéduraux à ce niveau-là et il faut vraiment avoir des papiers qui stipulent tel et tel type de phrases qui sont vraiment très spécifiques. Mais lorsqu'on les a, finalement, on arrive à obtenir une certaine souplesse de la part de l'Agefiph et donc c'est quand même assez important de ne pas hésiter à solliciter le Sameth, ou les plateformes de l'Agefiph, pour savoir ce qu'il faut mettre dans les dossiers. Parce que nous au Sameth, on recevait souvent des dossiers qui nous revenaient de la part de l'Agefiph en nous disant « Les dossiers sont incomplets. Merci de voir avec l'entreprise s'il y a des possibilités de compléter ». Il y avait beaucoup de perte de temps à ce niveau-là et du coup, ça entrainait aussi des difficultés en termes de maintien dans l'entreprise parce qu'il y avait tout ce délai administratif qui était perdu du fait que les dossiers étaient baladés d'un côté et d'un autre, de par notamment cette méconnaissance.

Amélie ADAM

Ce que vous dites m'évoque aussi cette notion de temporalité. Je me suis rendu compte que ces démarches-là sont souvent très longues : demander une formation, puis finalement il n'y a qu'une rentrée universitaire et pas de chance, on est au mois de décembre. Et les entreprises qui ont les moyens d'attendre que la formation se déclenche, il n'y en a pas beaucoup. Je ne l'ai guère vu que dans mon

entreprise actuelle, une très grande entreprise, ou dans l'établissement médico-social où il y avait cette culture-là, et on était à plus de 1 000 salariés quand même. En entreprise, en particulier dans une petite boîte, le temps va vite et si on leur dit « On a une solution, on va la reclasser sur un métier. Il faut juste qu'elle démarre une formation dans six mois », ça leur paraît le bout du monde et ça ne se fait pas. Et on va souvent aller à l'inaptitude.

Amandine PELISSOU

Justement par rapport à cette inaptitude, nous, on est en train d'instaurer un dialogue avec les médecins internes à la médecine du travail dont je fais partie ; on leur a expliqué que notre grosse difficulté des fois, c'était qu'ils prononçaient l'inaptitude trop vite. Si on avait pu avoir plus tôt un contact avec notre cellule, donc entre médecin et cellule, avant qu'il prononce l'inaptitude, à ce moment-là il y aurait eu des solutions. Et souvent malheureusement, les médecins du travail nous orientent des situations en disant « J'ai posé l'inaptitude au poste, maintenant il faut que… ». Et là, nous, on n'a pas de baguette magique et c'est un peu compliqué sur des délais courts. Une fois que l'inaptitude a été posée au poste, finalement, l'employeur est dans le truc de « Moi, j'ai un mois pour chercher la solution. Si ça va au-delà d'un mois, je ne fais pas ». Et donc l'idée serait plutôt de voir s'il n'y a pas possibilité soit de remettre la personne en arrêt, soit de faire des aménagements qui sont incomplets, mais qui permettent de soulager sur un temps court qui va nous permettre de faire la recherche de solutions ; et vraiment de réfléchir aussi à cette temporalité de l'inaptitude qui est malheureusement très rigide de par la loi et qui fait que derrière, pour l'employeur, on n'a finalement qu'un mois pour faire la recherche de solutions et ça complexifie un peu la chose aussi.

Amélie ADAM

C'est vrai que là-dessus, il y a des choix parfois politiques à faire ou des axes à donner. Parce qu'en fait, tant que le salarié est en période de soin, même si on le voit, souvent tant que ce n'est pas vraiment stabilisé, on a du mal à travailler sur le projet professionnel. Il a toujours l'espoir qu'il va s'améliorer, même si nous, on sent bien qu'on s'oriente vers des séquelles. Tant qu'il y a des soins en cours, il a quand même du mal à se projeter sur « il va falloir que je change de métier ». On ne peut commencer à travailler que quand il a accepté l'idée qu'il fallait réfléchir éventuellement sur un changement de métier. Et là souvent, la médecine-conseil estime que le temps du soin est terminé, donc on arrive vers la fin de l'arrêt et le temps est trop court pour travailler sur des solutions professionnelles qui prendraient plus de temps. Alors qu'il y a un vrai intérêt peut-être pour le maintien dans l'emploi. Donc, tout ça, c'est compliqué. Le rapport IGAS justement, plaide aussi pour qu'il y ait un lien qui se maintienne entre le salarié et l'entreprise pendant l'arrêt. C'est vrai que le temps d'arrêt maladie, c'est un temps de suspension du contrat de travail et donc souvent, il peut n'y avoir aucun lien entre le salarié et l'entreprise. Et il revient au bout de deux ans, il s'est passé plein de choses, le lien est parfois un peu cassé, alors qu'il avait pu être assez bon. Finalement le lien s'est distendu et c'est souvent le moment où il revoit le médecin du travail, alors que peut-être qu'on aurait pu faire des choses plus tôt. Il y a sûrement une réflexion à avoir sur le temps que prend finalement le maintien dans l'emploi quand on a des enjeux de formation ou de reclassement sur un autre poste.

Amandine PELISSOU

Vous parlez du rapport IGAS, il est aussi assez insistant sur le fait qu'il y a peu de relations entre les différents médecins, les trois médecins acteurs, le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil. C'est vraiment quelque chose que je vois au jour le jour dans la pratique. S'il y avait plus de lien entre les différents médecins, on aurait aussi plus de solutions. Parce que même si le médecin-conseil, d'après la loi et le Code de la Sécurité Sociale, doit prendre contact avec le médecin du travail, il ne le fait pas forcément. Peu importent les raisons, mais il ne le fait pas forcément. Le lien entre le médecin du travail et le médecin traitant est souvent compliqué car les médecins traitants ont

une forme d'appréhension du fait que le médecin du travail soit avec l'entreprise. Il y a des liens qui sont complexes et je pense qu'il y a vraiment un truc à jouer aussi à ce niveau-là, au niveau de cette articulation. Pour vous donner un exemple très concret, j'avais eu une situation d'un monsieur qui avait fait une rupture de la coiffe de rotateurs, il était sur un poste de mécanicien poids lourds, donc il était en fosse avec les bras levés toute la journée. Il a été consolidé par le médecin-conseil du jour au lendemain, et donc ce monsieur est venu dans mon bureau en pleurant. J'ai appelé le médecin du travail et je lui ai dit « Il faut vraiment qu'on fasse quelque chose parce que là, ce monsieur, ce n'est pas possible qu'il y ait une consolidation comme ça ». Et le médecin du travail a réussi à instaurer un dialogue avec le médecin-conseil qui finalement a retardé la consolidation. Et finalement, on a fait un maintien sur le poste avec une pension d'invalidité 2e catégorie. Alors, ce n'était même pas sur le poste, c'était avec un reclassement dans l'entreprise parce que le médecin-conseil nous avait donné trois mois supplémentaires.

Amélie ADAM

Ça, j'en suis persuadée ; parce que justement j'ai connu les deux systèmes. Quand je travaillais en service inter, les médecins-conseils, c'était les médecins-conseils de la CPAM avec lesquels je n'avais pas beaucoup de lien. Donc, je leur passais un coup de fil quand j'en avais besoin. Actuellement, puisqu'on a une caisse interne, le médecin-conseil est dans le bureau en face du mien. Donc je le vois facilement. Notamment pour le dernier cas où il y avait eu une intervention chirurgicale minime en décembre, le médecin-conseil me l'a réadressée en me disant « On s'oriente vers une reprise de travail », mais la salariée s'est effondrée dans mon bureau en disant « J'en suis incapable, je n'arrive pas à faire ce métier-là ». Je suis allée voir le médecin-conseil en disant « En fait, elle ne va pas reprendre maintenant », et elle m'a dit ok. Effectivement je pense que c'est plus simple, plus il y aura de liens entre médecin-conseil et médecin du travail, plus ce sera simple. Et on en a besoin aussi du médecin traitant parce que c'est lui qui est le chef d'orchestre et qui pourrait aussi nous adresser les gens un peu en amont. Donc, c'est sûr que ça fait partie des pistes sur lesquelles on peut travailler.

Catherine DELGOULET

Je vous ai entendue tout à l'heure, il me semble, parler de pénalité ou de pénalisation à l'absentéisme. J'aurais voulu en savoir un peu plus sur ces questions-là. Qui est pénalisé ? Qui pénalise ? Comment ?

Amélie ADAM

Ce n'est pas de la pénalisation individuelle. D'ailleurs, je pense que « pénalisation », ce n'est pas le bon terme, vous avez raison. Je ne sais pas si c'est une prime au présentéisme, mais effectivement dans l'entreprise dans laquelle je suis actuellement, les entités ont des indicateurs sur le présentéisme.

Catherine DELGOULET

Donc, c'est de la performance.

Amélie ADAM

C'est de la performance. Elles sont classées. Les directions régionales sont classées tous les ans et regardent ces chiffres : quand on est passé de la 23e à la 8e place, c'était un peu une victoire. On a fait des choses.

Derrière tout ça, il y a des mécanismes parfois un peu pervers, c'est vrai, mais il y a aussi une volonté de l'entreprise que le salarié soit plutôt au travail qu'à la maison, et ça implique forcément de leur côté d'accepter qu'il soit éventuellement au travail avec des restrictions, des aménagements de poste,

une moindre productivité, des difficultés. En tout cas, ça rentre dans la balance, et il faut savoir rebondir dessus pour faire le maintien dans l'emploi.

Catherine DELGOULET

Comme c'est un indicateur de performance, est-ce que ça crée des liens peut-être avec les services de production et la médecine du travail qui contribueraient à construire ces indicateurs de performance des services par ailleurs ? Est-ce que ça fait rentrer d'autres acteurs dans la réflexion ?

Amélie ADAM

Forcément, parce que de toute façon, pour faire reprendre quelqu'un de façon un peu anticipée ou pour adapter son poste, ils ont besoin de nous. Donc ils vont venir nous solliciter. Après, c'est sûr que le fait d'être médecin en service autonome nous donne une certaine proximité. De toute façon, ils nous sollicitent déjà facilement. Cette proximité existe déjà. Mais en tout cas, ça oblige à discuter clairement du fait qu'il y a une difficulté de santé avec un impact au travail, et que donc il faut adapter l'activité de travail au salarié et pas l'inverse. Ça oblige à se mettre sur ce positionnement-là qui, pour le coup, est plutôt satisfaisant.

Catherine DELGOULET

D'accord.

Amélie ADAM

Mais bien sûr, il peut aussi y avoir des effets pervers. On peut aussi tenter de faire revenir des gens beaucoup trop tôt. C'est à nous de faire attention pour que le maintien dans l'emploi ne se fasse pas aussi au détriment de la santé du salarié. Parfois, il faut reconnaître que le maintien dans le poste n'est pas possible et que c'est un maintien dans l'emploi qu'il faut faire et pas un maintien dans le poste à tout prix.

Catherine DELGOULET

S'il n'y a plus de questions, on va s'arrêter là pour cette première présentation, faire une pause jusqu'à 16 heures, puis reprendre avec le prochain exposé. Merci beaucoup.

(*Applaudissements*)

Chapitre 3

COMMENT QUANTIFIER LES RÉPERCUSSIONS DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUR LA SUITE DE LA VIE DE TRAVAIL ?

Céline MARDON, statisticienne, ergonome, Cnam-CRTD, CEET, Creapt

Céline MARDON

Pour mon exposé d'aujourd'hui, on m'avait demandé un cadrage macro-statistique sur la thématique du séminaire. Je vais vous montrer quelques résultats seulement, parce que ce serait quand même long de faire le tour de tout ce qui existe ; et puis je voulais en profiter pour aborder un peu des questions de méthodologie aussi, d'où le titre de ma présentation que j'ai intitulée « Comment quantifier les répercussions des problèmes de santé sur la suite de la vie de travail ? ».

Du coup ce dont je vais vous parler là ce sont des études exclusivement quantitatives, mais ça ne veut évidemment pas dire qu'il n'y a pas des études quanti-quali ou uniquement quali sur le sujet. Toutes les autres présentations dans ce séminaire sont là pour en attester d'ailleurs. Ce n'est en aucun cas non plus une manière de considérer que le quantitatif se suffit à lui-même, je tiens à le préciser. Donc voilà, ça correspond juste à un choix pour cet exposé-là.

Alors ma présentation va donc être composée d'exemples de traitements quantitatifs sur le sujet et de leurs résultats, avec on va le voir des façons de prendre la santé et les répercussions sur le travail qui sont différentes selon les cas. Je détaillerai un peu plus un dernier exemple, et puis je conclurai en revenant donc aussi un peu sur des questions de méthodologie.

Exemples de quantification des répercussions de problèmes de santé sur la suite de la vie de travail

Je vais commencer par vous présenter quelques études sur la question du maintien dans l'emploi en général en cas de problème de santé, le plus souvent à partir de données longitudinales, pour quantifier plutôt le non-maintien d'ailleurs ; et puis on verra que l'une des études va un peu plus loin en qualifiant, en décrivant un peu plus précisément ce que peuvent être les impacts de la santé sur le travail et l'emploi ultérieurs, avec des données rétrospectives.

- Saurel-Cubizolles M.-J. & coll, 2011. État de santé perçu et perte d'emploi. In : *Travail, Santé, Vieillissement. Relations et évolutions,* Toulouse : Octares.

Je commence donc par une étude intitulée « État de santé perçu et perte d'emploi », qui avait pour objectif de décrire les liens entre des troubles de santé à un moment donné et les sorties d'emploi ultérieures, en considérant donc les troubles de santé comme déterminants, au moins partiels, des sorties d'emploi ; sorties d'emploi du coup appréhendées comme conséquence de ces troubles de la santé. L'idée était de montrer ça, et puis d'analyser la variation de ça selon les contraintes de travail et aussi l'âge.

C'est une étude réalisée avec les données de l'Enquête Santé, Travail et Vieillissement (ESTEV), qui a été réalisée en 2 phases, en 1990 et en 1995, par des médecins du travail, qui ont interrogé les mêmes salariés aux deux dates (plus exactement, ce sont 21400 salariés en emploi qui ont été interrogés en 1990, dont 87% ont pu être revus en 1995). Ces salariés étaient de 4 années d'âge, ils étaient nés en 1938, 1943, 1948 et 1953, et donc âgés de 37 à 52 ans en 1990 (et donc de 42 à 57 ans en 1995).

Et donc ce qui a été fait ici, c'est de mettre en relation divers indicateurs de santé perçue en 1990 et la probabilité de ne plus occuper d'emploi 5 ans plus tard (quelle que soit la modalité de sortie d'emploi). Les analyses ont été réalisées séparément sur les femmes et sur les hommes, « toutes choses égales d'ailleurs », c'est-à-dire au moyen de régressions logistiques qui permettent d'obtenir des résultats indépendants des effets possibles qui viendraient en fait d'autres variables, comme l'âge notamment.

ODDS RATIOS D'ÊTRE SANS EMPLOI EN 1995, SELON LA SANTÉ DÉCLARÉE EN 1990

	Hommes (n=10773)	Femmes (n=7900)
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
NHP - 1990		
Tonus altéré	2,2 (1,9 – 2,5)	1,5 (1,3 – 1,8)
Douleurs	1,9 (1,6 – 2,2)	1,5 (1,3 – 1,8)
Réactions émotionnelles	1,4 (1,2 – 1,6)	1,3 (1,1 – 1,5)
Sommeil altéré	1,5 (1,3 – 1,7)	1,4 (1,2 – 1,7)
Isolement social	1,5 (1,3 – 1,9)	1,1 (0,9 – 1,3)
Mobilité physique altérée	1,8 (1,5 – 2,1)	1,5 (1,3 – 1,8)
Echelle analogique		
>50	2,4 (2,1 – 2,9)	1,6 (1,4 – 1,9)

Un mot sur les indicateurs de santé utilisés : ils sont issus des 6 dimensions de l'échelle du Nottingham Health Profile (NHP : échelle en 38 items en réponse oui/non), dimensions qui ont fait l'objet de plusieurs travaux de validation, ce que soulignent les auteurs pour en justifier le choix. La dernière ligne du tableau correspond à une mauvaise auto-évaluation par le salarié interrogé de son état de santé, sur une échelle allant de « très mauvais état de santé » à « très bon état de santé ».

Donc ce tableau présente les rapports de cote, ou odds-ratios (OR), issus de ces régressions, qui sont une mesure de « l'excès dans le risque d'être sans emploi associé à chaque dimension de la santé. Plus l'OR s'éloigne de 1, plus cet excès de risque est important. » (p.58)

Et ce qu'on voit ici, c'est que tous ces problèmes de santé en 1990 augmentent la probabilité de ne plus être en emploi 5 ans plus tard (sauf « l'isolement social » chez les femmes).

On observe donc bien un effet de sélection par la santé.

- Jusot F. & coll, 2007. Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. *Questions d'économie de la santé*, 125, Irdes.

Toujours sur la question du maintien dans l'emploi en cas de problèmes de santé, je vais maintenant vous parler d'une autre étude, qui s'est également intéressée aux sorties d'emploi consécutifs à des problèmes de santé, mais cette fois en distinguant les différentes modalités de sortie d'emploi.

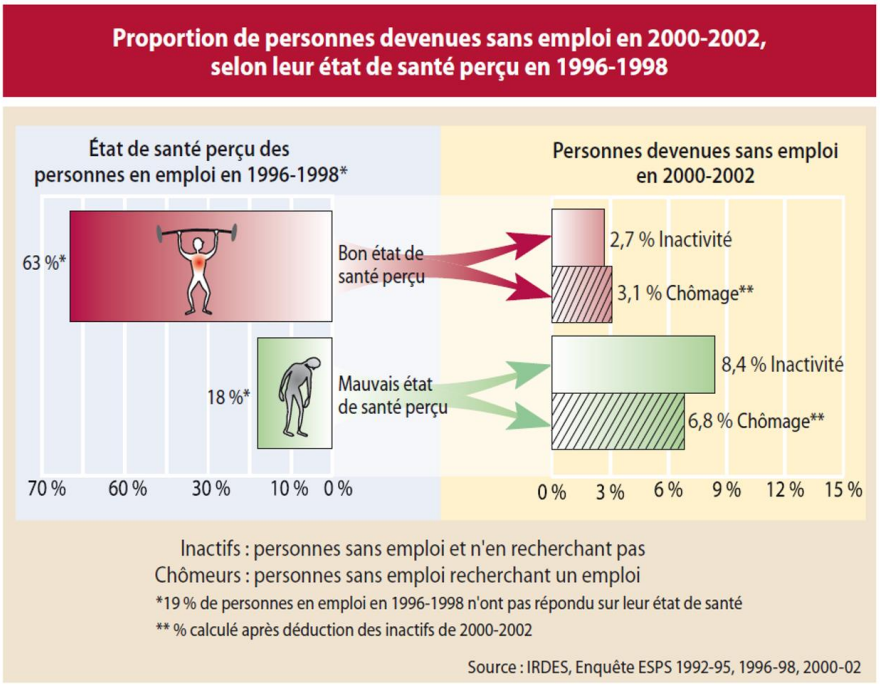
Ainsi, l'objectif affiché par les auteurs (chercheurs à l'Irdes et à l'Ined) était d'analyser les liens entre état de santé, participation au marché du travail et risque de chômage.

Ce sont là aussi des données longitudinales qui ont été exploitées, mais cette fois issues des Enquêtes Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). « Ces enquêtes interrogent des ménages dont au moins l'un des membres fait partie d'un échantillon représentatif des assurés des 3 principaux régimes d'assurance maladie. De 1992 à 2002, cet échantillon a été enquêté à 3 reprises » (p.2), on a donc des informations sur les mêmes individus à ces 3 dates. Ici, les auteurs se restreignent aux âgés de 30 à 54 ans qui sont en emploi à la date initiale, pour chaque duo de date, donc un peu plus de 4000 personnes pour les 2 appariements possibles.

Et les auteurs vont croiser la santé à la première date et la situation d'emploi à la seconde (je vais vous montrer un résultat juste après), puis utiliser le même genre de traitement « toutes choses égales d'ailleurs » que dans l'étude dont je vous ai parlé juste avant.

Sauf qu'ici, ce ne sont pas les mêmes indicateurs de santé qui sont retenus : les auteurs utilisent aussi la santé perçue (mais à partir d'une note de 0 à 10 donnée par l'enquêté, 0 correspondant à « très mauvaise santé » et 10 à « excellente santé ») ; par ailleurs ils utilisent la « déclaration d'au moins une maladie incapacitante » (définie sur la base d'une caractérisation des maladies par les chercheurs de l'IRDES, en fonction de leurs conséquences fonctionnelles) ; et enfin ils utilisent la présence d'une affection de longue durée (repérée quand le répondant déclare être pris en charge à 100% par la sécurité sociale, l'Etat ou le département).

Et puis l'autre différence avec l'étude précédente, c'est que la situation professionnelle n'est pas dichotomisée entre « en emploi » et « hors emploi », mais un peu plus détaillée, en distinguant le chômage et l'inactivité pour la situation « hors emploi ».



Je vous ai reproduit ici l'une des illustrations de l'article, qui est assez parlante. Elle montre, selon l'état de santé perçu en 1996-98, la proportion des personnes devenues sans emploi 4 ans plus tard, en faisant le distinguo entre chômage et inactivité.

Déjà, on voit qu'il y a (heureusement) davantage de personnes en bonne santé (63%) qu'en mauvaise santé (18%) à la date initiale. Par contre, la proportion de gens qui basculent dans l'inactivité ou le chômage est bien plus grande parmi ceux en mauvaise santé. Globalement, il y a 14,6% de gens qui sortent de l'emploi parmi ceux qui étaient en mauvaise santé, contre seulement 4,7% parmi ceux qui s'estimaient en bonne santé. Et puis on voit qu'il y aurait plutôt un peu plus de sortie d'emploi vers l'inactivité que vers le chômage pour les gens en mauvaise santé.

Ensuite, les auteurs ont mené des analyses « toutes choses égales d'ailleurs », en contrôlant sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le type de contrat de travail, la situation familiale et la présence d'enfants de moins de 6 ans dans le ménage. Ils ont donc obtenu des résultats sur les liens entre la santé altérée et les sorties d'emploi 4 ans plus tard, dont on est sûrs qu'ils ne reflètent pas des effets indirects de ces variables-là.

Et je vous donne quelques résultats sur l'appariement le plus récent :

- La mauvaise santé perçue multiplie par 2,2 la probabilité d'être sorti de l'emploi 4 ans plus tard (par rapport à ceux qui s'estimaient en bonne santé), et les affections de longue durée multiplient cette probabilité par 2,6 (par rapport à ne pas en avoir) ;

- Quand ils distinguent ensuite entre inactivité et chômage, les affections de longue durée multiplient même par 3,9 la probabilité d'être devenu inactif 4 ans plus tard.

Voilà donc en tout cas, même si les outils utilisés ne sont pas les mêmes, ça confirme ce qu'on avait vu dans l'étude précédente.

• Mette C. 2015. Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé - Un maintien en emploi plus difficile. *Dares Analyses*, 68.

Une troisième étude maintenant, toujours axée sur la question de l'avenir professionnel en cas de problèmes de santé, mais qui s'intéresse aussi à qualifier les divers impacts vécus de la santé sur la vie professionnelle (c'était la deuxième sous-puce de la diapo de départ si vous vous souvenez, on va voir ça dans un deuxième temps).

Ce qui permet de faire les deux c'est l'outil utilisé, l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP), qui comportait une approche rétrospective biographique dans la première vague de l'enquête réalisée en 2006, combinée à une approche longitudinale puisque les questions sur la situation actuelle posées en 2006 l'ont été de nouveau 4 ans plus tard, lors de la deuxième vague de l'enquête, en 2010. En tout, ce sont 11 000 individus qui ont pu être interrogés les 2 fois.

Pour cette étude, les auteurs se sont restreints au champ des actifs occupés en 2006, soit environ 7700 personnes.

- Avec les données longitudinales, ils ont pu mettre en lien l'état de santé de 2006 avec la situation d'emploi 4 ans plus tard, avec des croisements, et des régressions pour constater des effets « toutes choses égales d'ailleurs » ; ça c'est du même genre que les 2 études précédentes ;

- Et en se basant sur le questionnement rétrospectif, ils ont aussi pu faire des choses à partir de ce que les individus interrogés percevaient eux-mêmes des impacts de leur santé sur leur itinéraire professionnel.

Alors on va d'abord voir ce qui a été fait à partir des données longitudinales.

Les auteurs se sont basés sur la question « Comment est votre état de santé général ? », à laquelle les enquêtés pouvaient répondre « très bon », « bon », « moyen », « mauvais », ou « très mauvais » (c'est une question issue du mini module européen, composé de trois questions : celle-ci sur la santé perçue, une question sur les maladies chroniques, et une troisième sur les limitations d'activité, pour avoir trois approches de la santé - « subjective », « médicale », et « fonctionnelle »).

Ils considèrent que la santé est altérée si les enquêtés répondent « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ». Pour vous donner une idée, « en 2006, un homme actif sur cinq et une femme active sur quatre signalent une santé altérée » (p.1).

Tableau 1 • **Situation d'emploi en 2010 et état de santé déclaré en 2006***

En %

			En emploi	À la recherche d'un emploi	En inactivité**	En retraite	Décédé	Total
État de santé des actifs occupés de 2006	Hommes	Bonne santé	85,0	3,9	1,0	9,5	0,7	100
		Santé altérée	70,0	6,5	4,6	16,9	2,1	100
	Femmes	Bonne santé	85,8	3,5	2,2	8,3	0,3	100
		Santé altérée	71,6	6,5	5,3	15,0	1,5	100
	Ensemble	**Bonne santé .....**	**85,4**	**3,7**	**1,6**	**8,8**	**0,5**	**100**
		Santé altérée.....	**70,9**	**6,5**	**5,0**	**15,9**	**1,7**	**100**

* Pour neutraliser l'effet d'âge des personnes en mauvaise santé en 2006, la répartition par âge de l'ensemble de la population a été appliquée pour les hommes et pour les femmes.

** L'inactivité regroupe ici les étudiants, les hommes ou femmes au foyer, les personnes en incapacité de travailler.

Et ils ont croisé la santé de 2006 avec la situation 4 ans après, ce qui permet de constater que la santé altérée en 2006 est liée à un moindre maintien dans l'emploi entre 2006 et 2010. Si on regarde les deux dernières lignes du tableau, pour la situation « en emploi » on voit 14,5 points de pourcentage de différence entre individus en bonne santé et individus à la santé altérée, en défaveur de ces derniers. Et en regardant les autres colonnes, on se rend compte que sur ces 14 points de différence, 2,8 points correspondent à la différence entre individus en bonne et en mauvaise santé qui sont à la recherche d'un emploi, 3,4 points pour l'inactivité, 7,1 points sur les départs en retraite, et 1,2 points de différence sur les décès entre les 2 dates.

Donc là encore, avec encore un autre outil, et même si du coup les chiffres ne sont pas strictement identiques (ce qui s'explique en partie par le fait qu'on a changé de champ de population étudiée), ça confirme ce qu'on avait vu précédemment.

Après, les auteurs ont pu préciser grâce aux régressions logistiques que « toutes choses égales d'ailleurs », le maintien dans l'emploi est particulièrement difficile pour les hommes qui rencontrent des problèmes de santé d'ordre psychologique, encore davantage qu'avec des troubles d'ordre physique. Quand je dis « toutes choses égales d'ailleurs », je reprécise que ça veut dire indépendamment de l'effet propre des autres variables insérées dans l'analyse, c'est-à-dire ici l'âge, la catégorie socio-professionnelle, les revenus du ménage, et puis des caractéristiques de l'emploi et du travail en 2006 avec le secteur d'activité, le type de contrat, les horaires, la pénibilité physique, le manque d'autonomie, etc.

Alors maintenant, on sort du longitudinal pour s'intéresser aux conséquences perçues rétrospectivement par les gens de leur santé sur l'ensemble de leur vie professionnelle.

L'enquête SIP posait en 2010 la question : « Pensez-vous que globalement, votre état de santé a eu des conséquences sur votre vie professionnelle ? ». Un peu plus du tiers des actifs occupés et en mauvaise santé en 2006 répondent par l'affirmative ; 37% pour les hommes et 35% pour les femmes.

Il leur était également proposé de préciser ces conséquences. Du côté des conséquences négatives, on retrouve la perte de l'emploi, l'accroissement des difficultés à trouver un emploi stable, ou un frein mis à la carrière professionnelle. Ça concerne 17% de ces actifs occupés et en mauvaise santé en 2006. Par ailleurs pour 10% d'entre eux, « les conséquences peuvent aussi prendre la forme d'un changement de poste, de métier ou de profession » (p.4), et pour 10% là-aussi il peut s'agir d'aménagement de poste et des conditions de travail, d'une réduction du temps de travail, ou encore d'une aide à la mobilité sur le lieu de travail. Du côté des aménagements de poste, les auteurs précisent qu'ils sont davantage cités par les femmes (14%, contre 6% des hommes) ou par les employés (12%, contre 9% pour les ouvriers). L'état de santé dégradé vécu comme un frein à la carrière est davantage cité par les cadres et les professions intermédiaires : 18%, contre 15% des employés et des ouvriers.

Donc on a vu au travers de ces trois études (et il y en a évidemment bien d'autres) que les problèmes de santé peuvent nuire au maintien dans l'emploi. On va maintenant s'intéresser à deux études qui

portent sur des aspects spécifiques de la santé, puis à deux autres qui portent sur des conséquences spécifiques de la santé sur la vie de travail.

On commence donc par une étude qui cherche à évaluer l'impact des accidents et maladies chroniques, spécifiquement ceux qui ne sont pas liés au travail, sur le temps de trajectoire professionnelle passé en et hors emploi.

- Duguet E., Le Clainche C., 2012. L'impact d'évènements de santé non liés au travail sur le devenir professionnel. *Connaissance de l'emploi*, n°91, CEE.

Donc l'objectif de cette étude c'est ce que je viens d'énoncer : quantifier les impacts d'évènements de santé non professionnels sur la carrière des actifs. Et les auteurs précisent que l'enjeu de leur étude est « d'identifier la population qui présente des risques de participation réduite au marché du travail et de suggérer des actions de politiques publiques susceptibles d'améliorer sa réinsertion dans l'emploi après un événement de santé non professionnel » (p.1).

Alors pour cela, ils ont exploité les données rétrospectives de la première vague de l'enquête SIP, en 2006, qui portait sur 14 000 individus issus de la population française et alors âgés de 20 à 74 ans. Sur la base d'une grille biographique, les étapes du parcours professionnel des enquêtés ont été identifiées annuellement, en distinguant les périodes d'emploi, de chômage et d'inactivité. Et puis des éléments aussi sur le « parcours de santé » avec des questions sur les problèmes de santé avant, pendant et après la vie professionnelle. Pour leur étude, les auteurs ont restreint le champ aux individus âgés de 20 à 59 ans, en excluant de la base initiale les retraités et préretraités.

Ils prennent en compte deux événements de santé non professionnels : les accidents domestiques et de la route (hors trajet domicile-travail), et les maladies chroniques reconnues en affections de longue durée par la Caisse nationale d'assurance maladie. Et ils n'en retiennent que la première occurrence.

Les analyses sont menées sur trois échantillons distincts : « celui des personnes ayant eu un accident, celui des personnes ayant eu une maladie chronique, et celui des personnes n'ayant eu ni accident ni maladie chronique ». C'est pour les deux premiers qu'ils vont estimer « les probabilités d'être en emploi, au chômage ou en inactivité avant et après un événement de santé à partir des durées passées en emploi, au chômage ou en inactivité » (p.2).

Pour cela ils utilisent la méthode de « différence des différences avec appariement exact ». Il s'agit d'apparier les individus deux à deux sur leurs caractéristiques individuelles, pour comparer les individus avec évènement de santé à des individus dits « jumeaux », c'est à dire qui ont les mêmes caractéristiques individuelles en dehors du fait qu'ils n'ont pas connu ces évènements de santé. Je ne rentrerai pas dans le détail, mais ce que permet cette méthode c'est de s'affranchir non seulement des effets des variables individuelles (celles disponibles dans l'enquête en tout cas), des effets temporels, et des effets de variables individuelles inobservables, pour ne garder qu'une sorte d'effet « pur » de ce qui les intéresse, à savoir les évènements de santé non professionnels.

Effet des accidents et des maladies chroniques sur l'activité professionnelle

En % de la trajectoire professionnelle.* : significatif au seuil de 10 % ; ** : significatif au seuil de 5 %

		Accident			Maladie chronique		
Échantillon	Part de temps passée en	Avant	Effet	Après	Avant	Effet	Après
Ensemble	Inactivité	10,7	5,3**	16,0	14,1	7,7**	21,8
	Chômage ≥ 1an	2,3	0,7	3,0	2,4	-1,0	1,4
	Emploi	87,0	-6,0**	81,0	83,5	-6,7**	76,8
Femmes	Inactivité	20,2	7,2**	27,4	20,9	8,8**	29,7
	Chômage ≥ 1an	2,6	-0,7	1,9	2,7	-1,3	1,4
	Emploi	77,2	-6,5**	70,7	76,4	-7,5**	68,9
Hommes	Inactivité	3,7	3,8**	7,5	3,8	6,1**	9,9
	Chômage ≥ 1an	2,0	1,7	3,7	1,8	-0,7	1,1
	Emploi	94,3	-5,5**	88,8	94,4	-5,4**	89,0
Primaire	Inactivité	26,9	9,2*	36,1	24,8	17,2**	42,0
	Chômage ≥ 1an	0,2	4,4	4,6	2,3	1,3	3,6
	Emploi	72,9	-13,6**	59,3	72,9	-18,5**	54,4
Secondaire	Inactivité	6,4	5,1**	11,5	12,3	6,9**	19,2
	Chômage ≥ 1an	4,0	-0,4	3,6	2,6	-2,5	0,1
	Emploi	89,6	-4,7**	84,9	85,1	-4,4**	80,7
Bacca-lauréat et plus	Inactivité	7,9	3,6*	11,5	9,6	3,1**	12,7
	Chômage ≥ 1an	1,4	0,1	1,5	2,1	-1,1	1,0
	Emploi	90,7	-3,7	87,0	88,3	-2,0	86,3

Ce tableau résume les effets des accidents et maladies chroniques sur l'activité professionnelle, d'une part pour les accidentés et d'autre part pour les gens atteints de maladies chroniques. Et puis on a les mêmes résultats en distinguant par sexe et niveau de formation initiale dans ces deux populations.

Alors qu'est-ce que nous dit ce tableau ? Je vous explique comment le lire : le premier chiffre en haut à gauche (10,7 %) concerne les accidentés, ça représente la probabilité de rester inactif avant la survenue d'un accident. C'est à dire qu'avant l'accident, les individus passent en moyenne 10,7% de temps de leur trajectoire professionnelle en inactivité. Les 5,3%, c'est l'effet estimé de l'accident : c'est-à-dire qu'avoir un accident augmente de 5,3% le temps passé en inactivité, ce qui porte la durée d'inactivité à 16% de l'ensemble de la trajectoire professionnelle après l'accident.

La ligne du dessous c'est l'effet de l'accident sur la durée au chômage, et on voit que ce n'est pas énorme. Et encore en-dessous, en miroir, on a l'effet inverse sur la durée passée en emploi sur toute la trajectoire : un accident diminue de 6% cette durée.

On voit la même chose côté maladies chronique, avec des effets encore un peu plus forts sur la durée passée en inactivité et la durée passée en emploi, sur l'ensemble de la trajectoire professionnelle.

Et alors je vais commenter directement le résultat le plus marquant je trouve, c'est que ces effets des accidents et maladies sont très différenciés sur le niveau de diplôme. Et on voit que l'effet « collatéral » de la formation initiale joue encore plus côté maladie que côté accident. On voit que la survenue d'une maladie accroît la durée d'inactivité de 17,2 points, alors que ça n'ajoute que 3,1 point à la durée d'inactivité des personnes avec le bac ou plus. En miroir on voit que la durée en emploi diminue de 18,5 points pour les niveaux primaires, et de seulement 2 points pour les niveau bac et plus.

On va maintenant s'intéresser à une autre étude qui porte sur des aspects spécifiques de la santé, puisqu'il s'agit de quantifier l'effet pénalisant du cancer sur l'emploi, à divers horizons.

- Barnay T. & coll, 2015. La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie. *Economie et statistiques*, n° 475-476, p. 157-186.

Il va s'agir d'évaluer l'impact de un à cinq ans d'un cancer qui se déclare, sur la situation professionnelle et la durée passée en emploi, maladie et chômage, pour des salariés du secteur privé. Pour ce faire, les auteurs exploitent la base de données administratives Hygie, structurée en panel à partir de 2005, pour un échantillon de salariés du secteur privé. La structure en panel, ça veut dire qu'on a les informations sur les mêmes individus tout au long du temps qui passe.

Hygie contient deux types d'informations qui leur sont utiles. D'une part tout ce qui concerne les carrières professionnelles, avec des données qui viennent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Et d'autre part des données médicales de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), qui leur permettent d'identifier les épisodes de maladie, et notamment les individus atteints d'un cancer et depuis quand. Je ne rentre pas plus dans le détail, ceux qui veulent toutes les précisions pourront lire l'article.

Comme dans l'étude précédente, c'est la méthode de double différence avec appariement exact qui est utilisée, pour « estimer l'effet propre de la survenue du cancer sur les situations professionnelles postérieures », en permettant « d'éliminer l'effet des différentes sources d'hétérogénéité individuelle », précisent les auteurs (p.163-164). Je ne m'attarde pas là-dessus.

Les principaux résultats de cette étude confirment l'effet pénalisant du cancer sur l'emploi.

UN EFFET PÉNALISANT DU CANCER SUR L'EMPLOI

- 1ere année après diagnostic : ↗ du nombre de trimestres d'arrêts maladie enregistrés
  - de 1,7 pour les femmes
  - de 1,2 pour les hommes
- Baisse de l'employabilité avec le temps : ↘ proportion de salariés employés au moins un trimestre
  - ↘ de % de 8 points pour les femmes et 7 points pour les hommes dans l'année suivant la survenue du cancer
  - …et jusqu'à 13 points cinq ans plus tard
  - Effet de la maladie à cinq ans renforcée par l'avancée en âge :
    - -15 points de pourcentage pour les hommes > 51 ans
    - -19 points pour les femmes > 48 ans

La première année après la déclaration du cancer (que les auteurs disent correspondre au temps des traitements) augmente la durée des arrêts maladie de 1,7 trimestres pour les femmes et de 1,2 trimestres pour les hommes. Les auteurs soulignent que « la différence observée entre hommes et femmes peut s'expliquer par le caractère plus invalidant de certains traitements des cancers féminins » (p.180).

Et puis ils trouvent une diminution de la proportion d'individus qui ont validé au moins un trimestre en emploi, pendant l'année qui suit la survenue du cancer, à hauteur de 8 points de pourcentage pour les femmes et de 7 points de pourcentage pour les hommes. La profondeur temporelle de leur étude leur permet de constater la persistance et même l'amplification des effets de la maladie sur l'éloignement du marché du travail, puisqu'à horizon de cinq ans, la probabilité d'être employé au moins un trimestre dans l'année est plus faible de 13 points de pourcentage pour les personnes malades. Ils évoquent l'âge de survenue du cancer comme une variable clé pouvant expliquer les différences de réinsertion professionnelle. Ils constatent que la situation vis à vis de l'emploi, 5 ans après la survenue du cancer, est beaucoup plus détériorée pour les plus âgés : la proportion d'hommes de plus de 51 ans en emploi chute de 15 %, et celle des femmes de plus de 48 ans en emploi diminue de 19 % (contre respectivement 12 % de 8 % chez les plus jeunes). Les auteurs allèguent que cette « baisse de la probabilité d'exercer un emploi à moyen terme pour les individus plus âgés peut s'expliquer par un

phénomène de double peine qui peut conduire à des effets amplifiés d'exclusion du marché du travail » (p.179).

Alors on va maintenant s'intéresser à deux études qui portent sur des conséquences spécifiques de la santé sur la vie de travail, et on commence par une étude qui s'intéresse aux interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle.

• Gourdol A. 2005. Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle. *Etudes et Résultats*, 418, Drees.

Ici l'objectif était d'analyser la situation des personnes ayant déclaré avoir déjà interrompu leur activité au moins 4 semaines au cours de leur vie professionnelle passée, pour des raisons de santé.

L'auteure utilise les données issues de l'enquête décennale sur la santé 2002-2003 de l'Insee (qui porte sur 35 000 personnes de France métropolitaine). C'est une enquête avec en gros trois objectifs : connaître à la fois l'état de santé de la population, les consommations et soins de prévention, et les relations entre santé, consommation et caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et de leur ménage.

Il s'agit d'une enquête transversale, avec laquelle on ne peut pas observer le parcours des individus, cela dit, elle appréhende certains évènements de leur vie avec des questions rétrospectives. Et à partir de deux de ces questions, il était possible de quantifier les interruptions d'activité professionnelle des enquêtés au cours de leur vie active.

La première question était : « Au cours de votre vie professionnelle, (à partir de votre premier emploi et jusqu'à votre dernier emploi), pendant combien de mois n'avez-vous pas travaillé (chômage, inactivité, longue maladie, études, service militaire…) ? »

Et une deuxième question était posée en complément : « Au cours de ces mois ou ces années, avez-vous :

- Été au chômage
- Été arrêté une ou plusieurs fois au moins 6 mois consécutifs pour raisons de santé
- Été arrêté une ou plusieurs fois entre 1 et 6 mois pour raisons de santé
- Arrêté votre activité pour d'autres raisons »

L'auteure précise que comme ces questions n'étaient pas présentes dans la version antérieure de l'enquête, aucun résultat ne pouvait être présenté en termes d'évolution.

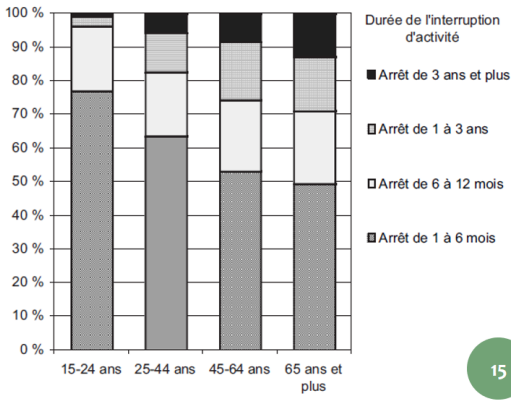
Dans cette étude, ce sont donc uniquement les interruptions d'activité d'au moins quatre semaines consécutives pour raison de santé qui sont retenues, et pas les autres modalités de ces interruptions (les congés maternité, considérés comme une « interruption d'activité normale » (p.1), n'ont pas été pris en compte non plus). L'auteure s'est donc focalisée sur une conséquence en particulier de la santé sur l'activité.

Et la population qu'elle retient sont les enquêtés âgés de 15 ans et plus, en activité ou l'ayant déjà été, avec ces critères d'interruption que je viens de détailler, soit un peu plus de 3700 personnes, représentatives d'environ 5,6 millions d'individus.

COMBIEN ET QUI SONT LES ACTIFS CONCERNÉS PAR CES INTERRUPTIONS D'ACTIVITÉ ?

- 14% des actifs ou anciens actifs se sont arrêtés ≥ 4 semaines consécutives pour raison de santé.
- Parmi eux :
  - 44% pour ≥ 6 mois
  - 8% pour ≥ 3 ans
- 14,5% chez les hommes et 13,1% chez les femmes
- + d'arrêts maladie, y compris de longue durée
  - dans l'industrie et le bâtiment
  - chez les ouvriers et les employés

- Effet d'âge :
  - < 6% des 15-24 ans
  - contre 18% des 45-64 ans



Et donc ici l'idée était d'étudier cette population « d'interrompus », de comprendre combien et qui sont les individus concernés.

Je vous cite quelques résultats :

- Il y a « près de 14 % des actifs ou anciens actifs (qui) déclarent avoir, depuis le début de leur vie professionnelle, cessé leur activité au moins quatre semaines consécutives pour une raison de santé » (p.2).

- Parmi eux, près de 44 % se sont arrêtés plus de six mois consécutifs, et 8 % plus de 3 ans. Alors l'auteure fait remarquer que les arrêts longs sont sans doute plus présents que les courts dans la mémoire des enquêtés, et qu'il est donc vraisemblable que ces proportions soient un peu surestimées.

- Un effet d'âge apparaît clairement dans les déclarations : moins de 6% des 15-24 ans ont déjà interrompu leur activité au moins un mois pour raisons de santé, contre 18% des 45-64 ans. C'est un résultat attendu dans la mesure où le risque d'avoir connu un arrêt augmente avec l'âge et l'ancienneté dans la vie professionnelle.

Si on s'intéresse à la répartition des durées des arrêts, on voit clairement que celle-ci augmente avec l'âge. On voit sur le graphique que parmi les 15-24 ans arrêtés au moins un mois, 77% le font pour moins de 6 mois, alors que cette proportion tombe à un peu moins de 50% chez les actifs ou anciens actifs de 65 ans et plus, qui sont davantage concernés par des arrêts plus longs. Ce sont près de 13% d'entre eux qui se sont interrompus 3 ans et plus pour raisons de santé.

- On trouve un peu plus d'hommes que de femmes actifs ou anciens actifs qui se sont arrêtés au moins un mois pour raison de santé : 14,5% chez les hommes et 13,1% chez les femmes. Mais l'écart entre les deux s'amenuise jusqu'à s'annuler quand la durée des arrêts s'allonge.

- C'est dans l'industrie puis la construction qu'on a le plus d'arrêts d'au moins 1 mois : respectivement 10% et 8,7%. C'est le cas également quand on se restreint aux arrêts de plus de 6 mois, avec des proportions voisines de 6,5% dans ces secteurs. Avec une majorité de femmes dans le tertiaire : 60%, et presque que des hommes dans la construction : 90%.

- En matière de catégorie socio-professionnelle, on observe clairement un gradient social : ce sont les ouvriers qui déclarent en proportion plus souvent que les autres catégories des arrêts de travail de plus d'un mois, et les cadres le moins souvent. Après une standardisation sur la structure d'âge, on trouve que 17,2% des ouvriers sont concernés, et à l'opposé, 9,6% des cadres. Et ces différences

sociales sont encore plus prononcées quand on regarde les arrêts prolongés : pour les arrêts de plus de 6 mois, « le risque relatif varie de 1 à plus de 3 d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre » (p.5).

Alors maintenant la seconde étude, qui porte sur des conséquences spécifiques de la santé sur la vie de travail, qui vont être ici l'intention de prendre sa retraite de façon anticipée.

- Volkoff S., Bardot F., 2004. Départs en retraite, précoces ou tardifs : a quoi tiennent les projets des salariés quinquagénaires ? *Gérontologie et Société*, 27(111), p. 71-94.

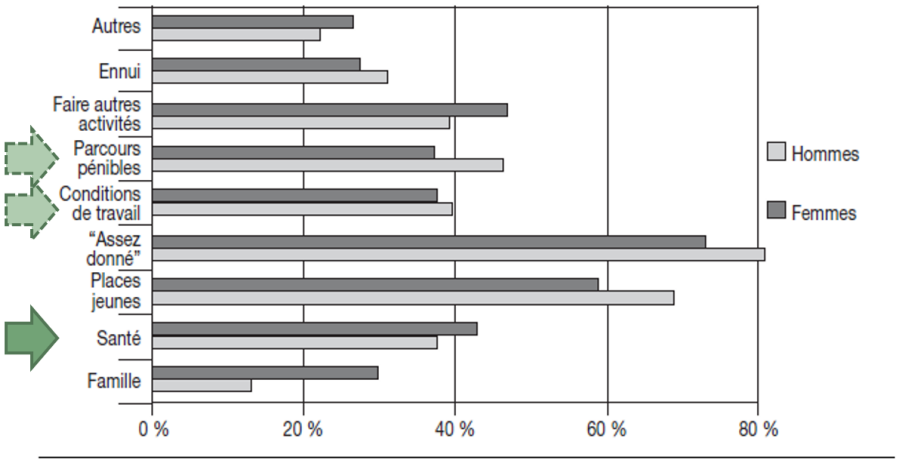
L'objectif de cette étude était d'analyser quelques déterminants des intentions des salariés en matière d'âge de départ en retraite ; et attention, les auteurs précisent bien qu'ils parlent « d'intention » et non de « souhait » à dessein, et que la nuance est importante « car une "intention" n'est pas un souhait " à l'idéal ", car elle tient évidemment compte des dispositions institutionnelles existantes, des enjeux financiers, etc. ». Et ils ont fait cela en s'intéressant surtout aux caractéristiques du travail ou de l'état de santé de ces salariés, « afin justement de ne pas restreindre la réflexion aux seuls enjeux financiers » (p.73).

Cette étude est centrée sur les salariés âgés de 50 ans et plus, car dans cette tranche d'âge les projets de départ peuvent se traduire en actions concrètes dans les quelques années qui suivent. Ils ont utilisé les données de l'enquête « SVP50 » (Santé et Vie Professionnelle après 50 ans), qui a été menée en 2003 par des médecins du travail, auprès d'un échantillon d'environ 11 000 salariés de 50 ans et plus.

Ici les auteurs utilisent des données prospectives, puisque la question de base utilisée est : « par rapport à cet âge (celui où le salarié aura acquis ses droits pour un départ en retraite à taux plein) vous pensez arrêter le travail : avant cet âge ? dès cet âge ? après cet âge ? ». Évidemment, ça n'a de sens de le demander qu'aux salariés qui savent à quel âge ils auront acquis ces droits, d'où une question filtre là-dessus juste avant.

À ceux qui déclaraient l'intention de partir avant l'âge de la retraite à taux plein (qui sont 22,2%), il était proposé de renseigner une liste de raisons possibles : pour raisons familiales, de santé, pour laisser la place à un jeune, parce que qu'ils estiment « avoir suffisamment donné », parce qu'il supportent mal leurs conditions de travail, à cause d'une vie de travail pénible dans son ensemble, parce qu'ils envisagent d'autres activités, à cause d'un travail devenu routinier, ennuyeux, ou bien pour une autre raison. Alors dans la ligne de mon exposé et de la thématique du séminaire, je vais évidemment me focaliser sur certains motifs décrits par les salariés comme déterminant ce choix, notamment celui où ils déclarent que ce serait « pour raisons de santé ». Cela dit, on peut supposer que le fait de mal supporter ses conditions de travail peut éventuellement être lié à un état de santé dégradé, peut-être pas au point de répondre directement « pour raisons de santé », mais suffisamment pour ne plus les supporter et donc ne pas attendre la retraite à taux plein. De même, justifier ce choix par le fait que sa vie de travail dans son ensemble a été pénible peut aller dans le même sens. Je n'écarterai donc pas les résultats liés à ces deux autres motifs de départ anticipé.

Pourquoi arrêter avant ? (en % parmi ceux qui l'envisagent, pour chaque sexe)



Alors qu'est-ce que ça donne ? On voit sur ce graphique que presque 39% des hommes et 42% des femmes qui envisagent un arrêt précoce le font, entre autres, « pour raisons de santé ». Par ailleurs, il y a environ 40% de femmes et presque autant d'hommes qui citent le fait de mal supporter leurs conditions de travail (les pourcentages sont assez voisins), et autant de femmes pour qui la vie de travail a été pénible dans son ensemble, et 43% d'hommes pour qui c'est le cas. On voit donc que les raisons de santé, et les raisons qui pourraient s'y référer indirectement, même si ce ne sont pas les motifs les plus fréquemment donnés ce sont des choses qui reviennent pour une bonne partie des personnes concernées.

Par ailleurs, sans détailler les analyses par catégories sociales, les auteurs précisent que « les raisons liées à la "santé" ou au "parcours pénible" sont […] beaucoup plus fréquentes chez les ouvriers », et que « de façon moins prévisible, les "conditions de travail mal supportées" » sont « assez peu différenciés socialement, même si les ouvriers les mentionnent un peu plus fréquemment » (p.76).

QUELS LIENS STATISTIQUES ENTRE L'INTENTION DE DÉPART PRÉCOCE ET LA SANTÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE ?

Des variables de santé dans une analyse multivariée expliquant l'intention de départ précoce :

Douleurs	(réf .non)	1.14 (.06)
Sensation de se fatiguer vite		1.64 (<.0001)
Se sentir découragé		1.40 (<.0001)

Ensuite, ils ont voulu voir quels liens statistiques existaient entre les intentions de départ anticipé et d'autres variables du questionnaire sur le travail et la santé actuels. Ils ont notamment procédé à une analyse « toutes choses égales par ailleurs » pour rechercher le rôle de chaque variable indépendamment des autres vis-à-vis de ces intentions de départ précoce. Les variables de santé insérées dans le modèle étaient : « Avez-vous des douleurs ? », « Avez-vous la sensation de vous fatiguer vite ? », et « Vous sentez-vous découragé, abattu ? », avec comme réponse possible « oui » ou « non ».

Et ce qu'on obtient, c'est que les douleurs joueraient un peu sur la décision de départ anticipé, mais le résultat n'est guère significatif comparé à ce qu'on obtient pour les 2 autres variables, avec des résultats très significatifs pour le coup : la sensation de se fatiguer vite multiplie par 1,64 la probabilité de vouloir partir avant l'âge de la retraite à taux plein, et se sentir découragé, abattu, multiplie cette probabilité par 1,4. Et ce « toutes choses égales par ailleurs » s'agissant du moins des autres variables insérées dans le modèle, c'est-à-dire que ce qu'on observe sur les variables de santé est indépendant

des critères d'âge de plein droit, de sexe, et d'autres caractéristiques comme le fait de travailler ou non en horaires décalés, sous pression, avec des exigences physiques, et quel que soit le risque de perte d'emploi ou l'existence de changements récents dans le travail. Donc c'est assez intéressant.

Un dernier exemple de quantification des répercussions de problèmes de santé sur la suite de la vie de travail

Alors maintenant je vais vous présenter un dernier exemple de quantification des répercussions de problèmes de santé sur la suite de la vie de travail, où la santé a été analysée à la fois comme moteur évoqué par les enquêtés d'un changement de conditions de travail, sur la base d'un questionnement rétrospectif, et aussi comme prédicteur de changements de conditions de travail avec l'analyse de données longitudinales. Ce sont des données de l'enquête SIP, qui contient ces 2 types de données, je vous en ai déjà parlé plusieurs fois.

• Wolff L., Mardon C., Gaudart C., Molinié A.-F., Volkoff S., 2015. Les changements dans le travail vécus au fil de la vie professionnelle, et leurs enjeux de santé. Une analyse à partir de l'enquête SIP. *Rapport de recherche CEE*, n° 94.

C'est une étude qu'on a intitulée « les changements dans le travail vécus au fil de la vie professionnelle, et leurs enjeux de santé ». Je vais vous en présenter une partie seulement, en lien avec la thématique d'aujourd'hui (de même que j'ai parfois sélectionné les résultats des études précédentes). Cela-dit je vais un peu plus détailler celle-ci, car elle est complètement dans une idée diachronique (qui nous est chère au Creapt), en s'intéressant à l'évènement même que constitue un changement dans le travail et pas qu'aux conséquences de celui-ci, et ce tout au long du parcours.

Alors comment on a repéré les changements dans SIP ? À partir du questionnaire rétrospectif de 2006 qui permettait de retracer l'ensemble du parcours des répondants, on a identifié des « changements vécus » dans le travail qui relèvent de deux natures :

- d'une part, ceux qui interviennent dans un emploi, donc signalés par les enquêtés qui disent avoir vécu un « changement important » relatif au « contenu » ou à leurs « conditions de travail » dans cet emploi ;

- d'autre part, ceux qui interviennent entre deux emplois, en considérant de fait que, dans quasiment toutes les situations, ces changements d'emplois s'accompagnent de changements de conditions de travail, ce qu'on vérifie en confrontant les conditions de travail avant et après le changement d'emploi.

De cette manière, on a pu prendre en compte 25 350 « changements-évènements » dans les trajectoires des 14 000 personnes enquêtées en 2006. On parle de « changement-évènement » car ils sont forcément circonscrits dans une temporalité courte, sur laquelle les enquêtés pouvaient mettre une date et qui leur permettait de qualifier un « avant » et un « après ». On n'est donc pas dans l'analyse du changement comme un processus, mais dans un cadre particulier, induit par la façon dont a été conçu le questionnement de l'enquête SIP.

Dans le questionnaire, dix questions permettent de décrire les conditions de travail avant et après un « changement important ». Pour simplifier l'analyse, on a découpé ces variables pour opposer la présence d'une contrainte (ou nuisance, motif d'insatisfaction) à son absence. Et on désigne selon le cas le passage d'un côté à l'autre de ce découpage comme une « entrée » dans une contrainte ou une

« sortie » de cette contrainte. Il s'agissait du travail de nuit, du travail répétitif, du travail physiquement exigeant, de l'exposition à des produits nocifs ou toxiques, des compétences mal employées, du travail sous pression, des tensions avec le public, du travail non reconnu, des tensions avec les collègues, et des difficultés de conciliation entre travail et obligations familiales.

Et on va s'intéresser à la santé comme raison du changement invoquée par les enquêtés. Les enquêtés qui ont déclaré un changement important devaient préciser si c'était « en raison d'un problème de santé ». On avait donc cette information pour les changements signalés au sein d'une même période d'emploi. Pour ceux qui correspondaient à des transitions observées dans l'enquête entre deux périodes d'emplois, on a utilisé, pour qualifier les changements pour raison de santé, une question qui se rapportait à l'emploi avant le changement : « selon vous, la cause de cette fin d'emploi a été occasionnée, au moins en partie, par votre santé ? ». On a construit une variable à partir de l'une ou l'autre de ces interrogations, qui nous permettait donc de repérer les changements pour raison de santé, quel que soit le type de changement considéré, dans l'emploi ou entre deux emplois.

Et ce que ça donne c'est que les enquêtés sont rares à déclarer que les changements qu'ils ont connus sont imputables à une raison de santé, puisqu'ils ne sont que 5,3 % à le faire.

Pour compléter on a voulu savoir quelles « entrées » et « sorties » de contraintes étaient liées aux changements imputés à des raisons de santé.

LA SANTÉ COMME RAISON INVOQUÉE DU CHANGEMENT

Part des changements intervenus en raison d'un problème de santé, selon la « sortie » d'une contrainte de travail :

Sortie de…	% liés à un problème de santé
Tensions avec les collègues	8,0
Compétences mal employées	5,5
Travail physiquement exigeant	8,8
Difficulté de conciliation	10,2
Exposition à des produits toxiques	9,7
Travail de nuit	8,3
Travail sous pression	8,9
Tensions avec le public	8,8
Travail répétitif	7,8
Travail non reconnu	5,7

Je vous montre un tableau qui présente la part de changements intervenus en raison d'un problème de santé selon la « sortie » de chacune des 10 contraintes de travail. Il se lit comme ça : par exemple la première ligne nous dit qu'un problème de santé est à l'origine de 8% des changements qui comportent une sortie des tensions avec les collègues.

Alors sans trop de surprise on voit que le changement pour raison de santé provoque plutôt rarement une sortie des insatisfactions du côté du sens du travail (comme les compétences mal employées, le travail peu reconnu), alors qu'il est plus souvent en relation avec une sortie des exigences physiques, du travail de nuit, de la pression ou des tensions avec le public, qui par exemple peuvent figurer explicitement dans des avis de restriction d'aptitude formulés par les services de santé au travail. Par contre ce qui était plus inattendu, c'est que la sortie de contrainte la plus fortement représentée ici ce soit la difficulté de conciliation avec la vie hors travail. 10,2% des changements qui comportent une sortie de la difficulté de conciliation sont imputés par les enquêtés à des raisons de santé. Pourtant a priori c'est quelque chose qui est rarement évoquée (en tout cas ouvertement) comme objectif d'un changement « pour raison de santé ». Cela dit on peut supposer qu'une partie de ces changements comporte une réduction d'horaire, ce qui faciliterait de fait la vie hors travail.

Alors pour poursuivre il faut que je prenne un tout petit moment pour vous parler de la typologie des changements qu'on a élaborée. Le but c'était de repérer s'il existait des « configurations » dans lesquelles des modifications dans les conditions de travail tendraient à survenir ensemble, ou au contraire coexisteraient rarement.

Je ne vais pas détailler la méthodologie, mais on est partis d'une analyse des correspondances multiples sur les entrées et sorties des 10 contraintes de travail. C'est une technique qui permet de croiser les caractéristiques de tous les changements recensés à la fois, et d'en faire une sorte de paysage qui permet de distinguer des proximités et des distances entre ces caractéristiques, selon qu'elles se retrouvent souvent ou au contraire rarement citées ensemble dans tous les changements décrits par les individus qu'on a recensés. À partir des résultats de cette ACM on a procédé à une classification ascendante hiérarchique, qui permet de regrouper les changements selon leur « ressemblance » les uns aux autres vis-à-vis des entrées et sorties d'expositions. Et on a retenu un découpage en 6 classes de changements.

Je vous décris succinctement ces 6 grandes classes de changements, qu'on a nommées après les avoir étudiées je le précise. Ce n'est pas l'analyse qui nous a fourni les noms, c'est nous qui les avons choisis après coup. Et on va voir qu'elles s'opposent deux à deux.

LES SIX GRANDES CLASSES DE CHANGEMENTS

CLASSES DE CHANGEMENTS	CARACTÉRISTIQUES FRÉQUENTES	QUI EST SURTOUT CONCERNÉ ?
Intégration (9% de l'ensemble des changements)	« sortie » des compétences mal employées, du travail non reconnu et, dans une moindre mesure, des mauvaises relations de travail avec les collègues	- Jeunes en début de carrière - Trajectoires ascendantes et/ou accès à un emploi « long » (> 5 ans)
Relégation (7%)	« entrée » dans les compétences mal employées, le travail non reconnu et les mauvaises relations avec les collègues	- Femmes - Professions intermédiaires, employés * - En emploi « long »
Intensification (24%)	« entrée » dans le travail sous pression, les tensions avec le public, les difficultés de conciliation entre travail et obligations familiales,	- Cadres * - Trajectoires sociales ascendantes
Retrait (19%)	« sortie » du travail sous pression, des tensions avec le public, des difficultés de conciliation entre travail et obligations familiales, des mauvaises relations avec les collègues ; « entrée » dans les compétences mal employées	- Âges moyens ou élevés - Passages vers un emploi moins stable
Pénibilité accrue (21%)	« entrée » dans le travail de nuit, répétitif, physiquement exigeant ou exposé à des produits toxiques ; parfois, « sortie » des tensions avec le public	- Hommes - Ouvriers, notamment qualifiés
Mise à l'abri (21%)	« sortie » du travail de nuit, répétitif, physiquement exigeant ou exposé à des produits toxiques ; parfois des « entrées » dans les tensions avec le public	- Hommes

SANTÉ & TRAVAIL N°93 / JANVIER 2016

* CSP après changement

Les changements de type « intégration », qui représentent 9% de tous les changements décrits par les enquêtés dans SIP, sont ceux qui comportent le plus souvent, en proportion, une sortie des compétences mal employées ou du travail non reconnu. Ils sont aussi associés, même si c'est moins souvent, aux sorties des mauvaises relations de travail avec les collègues. Par contre on n'y trouve guère d'entrées dans ces mêmes caractéristiques du travail, ni d'ailleurs dans d'autres contraintes ou nuisances nouvelles. Ces changements « intégration » sont plus fréquents chez les jeunes en début de carrière que chez leurs aînés. C'est dans cette classe que les changements s'insèrent le plus souvent dans des trajectoires ascendantes et/ou des parcours qui se stabilisent avec l'obtention d'un emploi « long ». Il est très rare d'y trouver des trajectoires descendantes qui aboutissent à un emploi moins stable.

Les changements de type « relégation » se caractérisent souvent par l'entrée dans les compétences mal employées, le travail non reconnu, les mauvaises relations avec les collègues. On n'y trouve pas ou peu de sorties de ces caractéristiques, ni aucune amélioration des conditions de travail. Ce type correspond donc à une forme de déclassement professionnel, de perte de sens du travail. Donc on voit

bien que c'est tout le contraire des changements de type « intégration » que je viens de décrire. Ils concernent notamment des professions intermédiaires ou des postes d'employés, pour lesquels les femmes sont légèrement sur-représentées, et ils s'effectuent assez souvent au cours d'emplois « longs ».

Les changements de type « intensification » sont marqués par des entrées fréquentes dans le travail sous pression, les tensions avec le public, les difficultés de conciliation entre travail et obligations familiales, et symétriquement de rares sorties de ces mêmes contraintes. C'est dans cette classe que la proportion de cadres est la plus élevée, et d'ailleurs ces changements vont généralement de pair avec une trajectoire sociale ascendante.

À l'opposé on a les changements de type « retrait », qui sont ceux qui vont davantage de pair avec les sorties du travail sous pression, des tensions avec le public, des difficultés de conciliation, des mauvaises relations avec les collègues. Ils débouchent sur une situation de travail moins exigeante nerveusement, mais avec éventuellement la contrepartie d'une entrée dans les compétences mal employées. Ces changements sont plus fréquents aux âges moyens ou élevés que chez les jeunes, et les situations de passage vers un emploi moins stable y sont plus fréquentes.

Les changements de type « pénibilité accrue » ont les caractéristiques d'une transformation néfaste des conditions physiques de travail : beaucoup d'entrées dans le travail de nuit, répétitif, physiquement exigeant, ou exposé à des produits toxiques, avec par contre, éventuellement, la sortie des tensions avec le public. Les ouvriers, notamment les ouvriers qualifiés, et du coup les hommes, sont surreprésentés dans cette classe.

Et enfin en miroir, dans les changements de type « mise à l'abri », les individus sortent relativement souvent du travail de nuit, répétitif, physiquement exigeant ou exposé à des produits toxiques. Et puis aussi, plus souvent que dans la moyenne des changements, d'un surcroît de tensions avec le public.

Alors après vous avoir raconté tout ça j'en reviens à la question de la santé évoquée comme raison du changement par les enquêtés. Vous vous rappelez que globalement, il s'agissait de 5,3% d'entre eux qui imputaient le changement à des raisons de santé. Et bien cette proportion varie selon le type de changement qu'on considère, comme vous pouvez le voir sur ce tableau. On trouve ça davantage dans la classe « retrait », avec 7,9 %, et le moins souvent dans la classe « intégration » avec 2,6 %.

LA SANTÉ ÉVOQUÉE COMME RAISON DU CHANGEMENT, SELON LE TYPE DE CHANGEMENT

- Rappel : en moyenne, 5,3% des enquêtés concernés imputent le changement à des raisons de santé
- Cette proportion est de niveaux différents selon la classe de changements considérée :

Intégration	2,6%
Relégation	4,6%
Intensification	3,5%
Retrait	7,9%
Pénibilité accrue	4,5%
Mise à l'abri	7,3%

Et on voit que 7,3 % des changements de la classe « mise à l'abri » ont pour origine un problème de santé, donc un niveau comparable à la classe « retrait », mais pas supérieur comme on aurait pu le penser, en se disant que c'est là que les individus concernés sortent des caractéristiques du travail a priori les plus difficiles à supporter en cas de santé dégradée. Pour expliquer ça, on peut faire l'hypothèse d'effets différés des conditions de travail sur la santé, avec des changements pour raison de

santé qui ne découlent pas uniquement des conditions de travail du dernier emploi avant le changement mais peut-être aussi de situations encore antérieures.

Pour finir, je vais vous raconter l'autre versant de cette partie de la recherche sur la santé en tant que moteur du changement, basée sur les données longitudinales entre 2006 et 2010. Lors de ces deux vagues d'enquêtes, les 10 questions sur les conditions de travail étaient posées pour décrire le travail actuel, ce qui permettait d'observer l'évolution conjointe de ces dimensions entre les 2 dates. Ce qu'on a fait, c'est d'appliquer aux évolutions des conditions de travail entre 2006 et 2010 les principes actifs de notre typologie des changements réalisée à partir des données rétrospectives de 2006, pour pouvoir analyser les configurations d'évolutions entre 2006 et 2010 sous le même prisme typologique que précédemment. On a voulu tester des mécanismes sélectifs, en regardant les liens entre la santé en 2006 et les changements de conditions de travail entre 2006 et 2010, liens qu'on a rapportés à nos six classes de changements. On a donc regardé si, « toutes choses égales d'ailleurs », la santé en 2006 était liée à une plus ou moins grande probabilité d'un changement de chaque type. Alors du coup, on n'est plus dans l'étude des « changements-évènements » qui jalonnent le parcours des individus qui les signalent, mais sur des évolutions constatées entre 2 dates distantes de 4 années. On revient donc sur des choses plus proches méthodologiquement de ce qui était fait dans les autres études que je vous ai présentées.

On a testé l'un après l'autre différents items de santé, mais je vous en présente un seul, le GALI, pour General Activity Limitation Indicator, qui correspond à la question « Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? » (question du mini module européen, évoqué plus tôt).

LA SANTÉ EN 2006 COMME PRÉDICTEUR DES CHANGEMENTS 2006-2010

	GALI
Intégration	-
Relégation	+
Intensification	+
Retrait	+
Pénibilité accrue	
Mise à l'abri	+
Aucun changement	

Et donc avec ce tableau, je vous ai résumé succinctement les liens entre les réponses affirmatives en 2006 à cette question et les différents types d'évolutions de conditions de travail constatées entre 2006 et 2010. Et ce « toutes choses égales d'ailleurs », s'agissant du moins des autres variables insérées dans le modèle, notamment les durées d'exposition qu'on a reconstituées au cours de l'itinéraire des individus, pour le « travail pénible », le « travail non reconnu », et le « travail tendu », qui peuvent évidemment avoir un effet propre sur les évolutions de conditions de travail qu'on constate. Les autres variables de contrôle étaient le sexe, l'année de naissance, le niveau de formation initiale, la catégorie socio-professionnelle, le fait d'avoir été marqué par un handicap de naissance ou pendant l'enfance, d'avoir été marqué par une longue maladie dans l'enfance, le type de trajectoire, et la durée de l'emploi associé au changement.

Donc ici ce qu'on voit c'est que les limitations dans les activités habituelles à cause de problèmes de santé sont liées à une moindre probabilité d'un changement de conditions de travail de type intégration entre 2006 et 2010. Par contre ça augmente la probabilité de changer de conditions de travail sur le mode de la relégation, de l'intensification, du retrait ou de la mise à l'abri.

Bon je m'arrête là, je vais passer à la conclusion de mon exposé.

Synthèse et conclusion

Pour synthétiser très rapidement les résultats passés en revue ici, on a vu notamment qu'une santé dégradée peut-être liée à des sorties d'emploi (plus ou moins définitives puisqu'on a vu qu'il peut s'agir d'interruptions de type arrêts maladie, chômage, inactivité, mais aussi de départ précoce en retraite), ou de changement de travail ou de conditions de travail. En tout cas, les liens qu'on observe entre la santé et la suite de la vie de travail vont à chaque fois dans le sens attendu.

Par contre, on constate aussi que ces conséquences d'une « mauvaise santé » sur l'emploi ou le travail ne sont pas toujours si répandus. On peut alors se dire que la situation dominante est sans doute que les gens restent dans leur emploi et avec leurs conditions de travail malgré une santé dégradée pas forcément bien compatible. Eventuellement grâce à des aménagements de leur poste ou de leurs horaires, c'était évoqué par les salariés dans l'une des études. En tout cas, à charge peut-être de l'ensemble de ce séminaire d'essayer de comprendre quelles modalités le leur permettent plus ou moins ?

Et puis par ailleurs, ce qu'on a vu aussi, c'est que ces liens entre santé et suite de la vie de travail sont conditionnels à d'autres caractéristiques, avec notamment l'existence d'un fort gradient social sur ces questions (par exemple avec le niveau de formation initiale).

Pour conclure, je voudrais revenir sur la question d'ordre méthodologique qui était d'ailleurs le titre de mon exposé : « comment quantifier les répercussions des problèmes de santé sur la suite de la vie de travail ? »

On a vu que ça passe par l'utilisation d'outils statistiques divers, adossés à des données de types variés, comme des données administratives, issues de dispositifs longitudinaux et de panels, avec des questionnement rétrospectifs ou prospectifs. Et puis ces données elles peuvent être traitées de façon différente ; on a vu dans les exemples l'utilisation de croisements entre variables, parfois séparées dans le temps, des régressions logistiques ou des estimations en double différences.

Et ces outils et techniques utilisés viennent servir des objectifs variés, qui sont interdépendants de la définition qu'on adopte de la santé (dans les exemples ça a pu être les troubles infra-pathologiques, la santé perçue, avoir une maladie incapacitante, une affection de longue durée, ou un accident), et aussi de ce qu'on va appeler « conséquences sur le travail » (par exemple le non maintien dans l'emploi, le départ précoce en retraite, le temps de trajectoire professionnelle passé hors emploi, des changements de conditions de travail, etc.). Donc on voit bien que le choix de tel ou tel outil va dépendre de ce qu'on veut en faire, mais que ce qu'on va en faire dépend aussi de ce qui y est disponible (d'où la diversité des méthodes et résultats sur une même thématique, comme par exemple sur la question du maintien dans l'emploi avec une santé dégradée).

Et alors c'est d'ailleurs bien pour ça que je vous parle de « quantification » et pas de « mesure », en reprenant le distinguo fait par Alain Desrosières, qui expliquait que dans le cas de la mesure, l'objet étudié préexiste à sa mesure (par exemple la hauteur de la tour Eiffel existe avant qu'on la mesure), alors que dans le cas de la quantification, c'est-à-dire quand on amène la statistique sur quelque chose, d'une certaine manière on crée ou on reforme l'objet auquel on s'intéresse, en tout cas on ne le laisse pas en l'état. Je vous cite Marion Gilles qui reprend cette idée de Desrosières en écrivant que « les statistiques ne sont pas des reflets passifs des phénomènes qu'elles prétendent résumer, mais elles contribuent à les faire exister et à les former ».

Et d'ailleurs, la question des choix à faire dans les définitions, ici de la santé et de ses conséquences sur le travail (enfin, on n'a parfois pas trop le choix), en tout cas ça correspond à un processus d'ob-

jectivation, qui est une composante importante de la démarche de quantification. Ce processus d'objectivation, c'est la démarche qui est suivie par le statisticien pour cerner les variables d'intérêt d'une façon qui soit la plus collectivement consensuelle, pour une bonne et une même compréhension des résultats par quiconque les examinerait. Par exemple, ce ne sont pas les mêmes problèmes qui se posent selon qu'on cherche à objectiver des liens entre travail et santé, des liens entre santé et maladie, ou des liens entre travail et emploi. Je tiens à préciser que les différents travaux que je vous ai cités aujourd'hui mettent clairement les options retenues sur la table, en précisant les avantages et les limites des options choisies (même si moi je ne vous les ai pas toujours trop détaillés). Et ça c'est très important.

Et puis après cet exposé focalisé sur le quantitatif, ce qui était un choix de présentation, je tiens à redire que le qualitatif est évidemment très précieux. Et que le couplage entre qualitatif et quantitatif peut s'avérer très intéressant. D'ailleurs par exemple, l'enquête SIP dont je vous ai parlé plusieurs fois permettait des entretiens rétrospectifs, post-enquête, et il y a des publications qui mêlent quanti et quali sur la thématique même de ce séminaire. Il y aura aussi l'exposé de Willy Buchmann et Corinne Archambault demain qui vous montrera peut-être un couplage des deux.

(*Applaudissements*)

Catherine DELGOULET

Merci beaucoup Céline pour cette synthèse de nombreux travaux, avec des précisions importantes à la fois sur la manière dont ont été construites les différentes enquêtes et la manière dont on peut comprendre justement ces résultats. Je pense que ce n'est pas inutile, de ne pas présenter juste les données comme ça et de pouvoir aussi comprendre tout ceci.

Alors, il nous reste une demi-heure, donc largement le temps de discuter et de se questionner, commenter les travaux que vient de nous présenter Céline.

Gérard CORNET

Bonjour. Merci pour cet excellent travail d'analyse. Nous sommes en 2018. Avez-vous le sentiment que le modèle que vous avez montré avec les six raisons de sortie du travail a changé avec l'intensification du travail, avec la pression accrue, avec la transformation vraiment du travail ? Avez-vous le sentiment que ça a beaucoup évolué par rapport à la santé ?

Céline MARDON

Est-ce qu'on peut voir évoluer les changements, leur rythme ? Je n'ai pas bien compris la question.

Gérard CORNET

2006-2018, il y a quand même 12 ans. Le travail a évolué et continue à évoluer et la santé aussi.

Céline MARDON

Oui, le travail évolue, la santé aussi, mais il me semble que j'ai quand même illustré à travers ces études, dont la première que je vous ai présentée, vous l'avez vu, date un petit peu – enfin, c'est les années 1990-1995 – et jusqu'à la plus récente après les années 2000, on voit que l'intensification, il n'y a pas de raison que ça arrange les choses, mais même la façon dont la santé peut évoluer, la prise en charge, etc., on a vu au travers des exemples présentés que les liens entre santé et suite de la vie au travail vont quand même toujours dans le même sens. Après, comparer entre les études qui ont été

faites à des dates différentes, c'est un peu compliqué, parce que comme je l'ai expliqué, ce sont des outils différents, des objectifs un petit peu différents, etc. Je ne pense pas que ce soit avec les études quantitatives qu'on puisse vraiment répondre le mieux à cette question. Je pense que ce serait plus avec des études qualitatives.

Serge VOLKOFF

Alors, moi forcément j'étais un peu dans la confidence de ton exposé puisqu'on est voisin de bureau, donc je savais un peu à l'avance ce qu'il y avait dedans. Ça m'a quand même frappé. Première chose, c'est que ça n'existe pas ce que tu viens de faire. Que je sache, il n'y a pas dans une littérature comme ça, un article publié ou quelque chose qui brasse un peu une quinzaine d'enquêtes différentes, menées sur le dernier quart de siècle autour de cette flèche santé vers la situation professionnelle. Donc c'est d'autant plus précieux que maintenant, ça existe, ce qui plaide pour essayer d'avoir les actes du séminaire sans trop tarder pour toutes les communications, en particulier pour la tienne. Sans vouloir te piéger, après tout, se poser le problème d'une publication qui ramasse ce que tu viens de dire vaut la peine, parce que ça n'existe pas, que je sache. Mais justement, ça traverse diverses sources.

Alors maintenant, je voudrais revenir sur ce que tu as désigné, à mon avis en partie à juste titre, comme un gradient social en citant la question des formations initiales. Personnellement, c'est le résultat qui m'a le plus secoué de tous ceux que tu as montrés, peut-être parce que je connaissais mieux les autres. Mais celui-là, est-ce que tu peux le remettre, celui avec les trois flèches vertes qui remontent ? Je trouve les différences absolument sidérantes. Voilà ! Donc, ce que ça dit, si on comprend bien, c'est que l'effet des accidents et plus encore l'effet des maladies chroniques sur la durée de temps passé dans diverses situations d'activité – donc une activité, le chômage assez long ou l'emploi – n'est déjà tout simplement pas du même ordre de grandeur selon le niveau de formation initiale. Ce n'est même pas seulement qu'il y a des différences, c'est qu'on ne parle pas de la même chose. Par exemple, le fait d'avoir une maladie chronique augmente de 3 points la durée passée en inactivité sur l'ensemble du parcours chez ceux qui ont fait des études supérieures et de 17 points chez des gens qui ont arrêté leur parcours professionnel dans le primaire. Alors d'abord, c'est énorme. Je n'avais pas idée que ça pouvait être de cette ampleur-là et je ne suis pas sûr que ça se sache simplement. On parle des conséquences de la santé sur la situation professionnelle sans tellement l'indexer là-dessus. On parle d'histoires complètement différentes selon les milieux sociaux, c'est ce que tu as dit. Il y a certainement des corrélations fortes entre le niveau de formation initiale et la catégorie sociale à laquelle on appartient certainement, mais je me demande quand même – et ça va rejoindre des choses qu'on se dit déjà depuis ce matin, et on y reviendra peut-être dans les deux jours qui viennent – s'il n'y a pas un lien avec bel et bien la formation initiale. Pas seulement comme indicateur d'une catégorie sociale, mais comme indicateur de ce que Gaëtan, le débat que vous avez eu, Cathy et Amélie tout à l'heure le désignaient comme « les ressources en compétences ». Et ce n'est pas de se dire que si on faisait le même type de travail en intégrant par exemple la formation professionnelle continue et les occasions d'apprendre au long de la vie professionnelle, on retrouverait la même chose. C'est-à-dire que quand même, l'impact ravageur d'accident de santé important sur la vie professionnelle dépend très puissamment des ressources de construction de compétences qu'on a par ailleurs. Et quand ça prend cette ampleur, je trouve que c'est un résultat… Alors, c'est des collègues en plus qu'on connaît bien, dont on a vu passer le papier, etc. Mais je pense qu'il faudra en reparler avec eux qu'ils ne l'ont publiée que dans une belle publication scientifique. Je n'ai pas vu la référence, ça doit être la page d'avant.

Céline MARDON

C'est un « Connaissance de l'emploi », c'est quand même accessible. J'ai essayé de ne prendre que des choses à peu près accessibles.

Serge VOLKOFF

Alors pour tous ceux que ça intéresse de revenir là-dessus, sachez que ça se télécharge sur le site du Centre d'Étude de l'Emploi et du Travail (http://ceet.cnam.fr/publications/), et vous pouvez le récupérer effectivement. Tant mieux parce que je trouve que c'est le genre de résultats dont ça serait désolant que ça aille uniquement dans une publication d'économie mathématique en langue anglaise. Je n'ai rien contre les publications d'économie mathématique en langue anglaise, mais là, c'est un résultat social majeur, à mon avis.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Justement, je voulais intervenir, peut-être parce qu'on a eu un échange avec Serge pendant l'exposé sur ce point-là. C'est juste pour compléter ce qu'a dit Serge. Pour moi, ça a un écho aussi dans les travaux qui ont été faits, même dans le champ du handicap ou dans le champ de la mortalité différentielle ; sur l'histoire par exemple de « la double peine des ouvriers », c'est-à-dire cette différenciation sociale qui fait qu'à la fois on est plus exposé à des situations qui font qu'on a un problème de santé, et quand on a un problème de santé, les ressources pour y faire face, voire pour faire en sorte qu'il y ait des choses qui soient totalement ou partiellement réversibles, et ces ressources sont aussi extrêmement dépendantes du milieu social, du milieu collectif. Il y a peut-être aussi des dimensions liées au collectif de travail, au type d'entreprises dans lesquelles on est, au-delà de ce que Serge a dit sur la formation, mais je trouve que c'est important de ne pas s'en tenir à une vision qui serait trop liée à la vision médicale de la déficience. C'est-à-dire qu'il y a non seulement un problème de santé, mais il y a aussi toutes les ressources qui peuvent se mettre en place pour faire en sorte que ce problème de santé ait des conséquences plus ou moins importantes. Et l'action est aux différents niveaux et ça ouvre des champs moins « déterminés biologiquement » si je peux dire.

Valérie ZARA-MEYLAN

J'ai une question de béotienne parce que je ne suis absolument pas statisticienne. Donc suite à ce que vient de dire Serge, si on parle de la formation initiale, est-ce qu'il s'agit des mêmes personnes ? Parce que du coup, on compare des gens qui ont une formation initiale inférieure au baccalauréat, qui sont peut-être des personnes qui ont déjà 30 ans d'ancienneté, avec des personnes qui ont une formation initiale plus élevée, qui sont plus jeunes, puisqu'aujourd'hui on sait que le parcours de formation dure plus longtemps. Donc, est-ce qu'il n'y a pas un effet lié à ça ? Est-ce qu'on ne compare pas des personnes qui ont eu un parcours, qui ont déjà de l'ancienneté et qui vont peut-être avoir plus de difficultés à se remettre d'une maladie ou d'un accident que d'autres ? Voilà, je m'interroge.

Céline MARDON

Je vais déjà répondre à cette question-là. A priori, la méthode d'estimation qui est utilisée, cette méthode de différence des différences avec appariement exact, ça empêche ce que tu viens de craindre, en fait. Puisque justement, c'est cette méthode qui te fait comparer un individu à son jumeau en termes de tout ce qui est présent dans l'enquête comme indication, et on a justement des choses sur l'ancienneté, l'âge. Du coup, chaque personne est comparée à un individu « jumeau ». C'est quelqu'un qui est dans l'échantillon aussi. Alors, je ne suis pas une professionnelle de cette méthode d'estimation-là, mais c'est au sein de l'échantillon, on prend, là c'est les individus qui ont eu un accident par exemple, quand on est dans cet échantillon-là. On a nos trois échantillons de base, c'est les individus avec accident, ceux avec maladie chronique et ceux qui n'ont ni l'un ni l'autre et par exemple si on est dans l'échantillon des individus avec accident, on va leur trouver un « jumeau » dans l'échantillon des individus sans accident ni maladie, un individu dit « jumeau » sur toutes ces caractéristiques individuelles qui sont présentes dans l'enquête et on les compare deux à deux, les individus. De ce

que je comprends de cette méthode, c'est sur cette multitude de comparaisons deux à deux que ressortent ces effets, qui sont indépendants des caractéristiques individuelles (du moins celles sur lesquelles on a des informations dans les données). D'effets temporels aussi puisque ce sont des données au cours du temps qui ont été reconstituées rétrospectivement. Donc, tout un tas de choses comme ça qui peuvent être prises en compte et dont on est sûr que ce n'est pas un effet caché de ces effets qu'on voit là sur ce tableau.

Pour réagir à ce que disaient avant Serge et Anne-Françoise, en effet, il y a des choses ici qui évoquent une sorte de double peine et j'ai l'impression que c'est quelque chose qui revient assez souvent finalement. On l'a vu côté cancer, enfin l'étude sur le cancer sur la double peine qui est sur le fait d'avoir un cancer et en plus d'être plus âgé. On le voit dans cette étude-là sur la formation initiale. Il y a les études que tu citais, Anne-Françoise, sur les inégalités sociales de santé aussi, d'espérance de vie en bonne santé. C'est quelque chose qui revient souvent.

Catherine DELGOULET

Céline, j'aurais déjà une remarque. Les échanges que vous avez eus me faisaient penser aussi aux travaux d'Annie Thébaud-Mony et de ses collègues sur les apprentis et sur l'expérience que l'on fait des difficultés de santé ou des accidents du travail très jeunes et effectivement comment ces expériences-là, souvent redoutables, entraînent des réorientations très rapides chez des jeunes qui ont 16 ans, 17 ans et qui très vite effectivement se retrouvent dans des difficultés, ne pouvant même plus ou même pas finir leur formation du fait d'accident du travail ou autres et de ces difficultés qu'ils ont eues dans des situations de stage ou d'apprentissage où on était plus ou moins attentifs aux conditions dans lesquelles ils apprenaient eux-mêmes leur métier. Donc, ça me fait penser à ça et au fait qu'effectivement, ces situations-là, très tôt, peuvent effectivement complètement réorienter finalement une vie professionnelle qui n'est même pas encore engagée ou à peine.

Et puis après, j'avais une question à propos de l'enquête, je crois que c'était des données qui étaient issues de SIP, où tu mentionnais que les personnes qui considèrent que leur santé s'est dégradée et que cette santé a eu un effet sur leur activité professionnelle, le pourcentage de ces personnes était important et je me demandais si on avait posé la même question aux personnes qui sont en bonne santé et est-ce qu'ils considèrent que cette bonne santé a aussi un effet sur leur trajectoire professionnelle qu'ils ont eue par la suite. Est-ce qu'il y avait une question comme ça qui permettait de voir l'effet en miroir, on va dire ?

Céline MARDON

Non, en fait, parce que cette question-là n'était pas posée aux individus qui avaient une santé dégradée, mais en fait, tout comme dans le dernier exemple que j'ai montré où on était sur des changements-évènements, là on est sur des problèmes de santé-évènements en quelque sorte, au sens où c'était sur la reconstruction de tout le parcours des personnes. Il y avait un parcours de santé en quelque sorte reconstitué également et c'est quand il y avait des problèmes de santé indiqués, alors qui peuvent être des problèmes de santé qui durent, ça peut être le début d'une maladie, etc., mais en tout cas, il faut quand même que ce soit quelque chose de datable à l'origine du problème de santé dont on parle. Et c'est dans ce cas-là où on demandait aux individus s'il y avait eu une conséquence sur leur vie professionnelle. Et du coup, il n'y a pas le pendant sur les individus en bonne santé.

Catherine DELGOULET

D'accord. La bonne santé n'est pas…

Céline MARDON

La bonne santé n'a pas de date.

Catherine DELGOULET

Je me disais que ça aurait pu être intéressant aussi de se dire, est-ce que soi-même se considérant en bonne santé, on se dit que cette bonne santé a contribué justement à notre carrière et dans quelle mesure.

Céline MARDON

Je pense que ça, c'est pareil. C'est quelque chose qu'il serait difficile d'approcher par les chiffres. Parce qu'il pourrait y avoir plein de choses derrière. C'est peut-être plus investigué qualitativement.

Catherine DELGOULET

Je comprends. Dans l'autre sens aussi. Dans tous les cas, c'est le point de vue d'un individu sur des évènements et sur ce qu'il attribue à ces évènements.

Céline MARDON

J'étais en train de vérifier... Il y avait quand même cette question qui était posée, je crois, à tout le monde, qui était : « globalement, votre état de santé a eu des conséquences sur votre vie professionnelle ? » Je pense que c'était à ça que tu faisais référence. Et c'est vrai que dans l'étude que j'ai présentée, on a les résultats que pour les actifs occupés en 2006 et en mauvaise santé en 2006. Mais on doit pouvoir aller voir les résultats sur les autres. Je ne peux pas te les donner comme ça, parce que ce n'était pas dans l'étude, mais c'est vrai qu'il faudrait au moins savoir. Après, ce sont des gens qui ne seront peut-être pas en mauvaise santé en 2006, mais qui auront pu l'être à un autre moment de leur parcours. Donc, si on voit un autre pourcentage, une autre proportion de gens concernés, je ne suis pas sûre qu'on puisse totalement expliquer cette différence comme ça. Mais on peut regarder.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Pour compléter ce que tu dis Céline, je pense à des choses qui avaient été croisées sur par exemple « se sentir en bonne santé » et mentionner des pathologies. Ce n'est pas du tout des choses qui sont contradictoires. Il y a des gens qui disent « Compte tenu des problèmes de santé que j'ai, oui, je suis plutôt en bonne santé ». Je me rappelle le petit dessin que nous avait fait notre collègue médecin du travail, François Jabot, qui était une visite de médecin du travail qui voyait un salarié qui avait je ne sais pas combien de maladies, qui était tout cassé et qui sortait de sa visite chez le médecin en disant « Oui, Docteur, tant qu'on a la santé ! ». Le contenu des réponses à ces questions-là, ce n'est pas des indicateurs simples de reflet de bonne santé. Il faut aller les creuser un peu aussi. C'était juste une petite remarque.

Céline MARDON

Juste si je peux me permettre du coup, parce que j'ai en tête une question qui a été posée ce matin lors de l'exposé de Gaëtan Bourmaud, sur : est-ce qu'on ne pourrait pas finalement sur ces questions de maintien dans l'emploi, etc., essayer de rassembler un maximum de données pour faire une espèce de big data dont on pourrait retirer des choses ? Je pense que plutôt pas. Je pense qu'on peut réunir des données, on peut en ressortir des choses qui vont être intéressantes pour s'appuyer dessus et ensuite, au moment de faire une intervention en particulier peut-être, dans le cas des ergonomes, mais je ne pense pas qu'on puisse aboutir à un modèle qui se suffirait à lui seul. Parce que les champs

étudiés ne sont jamais les mêmes, parce que les composantes de la santé ne sont pas forcément les mêmes, les composantes de ce qu'on appelle les impacts sur le travail et l'activité ne sont pas forcément les mêmes et les ressources pour y faire face, les cadres, et du coup, ça me paraît vraiment difficile d'aboutir à un modèle unique.

Serge VOLKOFF

Ce que je vais dire est sans doute une évidence pour les participants, mais comme ça, il y aura une trace dans les actes et puis sous le contrôle de Gaëtan. C'est-à-dire qu'il y a eu une période, je ne sais pas si c'est encore le cas, où étaient en vogue les logiciels d'affectation directe, d'accompagnement direct des affectations de personnes présentant des restrictions sur tel ou tel poste, avec une base de données des postes, une base de données des restrictions. J'ai un exemple très précis en tête d'une entreprise, que je ne nommerai pas évidemment, où l'usage de ce truc-là a eu des effets tragiques. Et je pense que la finalité générale de ce séminaire, c'est justement de dire que c'est probablement assez impossible et voire dangereux d'utiliser des big ou des moyennement big data sur des questions d'affectation de personnel présentant des déficiences de santé. Il ne vaut mieux pas. Alors, je ne sais pas si ça se pratique encore. Tu en as vu ? Non. Voilà ! Donc, la mode est passée, tant mieux.

Nils de TIMOWSKI (CFE-CGC)

Je réagis un peu aux échanges que vous venez d'avoir et vous avez répondu avant même que je vous pose la question. C'était : est-ce qu'il pouvait y avoir une dimension prédictive des situations de santé ? Parce que là, on fait une statistique qui est faite sur des données anciennes. Or, ce qui peut être intéressant, c'est dans le contexte d'aujourd'hui pouvoir dire que quelqu'un qui aurait tel âge, qui serait cadre ou qui ne le serait pas, qui aurait une maladie invalidante, etc., quelles sont les probabilités de son avenir dans les 10 ou 15 ans à venir ? Ce serait peut-être un peu machiavélique de le faire, mais la question que je me pose, si cela était possible… je perds le fil de ce que je voulais dire. Dans cette dimension-là, c'est s'il peut y avoir une dimension… Ça, c'est en réponse à ce que vous disiez qu'un big data pourrait avoir une dimension monstrueuse sur des erreurs d'orientation ou des erreurs d'appréciation des données. Est-ce qu'on peut à partir de là montrer qu'il est nécessaire de construire peut-être une approche, une démarche d'ordre psychosocial pour pouvoir accompagner les gens en fonction des pathologies et de leur devenir professionnel ou de leur devenir de mener une carrière jusqu'à leur terme ? Parce que la préoccupation est aussi présente. Je veux dire, quand quelqu'un est malade à 40 ans, la question, c'est : est-ce qu'il va pouvoir tenir jusqu'à l'âge de la retraite ? Quels seront ses revenus ? Quels seront les espaces de précarité qu'il va rencontrer ou pas, etc. ? Il y a quand même toute une actualité par rapport au maintien en carrière et la possibilité de faire des carrières complètes qui se pose et effectivement, la santé en est un frein. Il y a d'autres freins aussi.

Céline MARDON

Alors, sur votre première question, sur les possibilités de prédiction, déjà, je pense que statistiquement peut-être même qu'il existe des choses qui sont faites, mais ce ne sera jamais qu'une projection dans le futur de choses déjà constatées, comme celles que j'ai présentées. Donc, je ne sais pas si ce seraient des résultats tellement différents de ce qu'on observe sur ce qui a pu déjà se passer, d'une part. Ensuite, par exemple là, je vous ai présenté des études faites au niveau national en général, or ce ne serait peut-être pas la même chose non plus de le faire au niveau d'une entreprise. Ce ne sont pas les mêmes choses qu'on va regarder. Ce ne sont peut-être pas les mêmes variables de caractéristiques des individus, de leurs conditions de travail, etc. Sûrement au niveau d'une entreprise, on peut regarder des choses un peu plus précises en les couplant, encore une fois, à du qualitatif et c'est là que ça devient intéressant parce qu'il y a toute l'histoire de l'entreprise, les contextes, les évènements, etc. On a vu l'importance des évènements dans les exposés déjà, par exemple ce matin avec Gaëtan. Donc, je pense que ce sont des choses différentes qui peuvent se faire au niveau de l'entreprise que ce que

je vous ai montré là, qui sont plutôt des recherches sur des données nationales. Et donc, sur ce que vous disiez sur les préoccupations sur l'avenir des salariés, etc., je pense que c'est pareil. Ça se joue plus au niveau de l'entreprise et puis de ce qui peut être fait qualitativement, encore une fois. Ce que j'ai montré là peut donner des billes pour réfléchir, pour poser des éléments de contexte, des choses sur lesquelles s'appuyer au moment de réfléchir à ces questions-là, mais ce n'est pas un outil unique. Enfin, ce n'est pas une réponse en soi plutôt. Ça peut être une partie des outils à invoquer, mais pas une réponse en soi. Je pense.

Nils de TIMOWSKI (CFE-CGC)

… parce que des gens qui font la carrière au sein d'une même entreprise sont relativement de moins en moins fréquents. Et le problème de la santé peut se poser au travers des différentes entreprises. Donc la politique menée dans une entreprise pour un individu, cet individu peut ne pas recevoir les mêmes types d'accompagnement tout au long de sa carrière, dès lors qu'il est susceptible de changer, que la géographie ou la taille des entreprises peut changer, qu'elles se vendent et qu'elles se rachètent à tout bout de champ et qu'il y a tout un contexte qui fait que la stabilité de l'emploi – on évoquait une entreprise d'énergie tout à l'heure, celle-là existe depuis très longtemps, je pense, si c'est celle que j'imagine être –, mais ce n'est pas le cas général des entreprises en France en ce moment. Donc au sein de l'entreprise, oui, pour un corpus restreint de personnes. Ceux qui ont une carrière complète dans une entreprise deviennent de plus en plus restreints.

Céline MARDON

Alors après, il y a peut-être aussi une question de politique publique en la matière qui serait importante à soulever.

Un intervenant

Sans être une question, mais toutes ces questions, autant la statistique quantitative est importante pour avoir une idée effectivement de quelques mouvements. Mais on est dans une société en pleine mutation, les emplois de demain, on ne sait pas quels sont ceux qui vont exister et quels sont les nouveaux qu'on ne connaît pas, qui vont arriver, faire des études très précises sur des choses qui vont muter, ça présente assez peu d'intérêt.

Céline MARDON

Je pense que par exemple, typiquement, ce tableau qu'on a sous les yeux où on voit ces différences énormes de temps passé en trajectoires professionnelles, déjà de base qui est niveau d'études dépendant et qu'en plus, les effets d'un accident ou d'une maladie sur ce temps passé en emploi au cours de la trajectoire professionnelle est aussi niveau d'études dépendant, je pense que ça, même si les emplois mutent, je ne vois pas comment ils pourraient muter dans un sens qui gomme ces effets qu'on voit là.

Un intervenant

Ça, c'est entendu.

Céline MARDON

Ça n'empêche pas de prendre peut-être quand même en compte des enseignements assez généraux.

Un intervenant

C'est ce que je disais. Sur des éléments qui existent, mais après ? Demain va tellement changer qu'on peut garder ça comme base.

Céline MARDON

Je pense même qu'il faudrait avoir ça en tête déjà pour faire des choses aujourd'hui avant même de se demander ce qu'on en fera demain.

Un intervenant

Je vous donne quelques exemples. Beaucoup de jeunes aujourd'hui partent à l'étranger travailler. Donc, toutes les études ne serviront pas pour ces gens-là. Ils vont revenir ou travailler dans deux pays différents. J'ai moi-même une fille qui travaille sur deux pays. Toutes les études ne serviront pas. Vous comprenez ?

Céline MARDON

Même dans ce cas-là, peut-être que les gens ne sont pas présents dans les études et peut-être pas la caractéristique même de travailler dans deux pays, mais peut-être que pour des gens qui travaillent dans deux pays et qui feraient face quand même à un accident ou à une maladie chronique ou quel que soit le type de problème de santé qu'on a étudié ici, il y aurait peut-être quand même des processus du même ordre que ce qu'on a vu là. Même si c'est des gens qui ont encore d'autres caractéristiques qui n'ont peut-être pas été prises en compte ici. De toute façon, le chiffre ne répondra jamais à toutes les questions. Mais ça peut quand même donner des indications utiles.

Un intervenant

Je trouve que dans ce que vous disiez tout à l'heure, ce qui est important, ce n'est pas tant les statistiques nationales. C'est par exemple pour une branche dans le bâtiment, effectivement analyser un métier particulier et essayer de comprendre en quoi un accident de santé… Là, il y a des choses, on devrait avoir des regroupements sur les agriculteurs, etc., les pilotes d'avion, les problèmes psychologiques qu'ils peuvent trouver. Mais après faire une statistique nationale sur les problèmes psychologiques d'un ensemble, parfois, on arrive à des résultats qui n'ont pas de cohérence réelle.

Céline MARDON

Alors là, je n'étais pas sur des problèmes forcément psychologiques. Et par exemple dans les études que je vous ai citées, toutes choses égales par ailleurs, en général, la catégorie socioprofessionnelle, mais aussi le secteur, sont pris en compte dans les variables de contrôle. Les effets qu'on observe entre santé et suites dans la vie de travail sont indépendants des effets propres qu'aurait le secteur sur la suite de la vie de travail. Donc normalement, on arrive à avoir des résultats quand même qui sont valables, quel que soit le secteur, quel que soit l'âge, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études, etc. Mais ils sont indicatifs.

Amélie ADAM

C'est juste pour rebondir justement sur ce tableau-là et le débat qu'on vient d'avoir. Je pense qu'il y a effectivement des résultats très intéressants et je trouve que ça rebondit bien sur ce dont on a discuté tout à l'heure, sur l'employabilité, les problématiques de formation. Clairement, rien que ça, ça plaide

pour l’idée que chez ces gens-là qui ont très peu de formation, qui ont une problématique de santé, il y a des enjeux effectivement de montée en compétences qui sont bien plus forts que chez des cadres et chez des gens qui ont déjà une formation. Donc, je trouve que c'est très riche d’enseignements ce genre de chiffres, parce qu’effectivement, ça peut quand même orienter des politiques publiques et puis ça fait écho quand même à tout ce qu’on a vu en quali depuis ce matin.

Céline MARDON

C'était un bon mot de la fin.

Catherine DELGOULET

Oui, tout à fait. Donc, merci à toutes et à tous. Bonne soirée. Et à demain pour la suite du programme.

(*Applaudissements*)

Chapitre 4

QUESTIONNER LA SANTÉ AU TRAVAIL DU POINT DE VUE DU STATUT : LES PROCESSUS DE RECONNAISSANCE DE L'INAPTITUDE À LA MAIRIE DE PARIS

Marion GABORIAU, doctorante en sociologie, CSO, Sciences Po

Marion GABORIAU

Bonjour à toutes et à tous. D'abord, merci au Creapt de me permettre d'exposer mes travaux de thèses en cours qui sont, en effet, en lien avec la thématique de ce séminaire annuel. Enfin, j'espère en tous les cas que ce que je vais présenter fera écho aux autres présentations du séminaire.

Donc, ma thèse porte sur les reconnaissances d'inaptitudes à la Mairie de Paris et je l'ai débutée, il y a un peu plus d'un an au Centre de Sociologie des Organisations. Je tiens à préciser qu'à ce jour, ce que je vais vous présenter reste à prendre avec précaution, puisque ce sera complété et enrichi au fil de ma recherche.

Pour cette présentation, je vais d'abord introduire mon propos en disant deux mots sur la Mairie de Paris qui m'intéresse en particulier et les enjeux qui sont les siens en matière de santé au travail. Ensuite, j'en dirai un peu plus sur ce que l'on entend par « inaptitude » et en particulier dans la fonction publique, avant de vous exposer l'angle de recherche que j'ai choisi pour traiter ce sujet, en vous parlant en particulier des processus de reconnaissance de ces inaptitudes à la Mairie de Paris, des acteurs qui interviennent et comment. Enfin, j'aborderai plus sous la forme de questions que de réponses à ce stade les problèmes que ce sujet soulève autour du lien entre travail et emploi statutaire.

Les enjeux de santé au travail à la Mairie de Paris

Tout d'abord, juste pour donner un ordre d'idée, la Mairie de Paris, qui rassemble les agents de la commune et du département, et qui est donc rattachée à la fonction publique territoriale compte en 2016, 51 145 agents permanents et près de 13 000 vacataires, mais aussi 20 Directions opérationnelles et plus de 300 métiers qui sont environ à 70 % ouvriers et employés faiblement qualifiés. Juste pour donner quelques exemples, les métiers les plus représentés sont les éboueurs, les auxiliaires de puériculture, les agents de ménage, les agents spécialisés des écoles maternelles, les ouvriers de maintenance, les agents d'animation et les jardiniers.

Ensuite, deux grandes priorités à la ville quand j'ai commencé ma recherche, et encore plus aujourd'hui je crois, c'était d'une part, la prévention des inaptitudes et d'autre part, ce que la ville appelle « Le développement de la seconde carrière » pour ces agents qui sont de plus en plus vieillissants et qui exercent des métiers pénibles de plus en plus longtemps, et donc en priorité pour les agents qui sont reconnus inaptes à leurs fonctions. Je vais y revenir, mais on peut dire déjà qu'une des grandes différences avec le secteur privé, c'est que les fonctionnaires ne sont pas ou quasiment jamais licenciés pour inaptitude, d'où les préoccupations importantes des collectivités, et en particulier de la ville de Paris, en matière de reclassement professionnel, seconde carrière, etc.

De façon générale, même si les questions de santé au travail se posent à la ville depuis les années 2000, il y a une accélération à partir de 2012 avec notamment la signature d'un accord-cadre, santé et sécurité au travail, mais aussi tout un ensemble de commissions CHSCT et des groupes de travail internes sur ces thématiques. La ville fait appelle aussi à de multiples expertises externes, des cabinets-conseils, des chercheurs en science sociale, dont je fais partie en bénéficiant d'une convention CIFRE avec la Mairie. Puis, de grands plans d'action à l'échelle de la ville sont mis en place avec des fonds spécifiques qui sont débloqués. Et enfin, les services RH eux-mêmes sont également renforcés, réorganisés pour une meilleure prise en charge des questions de santé au travail et en particulier des inaptitudes qui impactent directement la gestion des ressources humaines.

Pour donner quelques exemples, on a le gel de tous les postes administratifs vacants qui sont réservés aujourd'hui aux agents en reclassement, ce qui fait que le concours d'adjoint administratif n'est plus organisé. Mais, il y a aussi la mise en place de tout un ensemble de formations pour ces agents en reclassement et la création de nouveaux métiers, où la réinternalisation de métiers qui étaient auparavant externalisés, pour en fait trouver de nouveaux débouchés pour les agents en attente de reclassement professionnel.

Au vu de toute cette effervescence autour de ces questions d'inaptitude et de reclassement à la Mairie de Paris, je me suis dit qu'il devait y avoir de plus en plus d'agents déclarés inaptes. En réalité, je me suis vite rendu-compte que personne ne le savait précisément et qu'aucun chiffre ou très peu, à l'échelle de la ville en tous les cas, n'existait sur le sujet. En fait, j'ai plutôt l'impression que la ville se rend compte du nombre d'agents concernés au fur et à mesure qu'elle met en place des dispositifs pour les accompagner, des dispositifs qui à leur tour encouragent certains services aussi à officialiser des problèmes de santé et à faire reconnaitre des agents inaptes, notamment pour qu'ils sortent de leurs effectifs. Ce qui est sûr quand même, c'est que les agents de la Mairie de Paris sont vieillissants, qu'ils exercent majoritairement des métiers pénibles qui impactent leur santé directement ou, en tous les cas, rendent leur travail compliqué quand leur santé est fragilisée par ailleurs. Donc, tout cela peut aboutir sur des reconnaissances d'inaptitudes médicales.

Au cours de ma thèse, je vais tenter d'objectiver ce phénomène en produisant moi-même des statistiques à partir des différentes bases de données de la ville. On parlait, hier, de la production statistique à l'échelle de l'entreprise, donc c'est un peu ce que je vais essayer de faire, mais il s'agit d'un travail qui est très long et à ce jour, je ne peux pas vous donner de chiffres. Je vais y revenir tout à l'heure. Pour finir ce propos introductif et pour faire le lien avec la thématique de ce séminaire, on voit bien qu'à la Mairie de Paris, avec le développement des politiques de prévention des inaptitudes, et plus généralement de prévention des risques professionnels, en mettant par exemple des matériels adaptés, etc., se pose la question du soutien au travail d'une part et de l'autre, les politiques de la ville en faveur de la reconversion conduisent à s'interroger sur le maintien dans l'emploi. Je dirais que, concernant ces questions, une particularité importante du public vis-à-vis d'autres organisations et entreprises privées, c'est le statut d'emploi des travailleurs, donc le statut de fonctionnaire qui est en principe bien plus protecteur qu'un contrat de travail ordinaire quand les questions de santé au travail et d'inaptitude se posent. D'où l'introduction de la notion de statut dans le titre de ma communication aujourd'hui. Ce statut est si important que, parfois, dans le traitement des problématiques d'inaptitude et en particulier lors de leur reconnaissance, on oublie l'activité de travail des agents. Voilà, c'est un peu ce lien entre statut d'emploi et travail réel que je vais essayer de questionner, surtout dans la dernière partie de ma présentation.

Qu'entend-on par « inaptitude » dans la Fonction Publique ?

Je voudrais maintenant prendre le temps de préciser ce que l'on entend par « inaptitude », en particulier dans la fonction publique, parce que l'on peut mettre beaucoup de choses derrière ce terme et que l'inaptitude prend aussi des formes différentes dans le privé et dans le public. Étant donné qu'il règne

un grand flou autour de cette notion, j'ai passé beaucoup de temps au début de ma thèse pour clarifier, éclaircir, définir plus précisément mon sujet de thèse, l'inaptitude.

Qu'est-ce que l'inaptitude ? Avant tout, on parle bien d'une reconnaissance médicale d'inaptitude en se référant à l'état de santé physique et mental du travailleur. Pour les salariés du privé, l'inaptitude est prononcée par rapport au poste de travail, par des médecins du travail, lors d'une visite d'embauche ou du suivi médical une fois le salarié en poste. Il n'existe pas de définition juridique de l'inaptitude, donc si on avait à donner une définition commune, on pourrait parler d'une reconnaissance par la médecine du travail qu'un salarié, au vu de son état de santé, ne puisse pas occuper le poste sur lequel on voudrait l'embaucher, ou ne peut plus occuper son poste actuel. Donc, c'est l'état de santé physique ou mental du salarié qui est jugé comme altéré définitivement, quelle qu'en soit la cause, et devenu incompatible avec l'activité professionnelle exercée.

Alors, l'inaptitude ouvre le droit au reclassement depuis 1981, ce qui est relativement récent, mais en pratique, l'inaptitude dans le privé est plutôt synonyme de licenciement, d'ailleurs, un licenciement qui est facilité par les nouvelles lois sur la question. Pour donner un chiffre, en 2015, un groupe de travail ministériel, sur la question de l'inaptitude et de la médecine du travail, estime que 95 % des salariés déclarés inaptes sont licenciés. Dans la fonction publique, et en particulier dans la fonction publique territoriale qui m'intéresse du fait de sa structure et de ses statuts spécifiques, l'inaptitude prend une forme différente qui n'est pas prononcée par les mêmes médecins d'une part et qui n'a pas les mêmes conséquences, d'autre part.

Tout d'abord, l'inaptitude est prononcée par rapport à un ensemble de fonctions que l'agent public, au vu de son grade, peut théoriquement être amené à exercer. On parle donc d'inaptitude aux fonctions ou à toutes fonctions, puisqu'en droit, un fonctionnaire doit en effet être apte médicalement et professionnellement à un ensemble de fonctions qui ne correspondent pas toujours à son poste de travail réellement occupé. Puisque l'agent public n'est pas propriétaire de son poste de travail, il peut être amené à en changer selon les besoins de l'administration. L'inaptitude dans la fonction publique n'est donc pas attachée au poste de travail comme dans le secteur privé, mais plutôt à des fonctions théoriques.

Ensuite, l'inaptitude aux fonctions est reconnue par des médecins dits « agréés » et non pas par des médecins du travail, ce qui me permet d'introduire les différents acteurs et les instances médicales du public qui sont relativement méconnues. D'abord, ces médecins agréés là sont des descendants d'une médecine ancienne qui a été appelée, selon les lieux et les époques, « Médecine de confiance de l'administration » ou « Médecine administrative et de contrôle » ou encore « Médecine assermentée » et qui date juridiquement de 1853. Alors, il s'agit de médecins, toutes spécialités confondues, qui ont simplement obtenu un agrément par le Préfet pour fournir des avis médicaux aux administrations au sujet de la santé de leurs agents.

Les questions qui peuvent leur être posées sont relativement diverses et assez peu formalisées règlementairement. Elles concernent principalement les liens potentiels entre une maladie ou un accident et le travail de l'agent, l'évaluation des séquelles relatives à ces accidents ou maladies, la justification d'octroyer ou de renouveler des droits statutaires à congés pour raison de santé et l'inaptitude aux fonctions, à l'embauche et en cours de carrière. Les administrations publiques ont obligation de faire appel à ces médecins avant de prendre certaines décisions médico-administratives en lien avec le droit statutaire des fonctionnaires, c'est pourquoi, à la Mairie de Paris comme dans d'autres administrations, les médecins agréés sont nommés « Médecins statutaires ».

En région, ces médecins agréés exercent une activité principale de médecine en dehors des administrations pour lesquelles ils interviennent plutôt ponctuellement et donc ils sont rémunérés à la vacation. Mais à la Mairie de Paris comme dans d'autres établissements publics parisiens, du fait de leur taille, ils ont fait le choix de contractualiser avec certains de ces médecins agréés, notamment parisiens, pour former un service à part entière de médecine qualifiée de statutaire, tout en continuant aussi à faire appel à d'autres médecins vacataires. Ces médecins agréés peuvent soit prononcer leur avis seul, soit siéger dans des instances départementales délibératives qui se réunissent régulièrement.

Il existe différentes instances dont la composition varie et qui se prononcent chacune sur des questions spécifiques. Je ne vais pas forcément rentrer dans le détail, mais on a principalement, et pour faire très vite, un comité médical qui traite des questions relatives aux maladies non professionnelles et aux droits associés, et une commission de réforme qui est une commission tripartite composée de médecins agréés, de représentants de l'administration et de représentants du personnel qui traitent des questions relatives aux accidents et aux maladies d'origine professionnelle. Enfin, pour finir sur ces médecins, et contrairement aux médecins du travail, ils n'ont aucune mission de prévention et connaissent finalement assez mal le travail réel des agents, puisqu'ils ne les suivent pas régulièrement. En fait, dans la fonction publique, ces missions de prévention sont confiées, à partir des années 80 à peu près, à un autre type de médecine, nommée « Médecine de prévention » qui, elle, suit les agents périodiquement, adapte leurs postes de travail si nécessaire et remplissent en fait un peu toutes les autres missions du médecin du travail, sans toutefois se prononcer en termes d'aptitude ou d'inaptitude, qui est une mission réservée aux médecins agréés. En général, les collectivités territoriales font aujourd'hui appel à des services de santé au travail inter-entreprise pour assurer ces visites médicales de prévention. La Mairie de Paris en fait partie, mais elle dispose également de son propre service de médecine de prévention.

Je reviens juste sur les caractéristiques de l'inaptitude dans la fonction publique et je finirai là-dessus. Comme pour les salariés du privé, l'inaptitude ouvre le droit au reclassement. Par contre, à l'inverse du privé, la reconnaissance d'inaptitude se mêle à l'attribution de droits statutaires d'ordre assurantiel.

Qu'est-ce que j'entends par là ? Dans les entreprises privées, la reconnaissance d'inaptitude au poste de travail est bien souvent déconnectée des questions d'assurances relatives à la maladie ou aux accidents qui sont, en fait, des questions traitées par le régime général de la sécurité sociale en dehors des entreprises.

La fonction publique, à l'inverse, est son propre assureur en la matière et donc, elle gère elle-même le contrôle et la qualification des arrêts de travail des agents publics, l'évaluation des séquelles relative aux accidents et aux maladies professionnelles, ainsi que le versement d'allocations liées. Le statut de la fonction publique prévoit des droits spécifiques en matière de santé au travail pour les fonctionnaires. Par exemple, il prévoit des droits à différents types de congés maladie plus ou moins longs et rémunérés en fonction du type de pathologie et de son origine professionnelle ou non.

Pourquoi je dis que l'inaptitude se mêle à ces droits, que l'on peut qualifier d'assurantiels ? C'est que bien souvent l'inaptitude est prononcée à l'épuisement de ces droits statutaires et elle peut également en être à l'origine, car, en cas d'inaptitude à toute fonction, le statut de la fonction publique prévoit un droit à la retraite pour invalidité, quel que soit l'âge de l'agent. Enfin, l'inaptitude et tous ces droits assurantiels que j'ai cités sont reconnus par les mêmes acteurs qui sont les médecins agréés que je vous ai présentés à l'instant. Et donc, si en droit l'inaptitude peut aboutir à un licenciement, dans la fonction publique, dans les faits, cela n'existe quasiment pas, chez les fonctionnaires en tous les cas, puisque les agents contractuels sont licenciés beaucoup plus facilement en cas d'inaptitude.

L'absence de licenciement s'explique de deux manières en dehors d'une tradition sociale. La première serait déjà la diversité des métiers et des postes de travail au sein d'une collectivité territoriale, par exemple, qui offre des capacités importantes en matière de reclassement, en tous les cas, plus importantes que dans certaines entreprises privées où la production est plus spécialisée. D'autre part, il existe d'autres alternatives qui sont prévues par le statut des fonctionnaires en cas de maladie, donc des congés longues maladies, la retraite pour invalidité. Tout cela laisse un peu plus de marge de manœuvre qu'ailleurs.

Pour terminer sur cette partie assez descriptive, mais importante pour comprendre de quoi on parle, je voudrais faire le point sur les formes et la définition de l'inaptitude que moi, je retiens dans la thèse. D'abord, je m'intéresse à l'inaptitude aux fonctions et à toute fonction qui est reconnue en cours de carrière, ce qui me conduit à écarter l'inaptitude reconnue à l'embauche et aussi d'autres formes d'inaptitudes temporaires. Ces inaptitudes peuvent être d'origine professionnelle ou non, mais, dans la majorité des cas, elles ne sont pas reconnues comme découlant directement de l'activité de travail.

À la Mairie de Paris, un agent peut être reconnu inapte médicalement à ses fonctions en cours de carrière de deux principales manières. Soit la reconnaissance d'inaptitude peut intervenir à l'expiration de droits à congés maladie longs suite à une pathologie professionnelle ou non. Dans ce cas, la décision est alors le plus souvent délibérée en instance de comité médical, donc une des instances où siègent des médecins agréés dont je vous ai parlé tout à l'heure. Toutefois, les responsables hiérarchiques peuvent aussi, à tout moment, saisir le service de médecine statutaire pour que soit vérifiée l'aptitude d'un agent à ses fonctions.

Et à cette occasion-là, l'inaptitude peut être déclarée assez rapidement selon l'avis d'un seul médecin agréé qui rencontre, le plus souvent, l'agent pour la première fois. Dans tous les cas, c'est bien la hiérarchie, donc le représentant de l'administration qui pose la question de l'inaptitude au médecin statutaire ou au comité médical, l'agent ne peut pas seul demander à être vu par cette médecine statutaire ou agréée.

Le traitement de l'inaptitude

Alors, je passe maintenant à l'angle de recherche que j'ai choisi pour aborder le sujet de l'inaptitude à la Mairie de Paris. Quand j'ai commencé ma recherche, après avoir défini un peu plus clairement ce que j'entendais par « inaptitude », j'ai essayé d'identifier plusieurs manières de traiter le sujet. Je suis partie des questionnements propres à la Mairie de Paris qui sont de deux ordres, comme je l'ai évoqué au début de ma présentation, à savoir, d'un côté la prévention des risques professionnels qui peuvent conduire à l'inaptitude et de l'autre, la gestion a posteriori des agents reconnus inaptes, donc le reclassement principalement. On comprend alors que la ville prend en considération les aspects de l'inaptitude qui la contraignent et sur lesquels elle pense pouvoir agir, et c'est logique, mais elle oublie ainsi que l'inaptitude est avant tout une reconnaissance médico-administrative, et du coup, elle occulte les divers processus qui peuvent conduire un agent à être reconnu inapte au travail et le rôle des divers acteurs qui interviennent dans ce processus de reconnaissance. De mon côté, par rapport à ces deux approches, j'ai décidé de mettre de côté, dans un premier temps, les questions de prévention et de reconversion pour mieux me concentrer sur la compréhension des processus de reconnaissance de ces inaptitudes en tant que tels.

Ces processus de reconnaissance des inaptitudes peuvent être définis comme tels, soit comme une succession d'évènements qui débutent par un questionnement de l'aptitude au travail d'un agent par un médecin de la ville, à la demande de la hiérarchie, et qui se solde par un avis médical final. Si l'inaptitude est prononcée médicalement, il faut encore qu'elle soit reconnue, régularisée, traitée administrativement et la reconnaissance finalement dans ce processus n'est qu'une potentialité qui est souvent longue et qui implique de nombreux acteurs. Les questions que je me pose à ce stade, sont les suivantes : comment être reconnu inapte à la ville de Paris ? Qui sont les agents concernés, quel est leur rapport ordinaire à l'inaptitude ? et quels autres acteurs interviennent dans le processus de reconnaissance ? que font-ils concrètement ?

Alors, pour répondre à ces questions et aussi affiner la problématique qui guidera ma thèse, la méthode que je privilégie pour le moment, c'est l'observation ethnographique mêlée à des entretiens et en particulier, au sein des services de médecine ou des services médico-administratifs de la ville qui sont un peu au centre de cette reconnaissance d'inaptitude. Finalement, j'observe le travail, non pas des agents reconnus inaptes, mais le travail des acteurs médicaux et médico-administratifs qui reconnaissent l'inaptitude. En dehors des réunions de service et discussions informelles que je peux avoir assez régulièrement, j'observe le travail administratif au sein des secrétariats et j'assiste aux consultations médicales, aux réunions de commission et de comité médicaux dont je vous ai parlé tout à l'heure et dont on peut voir une photographie, ici, prise en séance.

Ensuite, je ne peux pas m'intéresser à l'inaptitude sans aller voir bien sûr du côté des agents reconnus inaptes ou en voie de l'être. Mais je n'ai pas encore véritablement commencé ce volet de l'enquête,

mais bien sûr, j'ai pour projet de faire des entretiens biographiques avec des agents reconnus inaptes à leurs fonctions ou en voie de l'être. En m'intéressant en particulier à leurs trajectoires professionnelles et médico-administratives d'inaptitude. Et par ailleurs, en retraçant avec les agents leurs trajectoires d'inaptitudes ou aussi, en analysant les pièces de leurs dossiers, je vais découvrir d'autres acteurs qui ont pu intervenir dans le processus de reconnaissance. Mon idée, c'est d'aller à leur rencontre : au sein des services où travaille l'agent, en rencontrant notamment les chargés des ressources humaines, la hiérarchie, les collègues, les syndicats, mais aussi, pourquoi pas en dehors de la ville, rencontrer les familles, les avocats qui peuvent intervenir, etc. Comme je vous le disais tout à l'heure, en parallèle de ces observations et entretiens, j'ai commencé un travail statistique à partir des données médico-administratives qui existent, extraites des logiciels de gestion de la ville, mais il faut maintenant que je nettoie et code d'importantes bases de données qui sont brutes, avant de les croiser pour pouvoir en sortir quelque chose. Puisqu'en fait, les logiciels utilisés ne sont pas conçus pour produire des statistiques et donc, beaucoup d'informations prennent la forme de textes libres qu'il faut retravailler, ce qui explique d'ailleurs que personne ne sache vraiment combien d'agents sont reconnus inaptes à leurs fonctions, par exemple, ni réellement quels sont les métiers les plus touchés, ou encore si l'inaptitude reconnue est d'origine professionnelle ou non…

Enfin, je voudrais apporter un volet historique à mon travail en analysant des archives locales, pour comprendre comment la ville a traité les questions d'inaptitude jusqu'à aujourd'hui, tout en comparant ces archives avec des textes de loi nationaux autour de ces questions. C'est donc un vaste programme qui va se préciser au fil de la recherche et puis aussi, de mes contraintes de temps, etc.

Pour le moment, les premiers matériaux récoltés m'ont permis de mieux identifier quelle forme prenait ce processus de reconnaissance des inaptitudes qui m'intéresse. Et j'ai essayé de le représenter schématiquement, de représenter le ou les processus de reconnaissance. Alors, je ne vais pas trop rentrer dans le détail de ce schéma, mais je vais quand même expliquer rapidement.

Les processus de reconnaissance d'inaptitude

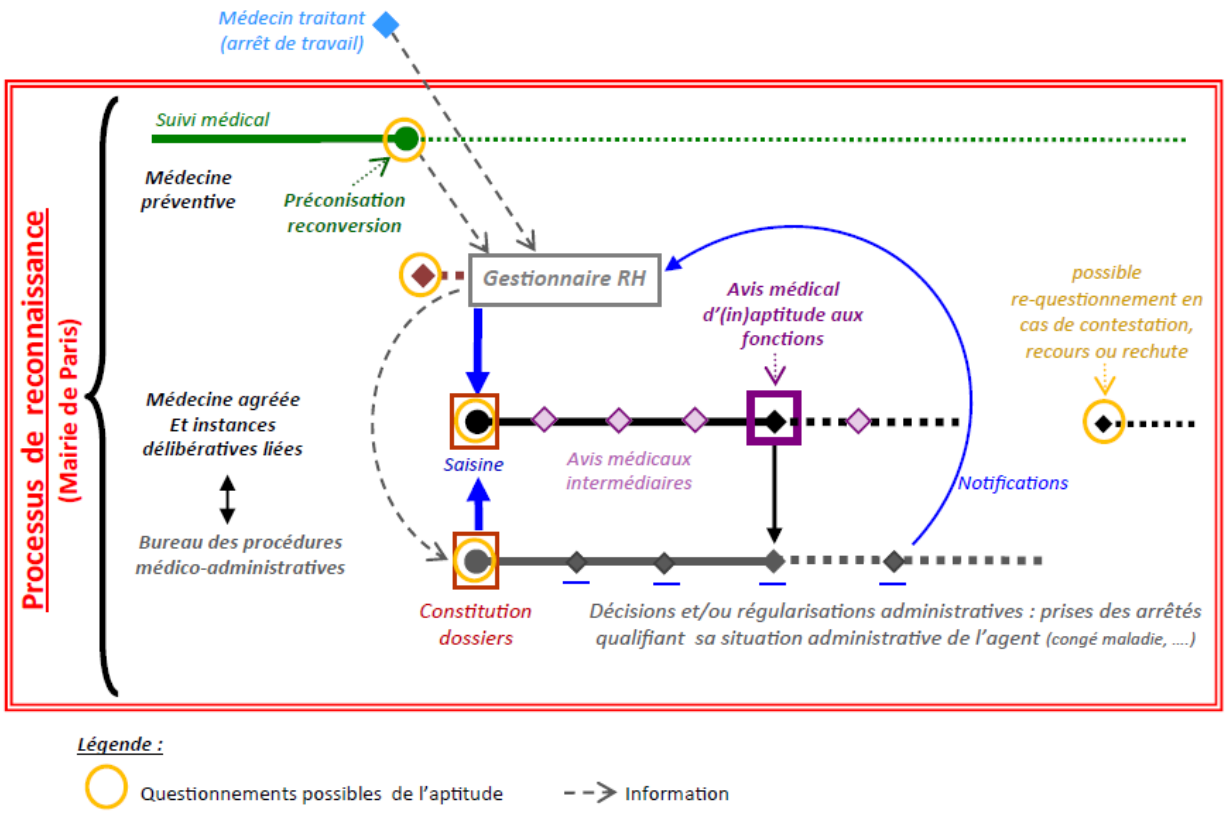


Schéma : les processus de reconnaissance de l'inaptitude

Je ne sais pas si vous voyez… si, c'est bien. Donc, j'ai d'abord identifié les lieux et les moments où pouvait se déclencher un premier questionnement, médical ou non, de l'aptitude. Donc, ce sont les cercles jaunes que l'on voit. Alors, cela peut d'abord être lors d'une visite médicale périodique ou à la demande de l'agent chez un médecin de prévention qui peut, à ce moment-là, préconiser une reconversion ou un changement de poste. Mais cela peut être aussi le gestionnaire RH ou l'encadrant de proximité qui repère soit des arrêts de travail répétés ou longs, ou des difficultés d'un agent dans son travail et qui pose la question de l'aptitude.

Et enfin, cela peut être lors d'une procédure d'une reconnaissance des droits à congés maladie ou faisant suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle que la question de l'inaptitude peut se poser. Alors, ces questionnements d'inaptitudes déclenchent une saisine de l'instance médicale compétente avec la constitution de dossiers médico-administratifs, donc ce sont… je les ai représentés… les petits encadrés rouges, ici. Une fois que la saisine est effectuée, débutent parallèlement un suivi médical et un suivi administratif du dossier… ce sont les deux lignes parallèles, ici. Le suivi effectué sur ces deux plans qui sont le suivi médical effectué par la médecine agréée, dont je vous ai parlé, et les instances liées, et le suivi administratif à la ville de Paris principalement effectué par un bureau en charge des procédures médico-administratives qui est en lien étroit avec la médecine agréée. Ces dossiers sont alimentés petit à petit, à l'occasion de visites médicales ou de passage en instance, jusqu'à ce qu'un avis médical final soit transmis à l'administration chargée de le traduire en arrêté administratif, qui qualifie en quelque sorte l'inaptitude en déterminant l'imputabilité aux services et les droits associés pour les agents, avant de le notifier au gestionnaire RH de proximité dans la Direction où travaille l'agent, par qui en fait, transitent beaucoup d'informations. En effet, quel que soit le circuit, on repère que les gestionnaires RH ont un peu un rôle central dans la transmission et la réception des informations. Et donc pour finir, l'administration comme l'agent peuvent toujours redemander des expertises médicales en contestant les premières décisions prises et du coup, un nouveau questionnement de l'aptitude peut toujours avoir lieu… c'est ce que j'ai représenté là, les cercles jaunes à droite. Ensuite, s'intéresser à l'inaptitude comme processus, cela permet d'identifier de nombreux acteurs qui peuvent intervenir à un moment ou à un autre, de près ou de loin. On en voit quelques-uns dans ce schéma.

Mais il y en a beaucoup d'autres, du personnel médical, mais bien entendu aussi de nombreux acteurs administratifs, syndicaux, voire juridiques… donc, j'ai fait un autre schéma… j'ai représenté ici l'ensemble des acteurs que j'ai identifiés à la ville de Paris. Ils apparaissent sur ce schéma en fonction de leur rôle central ou plus ou moins périphérique d'après ce que j'ai observé jusque-là dans la reconnaissance des inaptitudes. Ce que je veux montrer avec ce schéma, c'est qu'il y a vraiment beaucoup d'acteurs qui sont susceptibles d'intervenir, des acteurs avec des statuts très différents.

Les multiples acteurs

Au centre, on a les médecins agréés et les instances liées avec, autour, les acteurs administratifs et médico-administratifs au sein d'un pôle que j'ai appelé « pôle santé » auquel ces médecins sont rattachés. Ensuite, on a plusieurs acteurs au sein de la Direction de l'agent et, notamment, son gestionnaire de proximité, et puis au sein de la DRH jusqu'à la sphère politique. On retrouve aussi les représentants du personnel et les organisations syndicales qui traversent un peu toutes ces sphères.

Et enfin, j'ai représenté l'agent à part, mais qui joue vraiment un rôle important dans la reconnaissance de son inaptitude évidemment, en réalité, c'est dans toutes ces sphères qu'il devrait être représenté… c'est ce que j'ai essayé de faire avec les pointillés bleus là.

Et puis, il y a d'autres acteurs qui entourent l'agent en dehors de la ville, ce sont le ou les médecins qui le suivent, donc son médecin traitant, mais aussi d'autres qui sont amenés à produire des certificats sur lesquels s'appuient les différentes instances médicales de la ville pour juger. Mais ce sont aussi

ses proches, son avocat lorsqu'il y a un recours au tribunal administratif par exemple. Tous ces acteurs peuvent jouer un rôle dans la reconnaissance de l'inaptitude ou dans les alternatives possibles.

Pour le moment, je me suis surtout concentrée sur les instances médicales et médico-administratives en charge de la reconnaissance de ces inaptitudes et de fait, j'ai moins vu d'agents concernés que finalement leurs dossiers et la gestion, le traitement de ces dossiers… i. Et d'ailleurs, le schéma que je vous ai présenté finalement à ce stade, ressemble plus à un circuit de dossier d'inaptitude. Au-delà de l'aspect médical de leurs contenus, ces dossiers sont aussi le reflet de tout un travail administratif qui est vraiment, à mon sens, à prendre en compte dans le processus de reconnaissance de ces inaptitudes.

Partant de là, et à ce stade, j'ai commencé à répondre à la question : qu'est-ce que « reconnaitre l'inaptitude », en repérant différentes étapes ou actions qui interviennent dans le processus, et notamment au niveau de la constitution et de l'instruction des dossiers qui mènent à la décision d'inaptitude ? Sans approfondir vraiment chacune de ces étapes, je peux déjà dire que reconnaitre l'inaptitude, c'est d'abord signaler, formuler un questionnement de l'aptitude aux fonctions qui ne se passe pas du jour au lendemain, qui arrive dans des contextes particuliers, avec des objectifs en tête qui dépassent parfois le souci de la santé des agents. Mais, c'est aussi parfois instrumentaliser les médecins ou s'arranger avec eux, et certains médecins parlent d'ailleurs de « médicalisation » des conflits, pour qualifier des situations dans lesquelles les encadrants tenteraient d'utiliser la reconnaissance d'inaptitude pour régler des conflits au travail en lien ou non avec des problèmes de santé. Je vais très vite… mais reconnaitre l'inaptitude, c'est aussi assembler des pièces que constituent les dossiers qui sont manipulés, complétés et qui subissent des épreuves tout au long du processus de reconnaissance. C'est aussi instruire médicalement ou administrativement les dossiers, donc interpréter les pièces, traduire les conclusions, en faire des synthèses, reconstituer des parcours et parfois même, pré-décider ou orienter la décision au moment de l'instruction. Et à cette étape d'ailleurs, on peut remarquer des discussions, des tensions ou au contraire, des arrangements trouvés entre expertises médicales d'un côté et expertises administratives sur certains dossiers. D'ailleurs, on le voit sur une des photos que je vous ai mises… celle-ci. On voit qu'autour d'un dossier, là, on a des acteurs très différents qui discutent du dossier, donc un médecin agréé ici, un médecin secrétaire ici et une secrétaire en face qui échangent à partir des dossiers.

Donc, j'en étais à instruire les dossiers. C'est aussi expertiser médicalement lors de consultations où il s'agit d'écouter, d'examiner, d'interpréter, de qualifier, mais d'hésiter aussi. Parfois, les médecins suspendent leur jugement et demandent des avis à d'autres avant de rédiger un rapport argumenté. C'est aussi délibérer en instance en invoquant des savoirs différents, médicaux, administratifs, syndicaux, juridiques, ayant plus ou moins de poids, en présence ou non de l'agent concerné, avant de quantifier, imputer, parfois requalifier, etc. C'est enfin décider administrativement et notifier la décision, et c'est une décision qui peut toujours être contestée.

Et puis aussi, il y a tout au long de ce processus, des dossiers qui vivent dans le service que j'ai exploré pour l'instant, on les appelle d'ailleurs des « dossiers vivants ». Donc, des dossiers qui se perdent, qui sommeillent, qui au contraire, sont signalés ou court-circuités.

Donc, pour chacune de ces actions, les acteurs concernés utilisent diverses ressources et ils s'appuient et manipulent en particulier le droit administratif. Tout cela m'amène à dire que le processus de reconnaissance des inaptitudes à la Mairie de Paris articule interprétation et usage de la règlementation attachée au statut du fonctionnaire, mais aussi expertise médicale, pratique gestionnaire et contrainte organisationnelle, auxquelles s'ajoutent en principe la prise en compte des situations et conditions de travail des agents concernés. Mais en l'occurrence, l'hypothèse que je fais jusqu'à maintenant va plus dans le sens d'une faible prise en compte du travail de la reconnaissance des inaptitudes.

Quelle place du travail ?

Pour terminer cette présentation, je voudrais donc questionner la place du travail dans ces reconnaissances d'inaptitudes et leurs conséquences. Je rappelle que cette dernière partie prend plutôt la forme de questionnement que de résultats solides pour le moment. Et aussi, les hypothèses que je vais donner ici sont certainement biaisées par le fait que, pour l'instant, je me suis concentrée sur des services centraux qui sont relativement éloignés du travail des agents, et surtout que je n'ai pas encore rencontré réellement d'agents reconnus inaptes. Toutefois, je vais quand même profiter de ce séminaire pour tester quelques hypothèses sur la place du travail dans la reconnaissance des inaptitudes statutaires.

Tout d'abord, si les problématiques qui sont la base du questionnement de l'inaptitude en cours de carrière sont bien des problématiques liées au travail, que la question soit posée par des médecins de prévention ou des responsables hiérarchiques, en fait une fois que s'enclenche le processus de reconnaissance statutaire auprès des médecins agréés et des services médico-administratifs liés, les questions relatives au travail semblent être évacuées, mises à l'écart. D'abord comme on l'a vu, on pose la question de l'inaptitude aux fonctions, des fonctions qui ne sont pas toujours celles exercées réellement par l'agent. De plus, les médecins agréés en charge de reconnaitre l'inaptitude, on l'a dit aussi, connaissent assez mal les conditions de travail des agents, notamment parce que leur rôle n'est pas préventif.

Par exemple, j'ai assisté à des consultations médicales ou des séances d'instances médicales en charge de délibérer sur les questions d'inaptitudes, durant lesquelles le travail des agents en question n'était pas ou très peu abordé. Et après, une fois que l'inaptitude est reconnue, le problème devient plus un problème administratif, où il s'agit avant tout de savoir quelle est la position administrative de ces agents, et puis à terme, leur trouver un poste de reclassement. Ensuite, comme on l'a dit, les médecins qui reconnaissent l'inaptitude dans la fonction publique ne sont pas des médecins de prévention qui suivent médicalement les agents. Et donc ces médecins de prévention qui suivent les agents ne maîtrisent pas les décisions d'inaptitudes aux fonctions, ce qui peut créer des ruptures dans le suivi médical du travailleur. En fait, à partir du moment où la question de l'inaptitude médicale définitive est posée statutairement, les médecins de prévention de la ville de Paris semblent, en effet, perdre un peu la main sur les parcours professionnels des agents et leurs éventuels reclassements.

Et tout cela est accentué par le fait qu'il existe très peu de lien et de partage d'informations entre les deux services de médecine, ce qui peut être d'ailleurs source de désaccords et de frustrations entre les différents médecins. Je pourrais y revenir si vous le souhaitez dans la discussion. C'est ainsi que l'on voit parfois apparaître des tentatives de certains médecins de prévention pour essayer de contourner la reconnaissance officielle d'inaptitude pour garder la main sur ces parcours professionnels. Ils peuvent, en effet, chercher des alternatives à l'inaptitude en fonction de la situation de l'agent, mais aussi des possibilités qu'ont parfois les services de proposer des postes de reconversion sans que soit officiellement reconnue l'inaptitude statutaire officielle.

Enfin, le dernier élément que j'aimerais questionner, c'est le caractère protecteur du statut de fonctionnaire qui, finalement, peut rendre invisibles les conséquences négatives de l'inaptitude sur les parcours professionnels et sur le travail.

D'abord, on ne peut pas nier que le statut de fonctionnaire est protecteur dans le sens où il garantit un emploi à vie et des avantages qui sont non négligeables en matière de congés maladie, etc. Il ne faut pas oublier, par contre, que ces droits en question sont bien propres au statut du fonctionnaire et ne sont pas liés au seul fait de travailler dans la fonction publique. Il n'y a pas besoin de regarder dans le secteur privé pour s'en rendre compte. Il suffit de s'intéresser à tous les non-titulaires qui, à la Mairie de Paris notamment, bénéficient de très peu, voire d'aucun suivi médical et ils ne bénéficient pas non plus des mêmes droits en cas de maladie et en cas d'inaptitude, ils sont rapidement licenciés.

Même si les fonctionnaires reconnus inaptes sont difficilement licenciés, il n'en reste pas moins qu'une partie d'entre eux est en arrêt maladie long ou en position de disponibilité d'office pour raison de santé lorsqu'ils ont épuisé leurs droits à congés, et ainsi leurs traitements, leurs salaires peuvent être diminués de moitié et ils ne cotisent plus pour la retraite. D'autres, on les appelle des « inactifs

forcés », dans le sens où en fait, ils pourraient médicalement reprendre le travail, mais ils sont dans l'attente d'un reclassement professionnel. En fait, rien ne dit qu'ils n'auraient pas trouvé un emploi plus rapidement après avoir été licenciés. Du coup, le maintien dans l'emploi sans travail est-il bénéfique pour la santé ? C'est une question que l'on peut se poser. Et donc, la reconnaissance d'inaptitude n'a pas seulement des conséquences statutaires qui touchent au statut ou au déroulement de carrière, mais elle a aussi des conséquences qui sont moins visibles au niveau professionnel, relatives à l'insertion collective de travail, à la formation, etc.

Et enfin, la ville de Paris met en place de nouveaux dispositifs pour développer ces possibilités de reclassement. Je l'ai évoqué brièvement, cela prend la forme de créations de nouveaux postes, de réinternalisation de certains postes de contrôle par exemple. Mais certains de ces dispositifs remettent en cause la protection qu'offre le statut de fonctionnaire, en créant la précarité dans les conditions de travail. Je donne un exemple, la Mairie de Paris a créé une agence interne de travailleurs reconnus inaptes à leurs fonctions initiales qui sont, pour reprendre les termes, mis à disposition des services qui ont besoin de soutiens et de main-d'œuvre temporairement. Donc ces agents font de courtes missions, parfois physiques dans des équipes et des environnements qui sont inconnus pour eux, sans avoir le temps de s'y intégrer et de s'y adapter avant d'intégrer un nouveau service pour une nouvelle mission. Dans ce cas, même si là l'emploi et le travail sont garantis, les conditions de travail sont rendues plutôt précaires et aussi en proie au développement de risques professionnels tant physiques que psychosociaux.

Je voudrais juste conclure en disant que bien sûr je vais retravailler ces hypothèses dans la suite de mon travail, puisque dans les prochains mois, je vais un peu renverser le point de vue en allant voir, non plus les acteurs officiellement en charge de la reconnaissance des inaptitudes, mais les travailleurs reconnus inaptes à leurs fonctions, en questionnant leurs rapports ordinaires à la question. Mon idée, c'est de retracer un peu avec eux leurs trajectoires professionnelles et médico-administratives, repérer à quel moment et dans quel contexte leur santé a été pointée du doigt dans le travail, et puis identifier à quel moment les agents aussi agissent dans le processus de reconnaissance. Quelles ressources individuelles et collectives mobilisent-ils ? Quel est leur intérêt à agir ? etc.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

Céline MARDON

Je crois que l'on ne peut pas faire plus exact sur la durée qui était impartie… Est-ce qu'il y a des questions ? Serge…

Serge VOLKOFF

Merci beaucoup, Marion, pour la netteté de cet exposé à ce stade-là de ta thèse, dont tu as dit que c'était une forte mise en route, mais ce n'est encore qu'une mise en route. N'empêche que cela contient beaucoup d'éléments intéressants.

Moi, ce qui m'a frappé, c'est la conclusion, c'est-à-dire que les pistes que tu proposes inscrivent fortement une interrogation sur la place du travail dans cette affaire. Je suppose que ce n'est pas uniquement par courtoisie pour ce séminaire, mais c'est vraiment ton propos. Alors, si c'est cela, je voulais insister sur deux aspects qui sont présents au passage dans ton exposé, et donc je ne sais pas si tu sais déjà quelles places tu vas leur accorder, tu vas peut-être nous le dire.

Le premier, c'est la question de… je vais dire cela tel que je l'ai compris, la question de la formulation de la décision de reconnaissance ou d'ailleurs, de non-reconnaissance. Dans la liste des verbes que tu as alignés à un moment donné dans la diapo avec le schéma du processus de reconnaissance, à un moment donné, il y a marqué « décider administrativement », la question que l'on peut se poser, c'est ce que l'on décide. C'est oui, non, ou est-ce que l'on… ? Il y a tout un travail de réflexion sur la formulation de cette décision. Quel est son contenu ? Quel est son degré de détail ? Et en particulier, moi ce qui me frappe, alors je ne sais pas si c'est… je ne connais pas bien le contexte administratif, mais on est inapte soit à toutes fonctions, donc là, on voit que c'est sans doute un cas assez particulier, soit on est inapte aux fonctions au pluriel de son propre statut professionnel de fonctionnaire. Donc, c'est au pluriel, si je comprends bien, c'est-à-dire qu'il y a les fonctions d'assistants d'écoles maternelles, les fonctions d'éboueurs, etc. ce sont des fonctions. Alors, on est inapte à quoi ? À toutes les fonctions de cela ou à certaines d'entre elles ? Et si c'est certaines d'entre elles, est-ce que cela se rapproche plus d'une restriction d'aptitude ? Enfin voilà, il y a une question qui a un intérêt.

Ma deuxième question, elle a un peu un lien avec la première d'ailleurs, dans une autre entrée. C'est aussi une question que tu as soulevée au passage, cette espèce d'étanchéité ou porosité avec des acteurs qui sont, eux, plus près du travail. À commencer par la médecine préventive, peut-être d'autres acteurs, alors là, il y a une autre question, c'est, quand, par exemple, on prend le circuit que tu as indiqué dans ton schéma, c'est la médecine de prévention qui déclenche l'affaire, elle la déclenche avec quels éléments ? Est-ce que dedans, par exemple, et puis il y a beaucoup d'autres exemples, mais je donne celui-là, elle indique « Nous avons essayé tel, tel, tel type de restrictions partielles de réaffectations à l'intérieur même de la fonction essentielle de la personne, cela n'a pas marché pour telle, telle, telle raison », enfin, est-ce qu'il y a comme cela une restitution d'un itinéraire ? J'anticipe sur des choses dont il sera question dans l'intervention qui va suivre la tienne, il y a des analogies là. Et, est-ce que le médecin agréé prend sa décision et la formule avec des éléments de ce type en tête, donc des éléments qui ont à voir avec le parcours de fragilisation de la personne auparavant, et puis les hypothèses, les supputations qu'on peut faire sur la suite au vu de ce qui s'est passé avant ? C'est-à-dire, est-ce que, par exemple, il est amené à prononcer ou ne pas prononcer d'inaptitude en lien avec ce qu'il croit comprendre des possibilités des réaffectations derrière, ou pas ? Est-ce qu'il a tout cela en tête ? bien qu'il soit loin, tu l'as dit, de la situation de travail. Est-ce qu'il est porté… et cela dépend d'ailleurs du médecin, peut-être qu'ils ne sont pas tous pareils, est-ce qu'il est porté à essayer de regarder par un trou de serrure ce qui se passe vraiment dans un monde auquel il n'a pas accès ?

Marion GABORIAU

Alors, sur la formulation de la décision, en fait, quand par exemple, le comité médical se prononce sur une aptitude aux fonctions, je parle de décisions administratives, c'est parce que l'administration doit ensuite vraiment prendre un arrêté administratif qui en fait, reprend la décision. Et c'est en cela que je parle de décision administrative. En fait, je ne me rappelle plus très bien déjà votre question sur la formulation de la décision. Mais voilà, c'est en cela que je parle de décider administrativement, parce que cela doit être toujours être officiellement validé par l'administration et l'avis du médecin ne suffit pas en fait.

Serge VOLKOFF

Ma question, c'est sur les attendus de cette décision, c'est-à-dire sur l'argumentaire qui va avec. Est-ce qu'il est censé, à la limite, cocher une case et signer ou est-ce qu'il est censé rédiger tout un argumentaire qui renvoie éventuellement à des aspects précis du métier ?

Marion GABORIAU

Dans le dossier médical, il y a tout un argumentaire, mais plutôt un argumentaire à partir d'expertises médicales en fait, et moins par rapport au travail. Mais cela reste dans le dossier médical. Après, la décision administrative est très brève. Sur l'inaptitude aux fonctions ou à toutes fonctions ou à quelques fonctions, les médecins agréés, quand ils prononcent une inaptitude, c'est une inaptitude soit à toutes les fonctions du grade de l'agent, soit à toutes les fonctions de tous les grades qui existent. C'est bien là le problème. Parfois, les médecins de prévention reconnaissent des formes d'inaptitudes à une seule fonction en préconisant des restrictions d'aptitude, etc., mais cela ne veut pas dire que l'agent est complètement inapte à ces fonctions. En fait, les fonctions sont celles attachées au grade. Dans la fonction publique, c'est un ensemble de fonctions attachées à un grade.

Votre question a un lien avec le rôle des médecins de prévention. Les médecins de prévention ne peuvent pas eux-mêmes formuler le questionnement de l'inaptitude en tant que tel, puisqu'en fait, quand ils pensent que les agents doivent être reconnus inaptes à leurs fonctions, ils en parlent au responsable hiérarchique de l'agent et c'est ce responsable hiérarchique qui prend contact avec la médecine agréée pour que soit vérifiée l'inaptitude aux fonctions. Seul, le médecin de prévention ne peut pas prendre contact avec ces médecins agréés. Où est-ce que je voulais en venir ?... Parfois, une inaptitude à toutes fonctions est reconnue à la suite d'un questionnement d'un responsable hiérarchique qui prend contact avec la médecine agréée pour que soit vérifiée l'inaptitude aux fonctions, alors que le médecin de prévention, de son côté, n'envisageait pas cela pour l'agent qu'il suivait, pour lequel il avait aménagé le poste de travail et n'imaginait pas une inaptitude aux fonctions qui a été reconnue. C'est comme cela qu'il peut y avoir des conflits entre les deux types de médecine. Je ne sais pas si je suis très claire.

Serge VOLKOFF

Ils ne se parlent jamais les deux ? L'un connait le nom de l'autre et le téléphone ?

Marion GABORIAU

Il y a très peu de liens entre les deux médecines et l'un des arguments qui sont très souvent apportés, c'est le fait de la confidentialité, le secret médical, alors que les deux sont médecins. En tous les cas, il y a une médecine qui est plus proche de l'administration. Comme la médecine agréée traite aussi toutes les questions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, là, il n'y a plus de secret médical dès lors que cela touche à l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident. Là, l'administration a accès au dossier médical et c'est peut-être cela qui fait hésiter les médecins de prévention à prendre contact avec la médecine agréée. En tous les cas, les échanges entre les deux médecines sont compliqués.

La dernière question était, est-ce que les médecins agréés prennent en compte les éléments apportés par les médecins de prévention et tout le parcours de l'agent quand ils prennent la décision ? Non, parce que les médecins agréés n'ont pas accès du tout au dossier de suivi de médecin de prévention et quand le supérieur hiérarchique prend contact avec la médecine agréée, il coche des cases en disant « Je prends contact avec vous pour faire vérifier l'aptitude de cet agent, parce qu'il a été trop absent » par exemple. Enfin, il y a différentes modalités des saisines pour la médecine agréée. Donc, non, la médecine agréée n'a pas du tout accès au dossier du médecin de prévention et au suivi des travailleurs. Alors, ils peuvent avoir une fiche de poste, mais c'est parfois assez abstrait. Ils se basent plus sur des éléments médicaux, des expertises médicales.

Geneviève TORDJMAN

Je voulais savoir si l'agent concerné avait la possibilité d'assister aux réunions des différentes commissions, et s'il pouvait se faire représenter par exemple ? Est-ce qu'il peut lui-même… est-ce qu'il en est informé à la Mairie de Paris ?

Marion GABORIAU

Alors, quand il s'agit de maladie, non, enfin reconnue comme non-professionnelle, cela passe au comité médical. Là, le comité médical est composé uniquement de trois médecins agréés et du secrétariat, mais l'agent ne peut absolument pas assister à ces commissions. Par contre, quand il s'agit d'accidents du travail ou de maladies professionnelles et que cela passe en commission de réformes… alors tous ces dossiers-là ne passent pas en commission de réformes. C'est uniquement quand il y a une contestation, soit de la part de l'administration qui repère des indices qui vont dans le sens d'une non-reconnaissance, soit une contestation de la part de l'agent. Et donc là, l'agent est invité à venir à la séance de commission de réformes et peut être représenté. Il peut venir avec la personne de son choix, avec un membre de sa famille, un conseiller, un avocat, un médecin s'il le souhaite. Donc, l'agent a plutôt même intérêt à venir à ces commissions de réformes, parce que parfois, la présence de l'agent et ce qu'il apporte fait basculer la décision.

Sylvie PLATEL

Je vous remercie pour cette présentation très intéressante qui m'a d'autant plus intéressée que j'ai mené moi-même une recherche sur un processus médico-administratif de reconnaissance en maladie professionnelle de cancers d'origine professionnelle, mais dans le cadre du régime général. Donc, ce ne sont pas les mêmes procédures qu'à la Mairie de Paris. Je suis rentrée dans la recherche par les dossiers, par les demandes des patients, contrairement à vous, mais vous avez d'abord regardé les différents acteurs et le processus de reconnaissance. Je n'ai pas vraiment de question, mais je voulais rebondir sur deux aspects qui peuvent être similaires dans nos réflexions.

Ce sont, comment les liens entre les différents acteurs qui interviennent et qui ont des savoirs différents, ont pu influer, ce que j'ai pu observer, sur la décision finale, selon la manière dont ils communiquent plus ou moins bien, selon les cloisonnements des services. Je ne sais pas ce que vous avez déjà pu observer à ce stade.

J'ai également un résultat de recherche qui est la difficulté dans la prise en compte du rôle du travail effectif dans ces processus, effectivement la difficulté de tous ces acteurs à précisément identifier les parcours professionnels. Dans le cadre de ma recherche, c'était pour qualifier des risques cancérogènes, mais apparemment, vous soulevez la même problématique. Voilà, en tous les cas, ce sont des recherches extrêmement intéressantes et très denses sur les processus de reconnaissance. Donc, bon courage.

Marie-Madeleine VENNAT

Moi, j'aurais une question sur le processus de mise à la retraite pour inaptitude, comment cela se passe ? Est-ce que vous avez un peu plus de précision là-dessus ? Merci.

Marion GABORIAU

Oui, alors les liens entre les différents services, comment cela influe sur la décision ? C'est ce que j'ai un peu montré là. Il y a assez peu de liens entre tous ces services. Donc, quand il y a une communication possible, cela existe, notamment les médecins de prévention peuvent avoir de très bons contacts avec les encadrants et les Directions des agents, il peut y avoir tout un ensemble d'arrangements et du coup, tout cela se passe un peu en dehors des processus de reconnaissance officielle d'inaptitude, dans ces cas-là, le parcours des agents est peut-être plus pris en compte. Mais par contre, quand il y a très peu de liens, les décisions d'inaptitude peuvent être prises assez vite et en fait, la prise en charge de l'agent, je pense, est plus compliquée. C'est encore… j'en suis au début… Et oui, sur la difficulté du rôle du travail… je ne peux pas vous en dire beaucoup plus que ce que j'ai présenté aujourd'hui, mais en tous les cas, je vais essayer de creuser cela.

Sur les maladies professionnelles, puisque c'est cela qui vous intéressait, en fait, les médecins de prévention ont un rôle dans ce cas-là, ce ne sont pas que les médecins agréés qui décident de la maladie professionnelle, puisque les médecins de prévention doivent remplir une fiche qui dit « Oui, potentiellement, l'agent pourrait être reconnu en maladie professionnelle », mais souvent ces fiches sont un peu décrédibilisées par les médecins agréés qui disent que les médecins de prévention se contentent de recopier le tableau des maladies professionnelles. Donc là aussi, les faibles liens entre les deux médecines provoquent parfois des malentendus et des conflits. Voilà, j'espère que je réponds.

Et sur les processus de mise à la retraite pour invalidité, en fait, pour qu'un dossier de mise à la retraite pour invalidité soit monté, il faut que l'agent soit reconnu inapte à toutes fonctions, c'est-à-dire qu'il ne pourra reprendre aucune fonction à la ville de Paris. En réalité, cela est la théorie, mais il y a aussi le fait qu'un agent peut être reconnu inapte à ses fonctions, mais on n'a pas réussi à le reclasser, et donc là aussi, on peut faire une demande de retraite pour invalidité, en justifiant le fait que l'on a fait plusieurs tentatives pour le reclasser et que cela n'a pas fonctionné. Donc là, un dossier pour retraite pour invalidité est monté et dans ces cas-là, ce dossier passe en commission de réforme et dans ce dossier, doivent être évaluées toutes les pathologies dont souffre l'agent, qu'elles soient d'origine professionnelle ou non. Il y a tout un ensemble d'expertises qui doivent être menées pour quantifier les taux d'invalidité, etc. qui joueront sur le montant de la pension de retraite. Une fois que tout le dossier est monté, c'est envoyé à la caisse de retraite des fonctionnaires qui instruit ce dossier et qui peut tout à fait refuser ou en tous les cas demander des précisions, etc. C'est donc une procédure qui est vraiment très longue, dont on n'est jamais sûr qu'elle aboutisse.

Serge VOLKOFF

J'ai le droit de prendre la parole, mais je rebondis sur l'échange que tu as eu avec Sylvie Platel sur l'histoire de liens entre les services. Je me permets une suggestion. Après, elle vaut ce qu'elle vaut parce que l'on découvre ta recherche depuis une heure et, en plus, je ne suis pas de ta discipline. Mais quand même, dans l'investigation statistique que tu comptes entreprendre, peut-être que ce serait une bonne idée que tu prennes ton investigation statistique elle-même comme un objet de recherche dans une certaine mesure. C'est-à-dire que toutes les difficultés que tu rencontres, la manière dont les fichiers sont organisés ou pas, de la continuité ou pas, etc., on a une certaine expérience, nous, de ces choses-là et on se rend compte que ce qui fait qu'Alain Desrosières, que citait Céline hier, appelle le rôle de « langage carrefour » des outils quanti, donc des bases de données, des productions de résultats, etc.

Ce qui fait qu'à un moment donné une base de données, un système statistique, si tant est qu'il existe, puisse ou non jouer ce rôle de langage carrefour est extrêmement révélateur des relations entre services, de la manière dont la question est posée ou pas, des occultations, etc. Donc, je ne sais pas si tu as prévu de faire une espèce de journal de bord, je ne sais pas comment on appelle cela dans les approches ethnographiques, en socio, mais le journal de bord de ta propre quête des données statistiques, de leurs béances, de leurs insuffisances, de ce que les gens en font ou n'en font pas, du point de vue qu'ils ont dessus, des gens qui ne savent même pas qu'à tel endroit que tel chiffre existe à tel autre endroit, etc., tout cela est d'une grande richesse. Alors, tu as peut-être prévu de le faire, mais je me permets de te le suggérer.

Alors d'autant plus, que nous, on a tenté le coup avec la ville de Paris et que cela a failli se faire, et puis ce sont des aléas institutionnels qui n'ont rien à voir avec le sujet, qui ont pour l'instant complètement bloqué le truc, mais on s'est rendu compte que, comme partout ailleurs, dans de grands paquebots comme cela, les béances de la statistique et de ses usages sur un sujet de ce genre sont extrêmement révélatrices.

Marion GABORIAU

Juste pour rebondir là-dessus, en fait, je pensais pouvoir faire ce travail statistique beaucoup plus rapidement, mais là, à ce stade, j'ai juste essayé de repérer les différentes bases qui existaient, et oui, chaque instance ou chaque médecine utilise des logiciels différents qui ne communiquent absolument pas entre eux. Certains peuvent fournir des statistiques un peu plus facilement, mais d'autres sont des logiciels de textes libres.

Un intervenant

Il faut les considérer, mais pas seulement les difficultés, mais un résultat.

Marion GABORIAU

Oui, c'est vrai.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Moi, j'avais une question sur l'effet un peu pervers que peut avoir le super fonctionnement de toute cette mécanique, et notamment… peut-être aussi, parce que j'ai quelqu'un de ma famille qui est tout à fait concerné par toutes ces procédures-là, et tout ce fonctionnement qui d'abord est hyper long. Il y a des commissions : ces fameuses commissions sont des choses qui sont essentielles pour prendre des décisions, et dans certains cas, même quand on doit revenir par exemple d'un arrêt de travail, cela doit passer par la commission, mais pas de chance, la commission suivante, elle est huit mois après la date théorique de fin de l'arrêt de travail. Donc, j'ai l'impression qu'ils ont dû fabriquer - et qu'ils n'arrêtent pas d'en fabriquer avec ce système-là - plein de gens qui seraient éventuellement susceptibles de travailler et qui ne travaillent pas à cause des effets du système. Alors, tu as parlé de dispositifs, moi, je n'en avais jamais entendu parler, disponibilité… je ne sais plus comment tu l'appelles. Est-ce que ceux-là, plus ceux qui sont hors travail, tout en voulant travailler… est-ce qu'il y a une évaluation de cela ?

Marion GABORIAU

Une évaluation quantitative ?

Anne-Françoise MOLINIÉ

Oui.

Marion GABORIAU

Non, il n'y en a pas.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Et toi, qu'est-ce que tu en penses ?

Marion GABORIAU

Alors moi, au vu des dossiers, enfin comme j'ai assisté à des commissions, etc., je me rends compte que cela existe vraiment des agents qui soit sont chez eux depuis vraiment plusieurs années, qui pourraient reprendre ou qu'ils sont chez eux en position de D.O.R.S, disponibilité d'office pour raison de

santé. Et donc, cela correspond à une fois que leurs droits à congés maladie sont terminés, ils basculent dans cette position administrative, qui fait qu'ils perdent la moitié de leur salaire, qu'ils ne cotisent plus pour la retraite. Quand c'est une disponibilité d'office pour raison de santé, ils peuvent cumuler trois ans dans cette position-là, mais en fait, on peut facilement « les oublier » ces agents qui sont dans cette situation.

Là, dans les observations que j'ai faites, certains dossiers ont des retards de plusieurs années de traitement. Cela a des impacts directs sur la situation des agents.

Sandrine GUYOT

Vous disiez à la fin de votre intervention, vous posiez une question qui bien sûr nous intéresse directement dans le séminaire, c'est, est-ce que le maintien dans l'emploi sans travail est bénéfique pour la santé ? Alors, peut-être que cela dépasse les investigations qui seront les vôtres dans le cours de votre thèse, mais est-ce que vous pensez vous intéresser à la post-décision d'inaptitude ? Cela va un peu dans le sens de ce que disait aussi tout à l'heure Anne-Françoise, c'est globalement les impacts de la décision d'inaptitude sur le devenir professionnel des agents. Ce que cela produit sur leur santé, cette décision d'inaptitude avec l'ensemble des conséquences que vous évoquiez, et ce que cela produit également aussi éventuellement sur de possibles sorties de l'emploi ? Sur la volonté de certains d'essayer de se sortir de cet imbroglio finalement, d'être en emploi, mais sans travailler. Et peut-être, pour certains, rechercher à sortir de ce statut protecteur, mais tellement protecteur qu'il en devient étouffant. Est-ce qu'éventuellement, ce sont des choses sur lesquelles vous allez porter un intérêt dans le cadre de votre thèse, même si cela dépasse la question du processus de reconnaissance de l'inaptitude ? Mais sur ce que cela fait en matière de santé ces processus d'inaptitude qui ne prennent plus en compte le travail et réellement la santé des agents dans le travail.

Marion GABORIAU

C'est une question très intéressante, pour l'instant, j'avais plutôt mis de côté tout ce qui concerne le reclassement et les effets, mais je vais évidemment le prendre en compte quand je vais aller rencontrer des agents et discuter de leur trajectoire, ce sera un sujet que je prendrais en compte. Mais en tous les cas, oui, c'est très intéressant.

Un intervenant

Je prolonge un instant la question de Sandrine. Il y a aussi la question : est-ce que les décideurs ont un intérêt, des connaissances sur les conséquences de leurs décisions ? C'est aussi une manière de poser la même question, mais vue autrement. C'est-à-dire, qu'est-ce qui se passe après la décision ? Est-ce pour les décisions suivantes à prendre pour d'autres personnes, les décideurs sont au courant des conséquences de leurs décisions précédentes ? Ma question est compliquée ou cela va ? Voilà ce qui se passe quand je prends telle décision, est-ce qu'ils en ont une idée ?

Marion GABORIAU

Ils en ont une idée parce que cela fait beaucoup d'agents à reclasser et donc, il y a des dispositifs qui sont mis en place et qui deviennent de plus en plus importants. Cela déjà, c'est une idée.

Et après, il y a quand même un peu l'idée, je m'avance un peu là, mais il y a quand même un peu l'idée… la question est posée aujourd'hui de savoir, qu'est-ce que l'on fait de tous les agents qui ne rentrent pas dans les dispositifs de reclassements que l'on a mis en place, et qui en même temps, ne sont pas assez abîmés pour être reconnus à la retraite pour invalidité ? Et dans ce cas-là, les décisions qui sont prises aujourd'hui, même si ce n'est pas… on essaye quand même de monter un dossier pour retraite pour invalidité. Une fois que l'on a prouvé que l'on a essayé le reclassement, que cela n'a pas

fonctionné et que la caisse de retraite refuse la retraite pour invalidité, on peut proposer le licenciement assez facilement en ayant tous ces éléments dans un dossier. C'est aussi une voie aujourd'hui, elle est très peu pratiquée, mais c'est une voie qui existe et qui peut-être va se développer.

Une intervenante

Moi, j'avais une question un peu en complément, mais qui du coup, se trouve peut-être aussi en aval de la décision d'inaptitude. C'était une question que je me posais en entendant ce qui était décrit sur ce qui était mis en place, par exemple, en parlant de la précarisation des conditions de travail, les pools de personnes qui peuvent aller remplacer de-ci, de-là, ou même au départ, quand vous disiez qu'il y avait des gels d'emplois administratifs vacants pour réserver ces places-là aux gens inaptes, mais je me posais la question en termes de formation, est-ce qu'il y a des choses de prévues ? Parce que si c'est 70 % d'ouvriers et d'employés faiblement qualifiés, j'imagine que c'est quand même plutôt dans cette population-là que l'on trouve les inaptitudes, cela ne va peut-être pas de soi de les reclasser dans des postes administratifs ? Je me demandais s'il y a des choses qui existent ou des choses à mettre en place par rapport à cela ?

Marion GABORIAU

Oui, donc en fait, il existe tout un service, encore à part de ces services de médecine, etc. C'est un service à part qui est censé prendre en charge ces agents reconnus inaptes, qui propose des formations, qui évalue un peu le parcours professionnel de l'agent. Alors là, je ne suis pas encore allée dans ces services. Mais en tous les cas, oui, il y a des dispositifs mis en place, d'emplois tremplins ou des choses comme cela. Cela porte différents noms et en fonction des agents, de leurs parcours, de leurs formations, des formations leur sont proposées pour pouvoir intégrer ces postes administratifs.

Mais en fait, aujourd'hui, c'est un peu saturé, il n'y a que peu de postes disponibles dans l'administratif, de plus, tous les agents ne peuvent absolument pas y prétendre. Il y a aussi des emplois « doux », mais qui sont en surnombre, on parlait hier des emplois en surnombre dans certains services, mais qui ne permettent pas toujours monter en compétence, etc., qui sont un peu remis en question. Je ne peux pas en dire beaucoup plus.

Céline MARDON

Merci à tous.

Chapitre 5

ON TIME, DELAYED, CANCELLED ? UNE ANALYSE DES PARCOURS DE RECLASSEMENT DANS L'INDUSTRIE AÉRONAUTIQUE

Willy BUCHMANN, ergonome, Maître de conférences au Cnam-CRTD, Creapt

Corinne ARCHAMBAULT, Médecin du Travail, Airbus

Willy BUCHMANN

Introduction et contexte de la recherche

Bonjour à tous, merci aux organisateurs de m'avoir invité à cette journée. En gros, la prescription que j'avais, c'est : « Présente-nous un bout de ta thèse sur les reclassements professionnels et donne-nous un titre assez rapidement ». Voilà, j'ai essayé de faire avec cette prescription-là, on va voir ce que cela va donner. Je devais co-présenter avec Corinne Archambault, qui est médecin du travail, avec qui j'ai travaillé sur ce projet-là, et malheureusement les aléas de l'activité des médecins du travail font qu'elle n'a pas pu être présente aujourd'hui. Donc, il a fallu que je fasse quelques ajustements de dernière minute, parce que l'on avait prévu un petit dialogue sur certaines diapositives, je ne tenterai pas le risque d'imiter Corinne Archambault, je vais essayer de reprendre un peu de ses propos sans trop les déformer.

La présentation que je vais vous faire, que j'ai intitulée aujourd'hui « On time, delayed or cancelled » (en cette période de grève, je trouvais que cela tombait plutôt bien) relate une analyse des parcours de reclassement d'opérateurs d'une grande entreprise de l'industrie aéronautique. Cette présentation reprend une toute petite partie des travaux de ma thèse, qui traitait des liens entre l'évolution du travail, l'évolution des douleurs articulaires et le parcours professionnel. Le recueil de données s'est terminé en 2013, mais on a toujours de petits bouts de données brutes qui n'ont pas été exploitées, et c'est le cas pour la présentation d'aujourd'hui : je suis reparti dans mes données initiales.

Qu'est-ce qui a fait que l'on s'est intéressé à ces parcours de reclassement ? D'abord, quelques éléments de contexte : on est sur le terrain de recherche d'un établissement de 700 salariés, d'une filiale d'un grand groupe aéronautique, dont 300 opérateurs. Ce site est spécialisé dans la conception, la production et la réparation de pales en matériaux composites. Compte tenu du type de produit réalisé, il y a certaines spécificités qui sont utiles à rappeler par rapport au sujet qui nous intéresse aujourd'hui.

Tout d'abord, les pales d'hélicoptère sont des pièces vitales pour la sécurité des utilisateurs, et en conséquence, les exigences qualité sont très fortes, les prescriptions sur les process sont très fortes et les opérateurs ont très peu de liberté pour transiger sur la qualité du travail réalisé. De toutes façons, d'eux-mêmes, ils y mettent du leur parce qu'ils sont conscients qu'ils ont la vie de personnes entre leurs mains. D'autre part, compte tenu de ces exigences qualité, les opérateurs sont qualifiés, c'est-à-dire qu'ils suivent des formations en interne qui sont parfois d'assez haut niveau, ils ont des certifications pour pouvoir travailler sur telle ou telle référence de produit, ils ne peuvent pas passer d'un produit à un autre. Le turn-over des opérateurs est plutôt stable dans l'établissement. Autrement dit,

il est difficile de rentrer dans ce genre d'établissement, parce qu'il y a des exigences assez importantes, mais quand on y est, on cherche à y rester et donc le turn-over est faible.

On peut qualifier cette production d'artisanat industriel, caractérisé d'une part par des process industriels très stricts et très cadrés, mais d'autre part, par un gros savoir-faire manuel des opérateurs. Ces savoir-faire manuels associés à la manutention des pièces travaillées, qui sont lourdes et volumineuses, fait que souvent les opérateurs sont soumis à de fortes sollicitations physiques.

D'ailleurs, c'est ce qui ressort, en 2012, d'une exploitation du dispositif longitudinal Evrest (Evolutions et relations en santé au travail). Evrest est un observatoire des liens santé-travail qui est conduit et piloté par les médecins du travail et qui s'appuie sur des questionnaires qui sont remplis chaque année par les opérateurs. Et donc, lors d'une exploitation en 2012 de ce dispositif pour les opérateurs de cet établissement, il a été identifié que 26 % des opérateurs déclaraient travailler quotidiennement avec des douleurs articulaires aux membres supérieurs et 39 % avec des douleurs dorsales.

Deuxième élément de contexte, qui a orienté notre travail, ce sont les difficultés croissantes rencontrées par le management, par la Direction, par la hiérarchie de proximité, pour reclasser durablement les opérateurs touchés par des douleurs articulaires.

Et ces éléments ont abouti à au moins deux questions que l'on s'est posées : quelle approche développer pour éclairer les liens entre évolutions du travail, évolution des douleurs articulaires et parcours professionnel ? Et la deuxième, dans quelle mesure l'ergonomie peut alimenter la réflexion et l'action des entreprises pour la conception de parcours professionnels soutenables (pour reprendre le terme de ces journées) ? Mais ensuite, je me suis posé la question de qu'est-ce qu'un parcours durable, ou soutenable, ou développemental ? Je n'ai pas la réponse, je reviendrai dessus un petit peu en conclusion.

On voit à travers ces questions qu'il y a trois niveaux d'attendus. D'abord, quelque chose de très méthodologique : quelle approche ? Méthodologiquement, qu'est-ce que l'on peut faire pour essayer de comprendre ? Ensuite, des attentes sur la compréhension de certains liens santé-travail autour des douleurs articulaires. Enfin, sur les apports de l'ergonomie à la fois pratique, parce que l'on a une entreprise qui a une demande et qui a des attentes, et théorique ou scientifique sur ces questions de TMS (Troubles Musculo Squelettiques) et de parcours.

Cadre théorique et (court) état de l'art

Cette recherche s'inscrit dans un cadre théorique général que je développe dans ma thèse ; je n'en présente qu'une partie ici. D'abord, on s'appuie sur des recherches qui ont montré que les approches de prévention, qui n'intègrent que les difficultés ici et maintenant des opérateurs, obtiennent des résultats plutôt fragiles et peu durables sur la prévention des risques, le retour à l'emploi, etc. (Vezina, 2010; Wells, 2009). En conséquence, il est préférable de développer des approches de moyen et long termes pour appréhender la complexité des liens santé-travail (Aublet-Cuvelier *& al.*, 2006 (médecine) ; Gaudart, 2014 (ergonomie) ; Plouvier *& al.*, 2011 (épidémiologie)). On retrouve ces approches dans différentes disciplines. Plus particulièrement, une approche diachronique peut se révéler opérante pour la compréhension et l'action sur les TMS (Buchmann *& al.*, 2018 ; Cole *& al.*, 2002).

Notre réflexion s'inscrit dans la continuité de ces recherches et par approche diachronique, on peut reprendre les termes ou une des définitions proposées Corinne Gaudart (2013), pour qui, l'analyse de l'activité ne doit pas être seulement focalisée sur le "ici et maintenant" de l'observation, mais doit s'élargir et appréhender le moment présent dans un continuum entre le passé et le futur de plusieurs histoires, celle de l'entreprise, mais aussi des dispositifs de production, des métiers, des collectifs, des histoires de vie et de travail des individus, histoires elles-mêmes prisent dans des temporalités à multiples échelles se combinant et recomposant de façon hybride au cours du temps.

Méthodes de recueil et analyse des données

À partir de ce socle et de ces pistes théoriques, pour creuser cette question d'évolution des TMS et des parcours de travail, on a travaillé avec le médecin du travail sur l'analyse des parcours de reclassement d'opérateurs de l'usine pour cause de douleurs articulaires. Un facteur facilitant ce choix méthodologique est que Corinne Archambault travaille dans cet établissement en tant que médecin du travail depuis 25 ans maintenant et donc elle a une grosse connaissance des évolutions de l'entreprise. De plus elle compile de nombreuses informations dans les dossiers médicaux. Ceux-ci présentaient donc une source de données significative.

La première tâche qui a été confiée au médecin du travail a été de retrouver grâce aux dossiers médicaux les opérateurs reclassés entre 2004 et 2012 pour cause de TMS. Neuf opérateurs remplissaient ces critères. Ensuite, on a analysé plus finement les contenus des dossiers médicaux de ces neuf opérateurs. Pour des raisons déontologiques, je n'avais pas accès aux dossiers médicaux, donc c'est le médecin du travail qui a fait l'exercice d'extraire toutes les données relatives aux douleurs articulaires, leurs localisations, leurs intensités, les traitements, les soins, les trucs-astuces déclarés par l'opérateur pour tenter de réguler ses douleurs, etc. Nous avons aussi demandé d'identifier dans les dossiers médicaux toute autre donnée relative aux changements dans le travail : sur les produits, les process, l'organisation de l'équipe, les temps de travail, etc. ou les changements de poste de travail de l'opérateur. Tous ces éléments ont été compilés dans des tableaux. Ensuite, nous avons mené une sorte d'auto-confrontation du médecin avec ces tableaux.

L'entretien d'auto-confrontation a duré près de trois heures. Il était demandé au médecin du travail de compléter les données récoltées par des remarques sur ces données, des analyses complémentaires, ou alors de répondre à des questions que je lui posais au sujet d'éléments contenus dans le tableau et que je n'aurais pas compris. Cet entretien a été enregistré, retranscrit et analysé. L'exploitation de ces données a pris la forme de reconstitutions chronologiques du parcours professionnel et de l'évolution des douleurs de chacun des opérateurs, que je vais vous présenter par la suite. On peut faire la remarque qu'il n'y a pas eu d'observation directe de l'activité des personnes reclassées. C'est un choix qui s'est fait pour les raisons suivantes : d'une part, le médecin du travail connaissant bien les postes de travail a amené beaucoup d'éléments fins et précis sur les postes de ces neuf opérateurs. D'autre part, j'avais moi-même passé beaucoup de temps dans les ateliers à réaliser des analyses ergonomiques du travail sur des postes similaires ou proches des postes par lesquels les 9 opérateurs étaient passés, et donc, j'estimais avoir une connaissance suffisamment claire des caractéristiques des postes en question pour comprendre un peu la situation. Ce n'est pas une analyse ergonomique de la situation, mais au moins, je voyais de quoi on parlait.

Résultats

Dans un premier temps, on va s'attarder sur un des neuf parcours de reclassement. Celui d'un opérateur, Monsieur Ale (nom d'usage pour l'occasion), qui a 34 ans en 2011, qui est rentré en 1996, donc à l'âge de 19 ans, et qui a été formé en interne en tant que peintre et principalement peintre de pales arrière. Son travail est principalement composé de tâches de ponçage des produits, de tâches de masticage (pour cacher les petites imperfections), et puis de tâches de peinture.

Le parcours de reclassement de ce peintre est présenté dans la figure ci-dessous.

Année	Mois	Poste	Santé ostéo-articulaire	Commentaires
2003		Peintre	douleurs un peu au dos	
2005			douleurs épaule en lien avec le travail	
2006			douleurs toujours présentes	
2007			douleurs moins présentes + Une restriction médicale temporaire	Explique ce mieux par moins de peinture pales Z4
2008			douleurs augmentent à nouveau	1ères douleurs après un changement d'organisation : le nombre de pales par série a augmenté.
2009			envoyé en consultation de pathologie professionnelle	
2009			déclaration de MP épaule Gauche	
2009		Reste à la peinture, mais peint des pales plus petites	il dit que c'est moins sollicitant, mais quand même.	
2010			douleurs épaule Droite (puis déclaration MP épaule D)	
2010	Avril		14 jours d'arrêt de travail	
2010	Mai		déclaré inapte au poste	MT : pour faire évoluer sa situation
2010	Mai	Finition des pales : 1 mois	mais ça s'est mal passé	MT : je pense qu'ils ont mal évalué ses douleurs, et que moi j'ai mal évalué les contraintes du poste proposé
2010	Mai-Juin	ponçage ébavurage limage	ça ne va toujours pas	Donc restriction du médecin du travail
2010	Juin à septbre	préparation des pales arrière Z2	ça allait	
2010	Septbre	bobinage	il doit porter les bacs, porter les galettes, décoller tissus et ça ne va pas : la douleur descend jusqu'aux coudes. Arrêt de travail	MT : ils ont dû avoir besoin de lui ailleurs Donc nouvelle restriction du médecin du travail au port de charges et mouvements répétitifs des épaules
				Mais serait reste au bobinage, en faisant attention
2011	Mai	équilibrage pales	ça va, mais il y a quand même des douleurs quand il travaille les bras en l'air	
2011	août			Passe en commission maintien dans l'emploi : Doit être suivi sur du long terme, car c'est un jeune ; on sait que c'est du provisoire.

13

Figure 1 : Parcours professionnel de M. Ale, entre 2003 et 2011

On voit en 2003, les premières traces de douleurs qui apparaissent dans les dossiers médicaux. 2003, il est peintre, il a des douleurs au dos ; 2004, pas de problème. 2005, douleurs épaules en lien avec le travail ; 2006, il déclare, lors des visites régulières, des douleurs toujours présentes aux épaules ; en 2007, il dit que les douleurs sont moins présentes, et il explique ce mieux par le fait qu'il fait moins de peinture de pales Z4 - ce sont les plus grandes pales à l'arrière de l'hélicoptère et qui pèsent une bonne dizaine de kilos. Mais parallèlement, on voit quand même qu'il y a une restriction médicale temporaire sur le poste, cela commence à chauffer ; 2008, les douleurs augmentent à nouveau, et l'opérateur explique l'augmentation de ses douleurs par un changement d'organisation, le nombre de pales par série a augmenté, c'est-à-dire qu'avant, il faisait des séries de cinq pales, alors on avait cinq pales de la même série de la même référence à faire, et là, on lui demande de faire des séries plus longues, donc avec des gestes un petit peu plus répétitifs et quand on a de grosses pales sur des séries un peu plus longues, c'est un peu plus coûteux physiquement ; et en 2009, comme cela a continué à chauffer de plus en plus, le médecin l'envoie en consultation de pathologie professionnelle. Suite à cette consultation en pathologie professionnelle, il déclare une maladie professionnelle à l'épaule gauche, mais il reste à la peinture, je reviendrai dessus après, avec un petit conseil du médecin, c'est de ne peindre que les plus petites pales. (ce qui sous-entend que la charge des grosses pales se reporte sur le collectif, puisque ce sont ses collègues qui se retrouvent à peindre plus de grosses pales, et moins de petites pales). Lors d'une visite auprès du médecin, l'opérateur dit que cette organisation du travail permet une moindre sollicitation des épaules ; qu'il arrive à tenir, « mais quand même parfois, ça chauffe ». Ça chauffe tellement qu'en 2010, on a des douleurs de l'autre épaule, épaule droite. D'ailleurs, il déclare une maladie professionnelle à l'épaule droite. À partir de ce moment-là, il a tellement mal qu'il a 14 jours d'arrêt de travail en avril. En mai, il est déclaré inapte au poste par le médecin, et c'est une stratégie du médecin qui nous dit « C'est pour faire évoluer sa situation, parce

que c'est un peintre, il est entré en 1996 et là, il est tellement usé que si je ne marque pas fort le coup, on n'arrivera pas à le faire évoluer ». Alors, il passe à la finition des pales, pour un mois. Cela se passe mal, il n'y arrive pas. Le médecin me dit « Je pense qu'ils ont mal évalué ses douleurs et moi, j'ai mal évalué les contraintes du poste que j'ai proposé ; les contraintes physiques, mais aussi en termes de contenu du travail ». On a un professionnel qui depuis 14 ans réalise certaines tâches qu'il maîtrise très bien. Là, on lui demande de faire autre chose et il se retrouve en difficulté. Donc, il passe en mai-juin au ponçage-ébavurage-limage. Cela ne va toujours pas et pour faire évoluer sa situation, parce que le médecin sent qu'il est bloqué, il pose une nouvelle restriction médicale pour de juin à septembre passer à la préparation des pales arrière, Z2 notre référence. Et là, cela va. Bizarrement, en septembre, l'opérateur se retrouve au poste dit de bobinage ; le médecin du travail explique ce déplacement ainsi : « Ils ont dû avoir besoin de lui ailleurs », sans se poser la question de ses problèmes de santé ; puisque là, cela allait, il ne disait plus rien. Le problème avec les opérations liées au bobinage, c'est que M. Ale doit porter des gros et lourds bacs de matière première, il doit porter de grosses galettes de produits tissés semblables à de grosses cordes. Il doit également décoller des tissus de fibre composite et procéder à des manutentions de tous ces produits. L'opération de décoller des tissus ravive la douleur. Celle-ci descend jusqu'aux coudes ; elle est tellement gênante que M. Ale se met en arrêt de travail quelques semaines. Il en résulte une nouvelle restriction du médecin du travail au port de charges, aux mouvements répétitifs des épaules. Malgré cela, M. Ale reste au poste de bobinage, selon ses dires « en faisant attention ». Il faudra attendre 8 mois pour trouver une solution de reclassement, et en mai 2011, il est changé de poste pour aller à l'équilibrage des pales. Après une période d'adaptation, le médecin du travail le rencontre, et il fait part de sa satisfaction : ça va ; il verbalise quand même des douleurs quand il travaille les bras en l'air. Pour le médecin du travail, ça va pour des raisons physiques, mais aussi parce que l'équilibrage des pales fait partie un peu du cœur de métier des peintres. C'est une étape de finition en lien avec le métier initial de peintre, et c'est une des raisons pour lesquelles, « il s'y retrouve ».

En août 2011, enfin, il passe en commission maintien dans l'emploi. C'est une commission pérenne qui réunit plusieurs fois par an un représentant des ressources humaines, des représentants de la production, le médecin du travail, parfois l'assistante sociale. L'objectif de cette commission est de faire un point sur l'état de santé des travailleurs en difficulté, d'échanger pour comprendre les problèmes rencontrés par ces opérateurs dans le travail, identifier les solutions possibles, trouver un poste adapté. Dans le cas de M. Ale, la commission a conscience que compte tenu de son parcours et de son état de santé, il doit être suivi sur du long terme, car c'est un jeune et a priori parce que le poste sur lequel il est affecté est provisoire.

Ces premiers éléments nous intéressent plus particulièrement, parce que l'on voit déjà qu'il y a des liens entre santé-travail, mais aussi santé-compétences-travail. Une des raisons pour lesquelles parfois l'opérateur ne tient pas, c'est parce qu'il ne se retrouve pas dans le nouveau poste qu'on lui attribue.

Un peintre, c'est un peintre. C'est un métier, c'est quelqu'un qui a acquis des compétences spécifiques. Donc, dans un processus de reclassement, balayer d'un revers de main tout un parcours professionnel, toute une expertise reconnue, c'est compliqué à admettre pour ces opérateurs. Ce n'est pas un scoop ce que je vous dis, parce qu'en 1993 déjà, Maurice de Montmollin disait que « la santé cognitive, c'est être compétent ». On sait depuis un moment qu'il y a de forts liens entre le fait d'être compétent et le fait d'être en santé. Je ne vais pas m'étendre plus sur le cas de ce peintre-là. C'était pour vous illustrer un petit peu ce que l'on a fait.

On a aussi essayé de voir à travers ces neuf parcours de reclassement s'il y avait des différences ou des choses qui se recoupaient.

D'abord, on a regardé l'âge et l'ancienneté au premier reclassement (cf. figure 2).

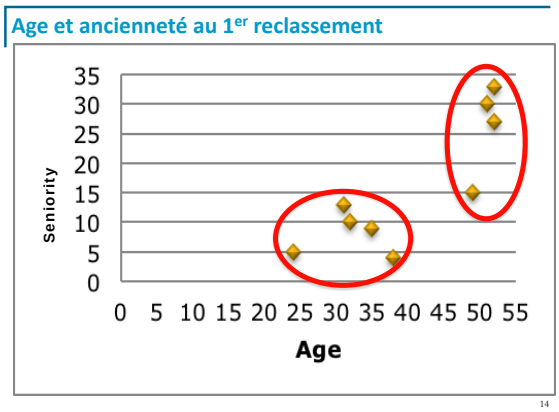


Figure 2. Âge et ancienneté au premier reclassement
pour les 9 opérateurs reclassés

Les opérateurs reclassés sont soit d'une population de 50 ans et plus, mais aussi on a des jeunes, à la fois jeunes et expérimentés. Dans cette usine, on peut avoir 30 ans et 14 ans d'expérience, parce qu'on est rentré en apprentissage. Donc, on a des opérateurs qui rentrent jeunes dans l'entreprise, qui restent et qui peuvent être usés très tôt, ce qui pose bien évidemment des questions de construction de parcours professionnel durable tout au long de leur vie dans ce genre d'établissement. Surtout lorsque l'on a des compétences particulières pour travailler sur tel ou tel type de produits.

Deuxième élément. Le nombre d'alertes pour douleurs tracé dans les dossiers médicaux avant le premier reclassement (cf. figure 3).

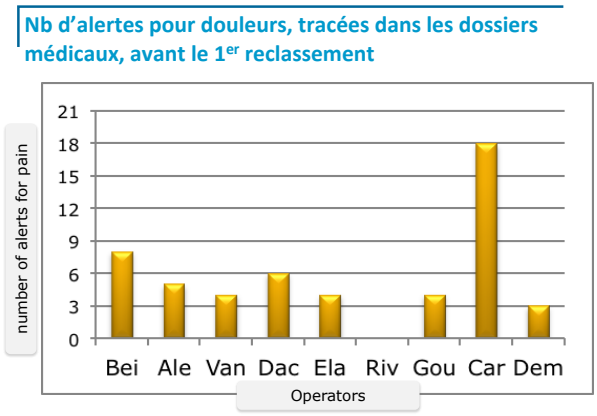


Figure 3 : Nombre d'alertes pour douleurs avant le premier reclassement,
pour chacun des 9 opérateurs reclassés

Chaque bâton représente un opérateur. L'opérateur Bei, par exemple, déclare des douleurs à 8 reprises avant de faire l'objet de reclassement. Pour d'autres, cela va principalement entre 4 et 6 déclarations de plaintes, avec un maximum à 18 plaintes auprès du médecin du travail (en visite médicale de suivi ou en visite à la demande). On peut en inférer que les opérateurs reclassés présentent plutôt des douleurs persistantes et durables.

On a ensuite regardé la durée (en années) entre la première alerte pour douleur et le premier reclassement (cf. figure 4).

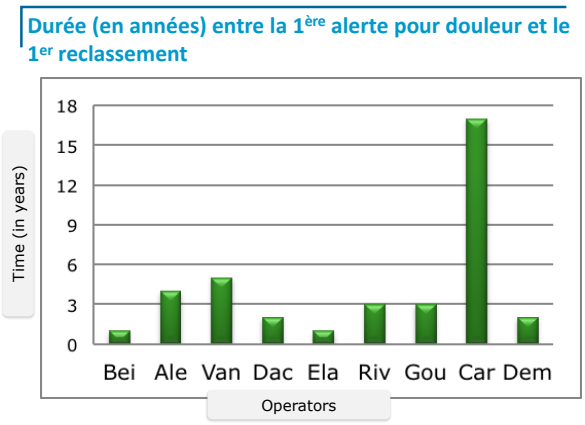


Figure 4 : Nombre d'années entre la première alerte douleur et le premier reclassement, pour chacun des 9 opérateurs reclassés

Il se passe plusieurs années entre la première plainte pour douleurs et le premier reclassement : un an pour certains, deux ans, mais on retrouve aussi trois ans, quatre ans, cinq ans, voire même dix-sept ans pour M. Car. Les reclassements ne sont pas tous dans les mêmes temporalités. En conséquence, dans une industrie qui cherche tout le temps des règles et des procédures, on se rend compte que poser une règle qui édicterait une mobilité obligatoire à partir du moment où un opérateur se plaint depuis X années, serait inopérante. Ce n'est pas possible d'établir une règle qui serait applicable à tous les travailleurs. Les reclassements demeurent un processus individuel.

Enfin, on s'est intéressés au nombre de changements de poste entre le premier reclassement, 2004, puisque c'était nos premières traces, et 2012 (cf. figure 5).

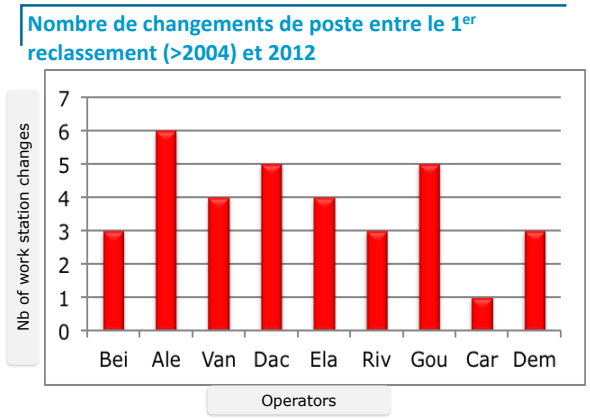


Figure 5 : Nombre de changements de poste entre le premier reclassement et 2012, pour chacun des 9 opérateurs reclassés

On voit que pour ces neuf opérateurs, le nombre de changements de postes entre 2004 et 2012 varie entre 1 et 6. On comprend ainsi qu'un changement de poste, un reclassement, est rarement définitif. Une fois qu'un opérateur change de poste, il devient mobile et pour différentes raisons, peut être amené à changer de fonctions. Par contre, ce que cela ne nous dit pas, c'est pour quelle raison l'opérateur bouge. Donc, on a cherché des traces dans les dossiers médicaux des changements pour des raisons de santé ou pour des raisons autres (cf. figure 7).

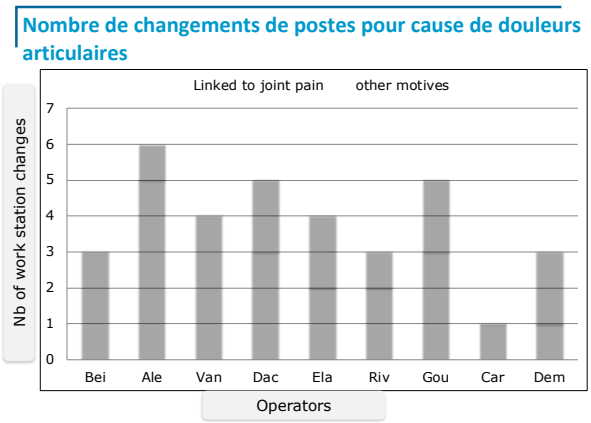


Figure 7 : Cause des différents changements de poste,
pour chacun des 9 opérateurs reclassés

Avec surprise, on se rend compte que tous les changements de postes n'ont pas pour origine des questions de santé, parce que six des neuf opérateurs ont vécu des changements de postes pour des raisons autres que des douleurs articulaires (en bleu dans la figure ci-dessus). Les dossiers médicaux relatent que l'essentiel de ces changements non dus à des douleurs articulaires ont pour origine des besoins de production. C'est-à-dire que l'opérateur est reclassé sur un poste auquel il tient. Cela se passe bien, il ne se plaint plus. Il y a un besoin de production sur un autre poste, et il est déplacé. La plupart du temps, les douleurs articulaires reviennent, voire s'aggravent.

Attention toutefois à la lecture de ce graphique qui laisserait à penser que les changements pour des raisons de production arriveraient à la fin des processus de reclassement. Ce n'est pas le cas. On est plutôt sur une alternance. Donc, il peut y avoir un biais graphique.

Discussion

Que peut-on retenir de ces quelques éléments ? D'abord, finalement, que concevoir des reclassements durables, c'est une équation complexe dans cet établissement. Un reclassement durable intègre a minima un opérateur avec des problèmes articulaires anciens, persistants et durables. Cela intègre aussi la disponibilité d'un poste compatible avec les limitations physiques et les compétences de l'opérateur que l'on cherche à reclasser. Cela nécessite aussi des besoins de production sur le poste en question, sur le futur poste qui pourrait être tenu et, compte tenu des niveaux d'exigences, des qualifications, etc., cela nécessite la formation et le recrutement d'un opérateur remplaçant l'opérateur quittant le poste, mais aussi la formation de l'opérateur qui doit être reclassé. La difficile rencontre de ces quatre points justifie en partie que l'on trouve dans cet établissement autant d'opérateurs qui présentent des douleurs, mais si peu de reclassement. Neuf en l'espace de huit ans. Je vous rappelle, 26 % des opérateurs disent travailler quotidiennement avec des douleurs aux membres supérieurs, une des raisons pour lesquelles, il y a peu de mobilité finalement.

Deux autres éléments ensuite nous ont marqués dans ce travail et qui renvoient cette fois à une approche diachronique des processus de reclassement eux-mêmes. Tout d'abord, les temporalités de prise en compte des manifestations de fragilisation de la santé. Finalement, on peut tenir deux stratégies, l'une qui penche pour un reclassement rapide, pour éviter que les douleurs ne s'aggravent, l'autre qui tend vers l'organisation d'un temps d'observation, une période de décantation, que l'on peut interpréter de deux manières finalement par rapport à nos résultats :

• La première, parce que l'on sait que l'évolution des TMS n'est pas linéaire, c'est que les douleurs articulaires, cela va, cela vient, cela se déplace dans les articulations, et donc il y a peut-être

intérêt à surveiller régulièrement l'évolution de ces douleurs pour évaluer la gravité, l'urgence et les besoins, et identifier le poste qui conviendra au reclassement.

- La deuxième manière d'interpréter cette temporalité longue est aussi liée au fait que de nombreux postes requièrent une formation, une certification et donc, il n'est pas si facile que cela de déplacer les opérateurs. La stratégie que l'on identifie, à la fois du médecin du travail, mais aussi des ressources humaines, de l'opérateur lui-même, de sa hiérarchie de proximité, c'est de suivre l'évolution des douleurs tout en commençant collectivement, ce petit collectif que je viens de vous citer, à réfléchir à un reclassement avec une combinaison santé-compétences. Ce temps permet d'être attentif à des mouvements ou des projets dans l'entreprise, qui peuvent créer l'opportunité, le moment venu, le moins tard possible, pour une réaffectation.

Ce premier point s'articule avec le constat qu'un reclassement est rarement définitif. Il s'inscrit dans un processus de long terme. On parvient généralement à un compromis qui soit satisfaisant pour tous, mais souvent après plusieurs tentatives. Ce que Corinne Archambault aurait dit, on fait des sauts de puces de l'opérateur, qui permettent de gagner du temps et pour voir si cela convient, si cela marche. Mais l'écueil dans un projet de long terme, c'est le risque de perte de mémoire de l'entreprise et du management.

Ce qui nous a frappés dans ce travail, c'est qu'en quatre ans dans cette entreprise, on a vu se succéder deux Directeurs, deux responsables de production, trois DRH, trois responsables HSE et tous les six mois, il y avait une rotation des chefs d'ateliers et chefs d'équipes, pas tous, mais un bon tiers. Donc, ce turn-over disperse l'histoire ou la mémoire de l'entreprise, des ateliers, des collectifs. Par exemple, quand un nouveau manager arrive à la tête d'une équipe, il n'a pas connaissance de l'histoire des opérateurs, de leurs compétences, de leur savoir-faire, de leur état de santé, de leur parcours antérieur, de qu'est-ce qui fait qu'ils se retrouvent là ? Donc, un manager peut être amené à demander à un opérateur de réaliser des tâches pour lesquelles il n'a pas la compétence ou les capacités parce qu'il n'a pas assez récupéré du problème de santé antérieur.

Ce turn-over des managers disperse l'histoire des ateliers, des évolutions des ateliers, des tentatives d'organisation, des tentatives de process de certains projets, des postes problématiques. On a des opérateurs qui nous disaient, des opérateurs qui eux sont stables « Ce poste-là, depuis dix ans, il y a trois gars qui sont passés et qui n'ont pas tenu ». Les managers, eux, n'avaient pas cette histoire-là, parce que l'on a des managers qui sont là depuis six mois, depuis un an, qui étaient dans d'autres structures à côté de la même usine, mais qui n'ont pas cette histoire-là. Donc, ils ne vont pas faire l'effort de lancer un projet pour améliorer le poste, par exemple. On a eu des débats entre opérateurs et managers sur des organisations passées. Un manager qui voulait mettre en place la rotation, parce que dans son ancienne entreprise la rotation avait été mise en place, cela marchait bien, etc., et les opérateurs lui disaient « il y a cinq ans, on avait mis en place la rotation, cela n'a pas marché, c'est pour cela que l'on s'est remis sur des postes fixes ». Dans l'entreprise, on a eu des difficultés à trouver un manager qui avait en mémoire le fait qu'il y a cinq ans, oui, on avait tenté la rotation et que cela ne marchait pas. Je ne vous parle pas non plus du turn-over dans les équipes de conception, j'ai travaillé aussi sur des projets de conception. Là, sur des projets de deux ans, on a trois chefs de projets, trois ou quatre techniciens et donc, on est obligé de réinventer l'eau chaude à chaque fois, ce qui n'aide pas à l'efficacité, ou du moins à l'efficience des projets.

Ce processus de reclassement durable vu comme une équation complexe tel que présenté ci-dessus peut être résumé par la figure 8.

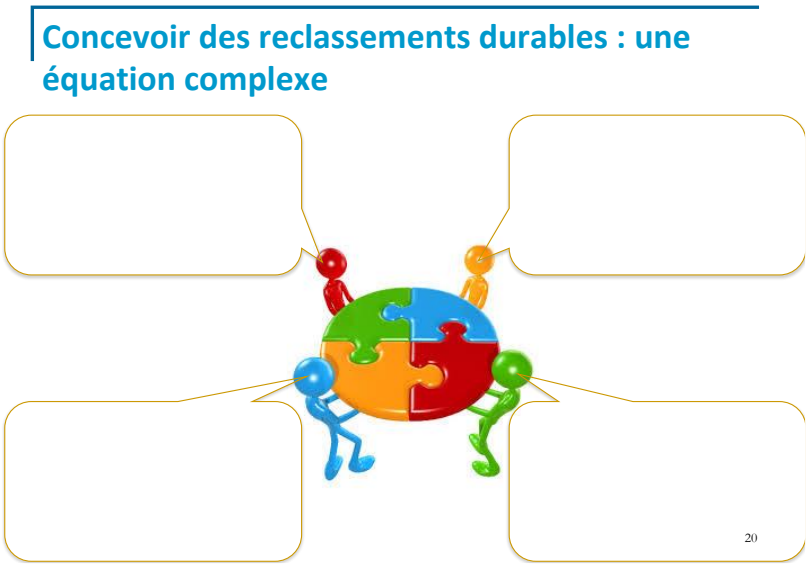


Figure 8 : Concevoir des reclassements durables : quels ingrédients prendre en compte ?

Conclusion et perspectives

En guise de conclusion, il me paraissait pertinent de repartir du titre principal de ce séminaire « Maintenir en emploi ou soutenir le travail » et d'essayer d'apporter mon point de vue. J'ai voulu repartir, pour cela, des deux questions de recherche qui nous étaient posées au départ ; quelle approche pour éclairer les liens entre travail, évolutions des douleurs articulaires et professionnelles. Derrière, la question sous-jacente est un petit peu comment reconstruire l'histoire d'un parcours, comment reconstruire l'activité passée qui, de fait, est passée, et donc sur laquelle il est compliqué de revenir ?

Nous, on a fait le choix d'analyser des traces de l'entreprise avec les dossiers médicaux, complétées par un entretien avec un acteur de l'entreprise présent depuis de nombreuses années, et assorties de quelques observations. Méthodologiquement, il y aurait peut-être eu d'autres solutions, mais nous, à ce moment-là, c'est le bricolage que l'on a trouvé pour essayer de comprendre un petit peu ce qui se passait dans les processus de reclassement de cette entreprise. Certainement, d'autres auraient procédé autrement et cela pourra faire l'objet de questions par la suite.

Autre question que l'on s'est posée et qui demande un peu plus de développement, était : dans quelle mesure l'ergonomie peut alimenter la réflexion et l'action des entreprises pour la conception de parcours professionnels soutenables ou durables ou développementaux ? Donc, notre petite expérience nous laisse penser qu'il y a plusieurs niveaux de réponses.

Tout d'abord, une question de positionnement de la discipline, de l'ergonomie, qui ne doit plus être une ergonomie défensive qui s'attache à identifier les risques et à prévenir ces risques-là, à protéger les opérateurs de ces risques, mais une ergonomie qui doit être plus offensive, plus constructive, développementale. Dans nos actions, on est toujours là pour identifier les risques et les traiter, mais on est aussi là pour identifier les facteurs de construction de la santé et maximiser cette construction de la santé, donc du développement des individus, des collectifs et des organisations. En ce sens, pour moi, mais je pense que par exemple Gaëtan Bourmaud l'a abordé hier, parce que je l'entendais dans ma tête quand je réfléchissais à cela et à certaines de ses présentations, l'on peut être plus ambitieux dans nos actions que maintenir en emploi ou soutenir le travail. Du moins, c'est le point de vue que l'on défend dans l'équipe d'ergonomie du Cnam et que l'on enseigne au master d'ergonomie.

Comment faire cela ? Cela peut passer par la mise en évidence des interrelations entre travail, compétences et santé. Cela passe par une analyse clinique plutôt fine des situations de travail, telle qu'a

pu le faire le médecin du travail sur le fait d'être un peintre et quand on est un peintre, on acquiert des compétences, une expertise, une reconnaissance. Et quand elle dit « J'ai mal évalué le poste », ce n'est pas que sur des dimensions physiques, c'est aussi sur ces dimensions de compétence et de fil conducteur du parcours professionnel.

On est là aussi pour maximiser ces liens, certes chez les individus, mais aussi chez les collectifs, parce que cela marche aussi ensemble, performance et compétences collectives. Alors, en tant qu'ergonome, je ne me sens pas de travailler directement sur la maximisation de la santé des opérateurs. Je ne suis pas pour le dopage ou pour la sélection. Par contre, sur la performance ou sur le travail, je pense que l'on a notre mot à dire. L'idée n'est pas de travailler plus. Les opérateurs, par contre, ont souvent à faire face à des prescriptions inadaptées, à des procédures inefficaces ou incompréhensibles, des interfaces inutilisables, des outils malcommodes, etc. Ces difficultés sont inutiles, elles sont contre-productives et, en termes de santé et de performance, elles doivent être éliminées. En complément, on peut aussi contribuer à concevoir un travail composé de difficultés gérables et intéressantes, avoir un travail dans lequel on affronte des situations avec un peu d'enjeux, dans lesquelles on est challengé, mais dans lesquelles on a aussi des ressources. C'est plutôt motivant et facteur de développement de savoir et de savoir-faire.

Quant aux apports de l'analyse ergonomique du travail sur le développement des compétences, je ne développerai pas plus, car la bibliothèque du Cnam regorge de références sur le sujet.

Il y a un dernier point que je voulais aborder. Pour moi, un des apports de l'ergonomie diachronique est de reconstituer, de mobiliser et de mettre en débat, en interne, l'histoire de l'entreprise ou des collectifs ou d'une organisation. Cela dépend de la focale que l'on prend. Ce n'est pas histoire d'être passéiste, de faire par plaisir de l'archéologie ou de se déplacer comme une écrevisse, comme diraient certains, mais c'est plutôt d'amener l'organisation à faire un travail de sédimentation, c'est-à-dire de reconstruction, de tri, de synthèse de ce qu'il faut garder sur l'expérience de ses réussites, de ses échecs. Et c'est utile pour construire sa mémoire, son expérience et s'appuyer sur cette expérience pour concevoir un futur meilleur. C'est d'ailleurs une des caractéristiques des entreprises apprenantes et c'est aussi le gros risque quand l'on a de gros turn-over des managers. Si l'on arrive à tenir ces trois points, entre autres, ce sont ceux qui me sont venus en tête quand j'ai vu ce titre et le thème de ces journées, si l'on arrive à mettre en avant, à mettre en discussion, en débat dans l'entreprise ces liens performance-santé-compétence, si l'on essaye de maximiser les facteurs de construction de la santé, si l'on essaye de mettre en débat l'histoire de l'entreprise, je pense que l'on pourra non seulement maintenir en emploi, on pourra aussi certainement soutenir le travail. Mais, je pense que l'on peut être aussi plus ambitieux et contribuer réellement au développement du travail et des travailleurs.

Merci.

(*Applaudissements*)

Céline MARDON

Merci Willy. Est-ce que l'on a des questions ?

Marie-Eve MAJOR (Université de Sherbrooke, Canada)

Merci, Willy, pour la présentation très intéressante. J'aimerais savoir, sur le plan de l'intervention qui a été menée, et qui résultait d'une demande de l'entreprise sur la question des reclassements, ce qui a été fait, et dans quelle démarche participative, cela a-t-il été fait ?

Willy BUCHMANN

Le fait de présenter au top management ces éléments sur les parcours professionnels et sur les parcours de reclassement a eu trois impacts. D'abord la création du groupe de travail permanent et de suivi de personnes reclassées à travers cette commission « Maintien dans l'emploi », entre autres, avec des personnes… alors, je suis en difficulté pour parler de ce groupe de travail, parce que moi, je ne l'ai pas connu, c'est Corinne Archambault qui participe à cela et donc qui pourrait donner des éléments. Derrière, il y a eu aussi des réflexions sur la construction des parcours professionnels à la fois les parcours de fragilisation, les parcours de construction. C'est aussi une discussion avec le Creapt, ce sont des choses qui continuent à évoluer. Peut-être va-t-on à continuer à collaborer là-dessus ? Moi, ce qui m'a marqué, c'est pour cela que c'est en gras, c'est une réflexion au niveau du top management sur les limites de cette rotation trop fréquente des managers, où on se rend compte que des managers ne connaissent pas les équipes, voire même ne connaissent pas le métier, ou ne connaissent pas la culture de l'entreprise, ou la culture des métiers. Cela pose réellement problème, donc au niveau RH, ils se sont dit qu'il fallait qu'ils ralentissent un peu ce turn-over. Voilà ce que je peux dire sur les retombées de ce travail par rapport à l'analyse des processus de reclassement.

Pour ce qui est des démarches participatives, pour moi, cela passe par ce groupe de travail qui réfléchit un petit peu aux opérateurs dont les articulations commencent à chauffer, et à identifier les possibilités de reclassement, ce groupe qui suit aussi les personnes déjà reclassées pour voir comment cela se passe. Après, il n'y a pas eu de réflexion collective à différents niveaux hiérarchiques sur « Qu'est-ce que l'on fait de tout cela ? ». Cela s'est plutôt joué au top management.

Sandrine GUYOT (INRS)

Tu parlais tout à l'heure d'organisation apprenante, on est là dans une industrie qui, me semble-t-il, a sans doute l'habitude de travailler par retour d'expérience, donc qui d'une certaine manière aussi essaye d'apprendre sur le plan technique des expériences passées ; est-ce que, d'après toi, c'est quelque chose qui est transférable aussi aux questions de santé ? C'est-à-dire est-ce que le fait d'avoir cette expertise en matière de retour d'expérience sur le plan technique est quelque chose qu'ils peuvent finalement utiliser sur le plan de la santé, en essayant aussi de faire du retour d'expérience en matière notamment de reclassement dans ce que tu évoquais ? Je ne sais pas si je suis très claire, mais…

Willy BUCHMANN

J'ai un début de réponse. À la période à laquelle j'étais dans cette entreprise, donc autour des années 2010, je ne peux pas dire que l'entreprise travaillait sur des retours d'expérience. Je rappelle, en quatre ans deux responsables du site, trois RH, deux responsables de production, trois responsables HSE, tous les six mois, les chefs qui tournent. On repartait de zéro à chaque fois. Par contre, on peut essayer de s'appuyer sur des personnes qui restent. Donc ceux qui restent, c'était le médecin du travail, qui était là depuis longtemps. J'ai retrouvé une personne qui travaillait à la qualité aussi, qui avait fait toute sa carrière et qui pouvait me faire tout l'historique de tous les ateliers, etc. Avec des personnes qui restent, oui, je pense que l'on peut travailler sur des retours d'expérience, que ce soit sur des dimensions techniques, de process, de produits, etc., et aussi sur des questions de santé. Là, je vais faire une réponse très Creapt, c'est que, pour construire une expérience, il faut vivre des choses, plein de choses, eux ils en vivent des choses, il n'y a pas de problème, mais il faut aussi avoir à un moment un temps de réflexion pour maturer ces choses. C'est-à-dire, qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce que l'on a fait ? Est-ce que l'on a bien fait ? Est-ce que l'on n'a pas bien fait ? Etc., pour ne pas reproduire les erreurs passées. Actuellement, c'est plus compliqué dans ces secteurs-là, parce qu'il y a un certain nombre de choses qui bougent assez vite et une des caractéristiques des réponses de Corinne Archambault, quand je l'ai au téléphone tous les six mois pour avoir des nouvelles, à chaque fois elle me dit « Cela va de plus en plus vite ». Quand cela va de plus en plus vite, on a rarement le temps de s'asseoir pour justement essayer de comprendre ce que l'on a fait, ce que l'on a bien fait et ce que l'on n'a pas bien fait. Je pense donc en théorie, oui c'est transférable à des questions de santé, mais cela sous-

entend de pouvoir faire l'effort de s'arrêter pour réfléchir à ce qui se passe. Moi, le contexte dans lequel j'étais, n'était pas favorable à cela.

Xavier MERVEILLE

Tout à l'heure, tu as parlé du nombre de déclarations de douleurs par les opérateurs, j'aimerais savoir un peu quelle est la culture d'entreprise à ce niveau-là et si tu as constaté une évolution suite à ce travail mené ?

Willy BUCHMANN

Tu veux savoir s'il y a une culture de la douleur dans l'entreprise ?

Xavier MERVEILLE

C'est par rapport aux déclarations.

Willy BUCHMANN

Oui. Corinne Archambault me manque parce que là, elle aurait été plus à même de répondre que moi.

Xavier MERVEILLE

Oui, mais elle n'est pas là…

Willy BUCHMANN

Oui. (Rire) L'entreprise a pour principe historique de ne pas licencier pour inaptitude. On essaye de tenir ce principe le plus possible. C'est un premier point, on essaye de garder ces opérateurs pour des questions sociales, mais je pense aussi, pour des raisons d'expertise. Ce ne sont plus des compétences, ce sont des expertises. Il y en a certains que l'on appelle « les chirurgiens de la pale ». Ensuite, quand on est sur des postes avec de hauts niveaux d'expertise comme ceux-là, c'est compliqué de déplacer les personnes, les chefs ne veulent pas les lâcher. Quand on a un bon et que l'on nous dit qu'il va être remplacé par un intérimaire, le chef sait que son rendement cellule va être dégradé et que lui, il a sa prime qui est basée là-dessus, et son avancement de carrière, donc les chefs ont du mal à lâcher les bons opérateurs. Les bons opérateurs n'ont eux-mêmes pas envie de lâcher, parce qu'ils ont cette expertise, ils sont reconnus pour cela. C'est pour cela que l'on a beaucoup d'opérateurs qui travaillent avec des douleurs régulières.

Maintenant, je pense que le médecin du travail a, depuis des années, - il est interne à l'entreprise, cela facilite aussi un certain nombre de choses- réussi à construire un positionnement qui lui permet d'être identifié par la Direction, la hiérarchie, comme une aide, un support, mais aussi par les opérateurs. Donc, les opérateurs vont plutôt facilement voir le médecin pour trouver des solutions quand cela commence à chauffer. Cela se joue aussi sur le positionnement et les marges de manœuvre du médecin. Voilà un petit peu comment je peux répondre à cela. Après, on reste dans une usine qui a plus de 100 ans d'histoire et donc, on a aussi la culture de « on bosse, quoi ».

Valérie ZARA-MEYLAN

Merci pour ta présentation Willy et merci aussi d'avoir rappelé ce que disait Maurice de Montmollin au sujet des compétences à utiliser, se sentir compétent, c'est très lié à se sentir être en santé. C'est en lien aussi avec ce qui se disait hier à ce sujet. Il y a un véritable enjeu lié aux possibilités de mise

en œuvre des compétences, possibilités de développement des compétences et je pense que c'est essentiel, lorsqu'on parle de reclassement des personnes. On parle couramment d'enjeux directement productifs et d'enjeux d'efficience, l'efficience étant entendue comme pouvoir préserver sa santé et puis en même temps répondre aux besoins de production, mais il y a aussi un élément important que l'on entrevoit dans ce que tu dis, un élément de construction du sens, de la signification pour soi, pour les autres dans l'activité que l'on peut déployer.

Cela a été abordé par différents auteurs. Christophe Dejours disait qu'il y a une importance à se sentir utile, donc je fais le lien avec le fait de pouvoir déployer ses compétences, le fait d'être conforme aussi, et puis le fait d'être original, qui sont les trois points que Christophe Dejours soulignait et qui sont très liés au fait de se sentir ou pas en santé. Du côté des approches pragmatistes, ils le disent un peu différemment et on peut considérer qu'il y a une importance à pouvoir mettre en cohérence les éléments de son environnement, pouvoir modeler son milieu de travail dans l'activité pour s'y sentir à l'aise dans une certaine compréhension de ce que l'on fait, et que cela aide dans la compréhension de soi. Je pense que c'est extrêmement important pour ne pas aborder ces questions de reclassement de façon très froide et instrumentale.

On évoquait hier les cas où on caractériserait des postes avec certains types de sollicitations. On mettrait en face des personnes, qui auraient certaines possibilités ou restrictions, et mécaniquement on apparierait les deux. Ce serait évidemment une aberration. Ce que tu montres souligne bien l'importance du fait de prendre en compte le sens donné au travail, la signification pour chacun, les compétences que l'on peut ou pas développer.

Je voulais savoir si vous avez pu aussi avoir des visions sur les perspectives qui sont offertes à ce sujet aux personnes au moment de ces réflexions-là, parce que vous avez pris des parcours en prenant en compte les éléments passés, est-ce que vous avez identifié des moments où ces réflexions ont eu lieu, où les personnes ont pu faire des choix ou alors, est-ce que vous avez connaissance de personnes qui à l'heure actuelle sont en train de faire des choix parmi plusieurs perspectives possibles en prenant en compte cela ?

Willy BUCHMANN

J'ai écho, pour le cas que je vous ai présenté en détails (M. Ale), de réflexions régulières entre justement le service de ressources humaines et cet opérateur, sur des formations qui pouvaient lui être proposées, sur ses choix à lui et ses souhaits d'évolution. Oui, on aurait pu rajouter une colonne aussi autour des perspectives compte-tenu de ses compétences, de son parcours et de ses aspirations. Oui, il y a eu des évolutions dans ses choix, mais qui, pendant un long moment, n'ont pas pu être exaucés. Après, il a voulu, parce que c'était une formation un petit peu longue, mais oui, on aurait pu le faire. À ce moment-là, je ne voyais pas comment le faire. On était rentré par le prisme des dossiers médicaux, et puis de l'auto-confrontation du médecin avec ses dossiers médicaux, et elle ne traçait pas cela à ce moment-là là-dedans. C'est quelque chose que l'on pourrait rajouter si on refaisait l'étude maintenant, parce que, avec ce qui se dit dans les commissions « Maintien dans l'emploi » par exemple, ou dans des entretiens avec l'opérateur à plusieurs reprises, on pourrait identifier ces volontés d'évolution, bien évidemment, ces questions de signification de ce que l'on fait et de ce que l'on va devenir.

On a plein d'exemples sur ce site, parce qu'il y a différents types de production et différents types de métiers finalement derrière un ou deux métiers génériques, derrière agent composite ou peintre, il y a ceux qui travaillent sur les petites pales, ceux qui travaillent sur les grandes pales, ceux qui travaillent sur certains éléments de carrosserie, ceux qui font de la réparation des pales, les fameux chirurgiens de la pale. En effet, chaque atelier, chaque production a ses règles de métier, a ses valeurs et certains dans leur parcours souhaitent aller vers tel ou tel type culture de métier, tel ou tel type de reconnaissance. Parfois les problèmes de santé viennent perturber ces aspirations, ces types de parcours.

Je vais rebondir et reprendre ma réponse à Sandrine. Il y a eu une stratégie, à un moment, de mettre les personnes qui avaient des douleurs articulaires dans un service support, de magasin logistique, etc., et rapidement, ce service de récupération des pièces qui venaient de l'extérieur pour du décolisage, puis pour les redispatcher dans les différents ateliers, ce service magasin a été rapidement identifié comme étant « l'infirmerie » ; et très rapidement, il n'a plus été suffisamment productif. En plus, toutes les personnes qui y allaient étaient identifiées comme étant les cassés, les fatigués, etc. Donc, plus personne ne voulait y aller. Ce phénomène a été identifié à un moment par l'entreprise, par le médecin, par le RH. Et donc, cette idée de faire des ateliers complets avec les personnes reclassées, parce que c'est là que l'on a identifié les postes « doux » dont Marion parlait tout à l'heure, on se rend compte que cela ne marche pas, il valait mieux travailler sur justement des métiers, des compétences, des cultures de métiers vers lesquels les personnes en difficulté voudraient aller, plutôt que les mettre toutes dans un endroit sur des postes « doux ».

Marion GABORIAU

Je voulais peut-être un peu revenir sur le parcours du travailleur-là.

Willy BUCHMANN

Du peintre ?

Marion GABORIAU

Oui, du peintre. Cela aurait été peut-être intéressant de voir dans quel cadre les plaintes s'exprimaient, parce que là, dans le tableau, on n'a pas forcément le détail, par exemple, du type de visite à la médecine du travail. Est-ce que c'étaient des visites à la demande du travailleur ou des visites de suivi ordinaire ? Tout cela pour savoir qui initie aussi le reclassement, parce que j'imagine qu'il y a des travailleurs qui se plaignent peut-être autant que celui-ci et pour qui, pourtant, il n'y a pas eu de procédure de reclassement mise en place.

Willy BUCHMANN

C'est sûr que s'ils ne viennent pas dire qu'ils ont des problèmes, il y a peu de chance pour qu'ils changent de poste pour des raisons de santé, c'est vrai. Parce que, je vous ai passé d'autres diapositives masquées, mais le médecin du travail a tout un éventail de stratégies pour évaluer le degré d'urgence et pour faire évoluer les choses. Parfois, cela commence par un coup de téléphone à la hiérarchie en disant « Il faut faire attention, untel commence à être un petit peu usé, etc., commencez à réfléchir, ne pas lui donner tel ou tel type de choses ». Cela peut passer par… elle pistait, parce qu'elle était sur le trajet de la cantine et elle pistait le moment où la hiérarchie de proximité passait pour sortir en même temps que cette personne-là pour justement avoir une discussion informelle le temps d'aller à la cantine pour dire « Tiens, j'ai eu écho qu'en ce moment chez vous, cela pique un peu au niveau du dos, qu'est-ce qui se passe ? ». Puis, quand tout cela ne marche pas et que l'on commence la restriction, il peut y avoir le mail, parce que le mail laisse une trace, puis la restriction, voilà elle a toute une palette de stratégies plus ou moins formelles pour justement essayer de faire évoluer les choses. Ensuite en effet, je n'ai pas tracé dans ce tableau si c'était lors des visites médicales obligatoires ou si c'était suite à la venue de l'opérateur. À cette époque-là, en effet, pour ces personnes, c'étaient des visites annuelles. Cela a évolué maintenant, mais là, c'étaient des visites annuelles, donc quand j'ai l'item par année, c'est la visite médicale systématique. Quand il y a plusieurs passages au service de santé au travail, je le trace et je l'avais tracé un petit peu, mais à ce moment-là, je ne m'étais pas posé la question de comment on peut intégrer le fait que ce soit de la visite médicale systématique obligatoire ou que ce soit sur la base du volontariat du salarié.

Serge VOLKOFF

Alors j'ai une petite question préalable, et après j'en aurai deux plus classiques. La petite question préalable, c'est, est-ce que tu peux dire aux participants nuls en zoologie comme moi, qu'est-ce que cela veut dire, marcher comme une écrevisse ? Parce que j'ai raté ta métaphore, je ne sais pas comment marchent les écrevisses, je suis désolé, je les fréquente peu.

Willy BUCHMANN

C'est une expression de Nietzsche dans le *Crépuscule des idoles*: « À force de vouloir rechercher les origines, on devient écrevisse. L'historien voit en arrière, il finit par croire en arrière »

Serge VOLKOFF

D'accord.

Une intervenante

Tu ne regardes pas dans la direction vers laquelle tu marches.

Willy BUCHMANN

Voilà, il est utile de regarder derrière, mais si tu ne regardes pas dans la direction dans laquelle tu marches, tu risques de prendre un mur

Serge VOLKOFF

Oui d'accord, c'est la lanterne de Confucius qui éclaire l'expérience, elle éclaire le chemin. Voilà, on se cultive, on apprend deux trucs, on apprend un truc sur l'écrevisse, un truc sur Nietzsche. Ce séminaire est décidément irremplaçable.

Alors maintenant, mes deux questions classiques. La première, c'est ce qui m'a frappé en revoyant certains éléments de cette recherche que je connais bien, c'est que je n'ai jamais vu apparaitre des solutions intégrant des questions d'heures de travail. Alors, peut-être qu'il n'y en a pas, mais les situations, on ne change pas forcément de poste plein temps, en passant du poste A plein temps au poste B plein temps, mais je ne sais pas quoi, on fait un poste A pendant quatre heures par jour et le reste du temps à d'autres choses par exemple. Donc, il y a peut-être des raisons à cela ou peut-être que cela a été essayé, cela n'a pas bien marché, ou peut-être que cela demanderait des organisations très subtiles. Peut-être que cela demanderait aussi des investigations spécifiques. Est-ce qu'au début du poste, cela va, et au bout de quelques heures, on commence à avoir mal ? Est-ce que ce sont des choses auxquelles Corinne ou toi avez été amenés à vous intéresser ?

Ma deuxième question, c'est quelque chose à quoi tu as fait juste une allusion, et puis tu n'y es pas trop revenu après, c'est au moment où Monsieur Ale se retrouve avec moins ou plus de grandes pales, tu dis que ce n'est pas une bonne nouvelle pour ses collègues. Alors cela, si je ne dis pas de sottise, cela n'aurait pas été possible de faire une investigation du type de celle que vous avez faite en rétrospectif. Cela aurait été terriblement compliqué ou alors peut-être que tu vas dire « Si, après tout, on aurait pu ». C'est compliqué d'aller retrouver tous ceux qui ont été, à un moment donné, dans l'équipe impactée par le changement de tâches de Monsieur Ale et avoir auprès de chacun d'eux, et plus si possible du chef d'équipe « voilà, tous les ajustements auxquels cela a donné lieu. C'est compliqué… ». Donc, cela veut dire qu'il faudrait probablement pouvoir le faire au moins de temps en temps en prospectif c'est-à-dire, pour constituer ce que tu appelles « la mémoire de l'entreprise », ce serait intéressant d'avoir des histoires de réaffectations avec non seulement, qu'est-ce qui s'est passé pour

l'intéressé et la suite des évènements, mais aussi qu'est-ce qui s'est passé pour les collègues autour, comment l'ont-ils vécu et comment ont-ils géré les choses… C'est une question.

Willy BUCHMANN

Pour ce qui concerne les questions de mi-temps thérapeutique ou de temps partiel sur certaines tâches, etc., Corinne ne m'en a jamais parlé, donc elle doit avoir des raisons. Moi, une des raisons que je vois au fait que cette piste-là n'est pas été creusée, c'est que sur de nombreux postes les temps de cycles sont longs et déjà, quand ils sont en 2X8 par exemple, les transmissions sont un petit peu complexes. En fonction des équipes, ils ne fonctionnent pas de la même manière. Il y a certaines équipes dans lesquelles ceux de l'après-midi vont continuer le travail de ceux du matin, d'autres équipes dans lesquelles ceux de l'après-midi font leurs productions et ceux du matin font leurs productions. Ils ne touchent pas aux produits des uns et des autres.

Donc, je me demande si le fait d'être sur un temps partiel ne viendrait pas complexifier le travail justement des autres autour qui doivent prendre la continuité, parce que l'on est sur du travail avec, certes des matériaux inertes, des tissus, de la résine, etc., mais ce sont des tissus que l'on va chauffer, que l'on va mouler et finalement deux tissus ne réagissent pas de la même manière. Quand on commence un truc et que l'on voit comment réagit le tissu, c'est peut-être très compliqué de l'expliquer à son collègue pour lui dire « Là, j'ai mis un tout petit peu plus que les tolérances normales parce que j'ai vu qu'il devient de telle ou telle manière », et donc c'est peut-être pour cela que ce genre de chose a été évité. Ce sont des raisons de transmission et de suivi de production.

Pour ce qui concerne l'histoire des réaffectations de l'opérateur, mais de ce que cela fait à ses collègues autour, pour moi cela fait aussi… alors on ne l'a pas fait, c'est vrai que cela pourrait être une piste, en lien avec ce que disait Valérie sur ces liens santé-compétences. Parce que, quand on accueille dans une équipe une personne qui est reclassée dans notre équipe et qui est peut-être moins compétente, il faut que l'on assure un certain nombre de choses que l'on n'a peut-être pas envie d'assurer ou pour lesquelles on n'a pas la reconnaissance. Donc, ce sont des choses qui se discutent, qui se préparent. En effet, le cas de l'opérateur à qui on dit « Tu ne feras plus que les pales les plus légères, parce que tu les fais très bien », mais cela veut dire que les autres opérateurs autour vont faire les autres pales plus compliquées. Je ne sais pas du tout comment cela a été construit, amené, accueilli, etc.

Je l'ai vu, par contre, avec les peintres des grandes pales où là, l'organisation a évolué. On avait avant des spécialistes de la préparation de la pale, des spécialistes de la peinture, des spécialistes de la finition et les opérateurs s'usaient beaucoup à faire toujours la même chose et donc, la rotation a été mise en place. Cela a pris quasiment cinq ans pour que les opérateurs soient tous experts sur les différents postes, mais la mise en place de cette polyvalence a permis de protéger les plus usés de certaines contraintes qu'ils supportaient quelques heures, quelques jours, quelques semaines. Par exemple, un matin un des opérateurs de l'équipe dit aux autres « Moi là, je n'en peux plus de peindre, j'aimerais bien faire de la préparation, de la finition ». Donc, il y a une gestion collective à discrétion qui se fait, qui permet de protéger les plus usés et de tourner pour ne pas que ce soit toujours la même chose. Mais en effet, cela veut dire que pour comprendre l'usure d'une personne, en fait il faut analyser l'activité collective et l'organisation collective et les prescriptions en termes de « qui fait quoi ? ». Est-ce que le chef laisse les marges de manœuvre en disant « Vous êtes trois, il y a un certain nombre de choses à faire, débrouillez-vous comme vous le voulez » ou est-ce que l'on a un chef qui impose « Telle personne va faire ceci, telle personne va faire cela » ? C'est vrai que cela nécessite d'ouvrir un petit peu, oui, les investigations.

Chapitre 6

LA SANTE À L'ÉPREUVE DE LA MOBILITÉ : LES DÉBUTS DE PARCOURS DE COMPAGNONS DE L'AÉRONAUTIQUE

Anne-Françoise MOLINIÉ, démographe du travail, Cnam-CRTD, CEET, Creapt

Corinne GAUDART, ergonome, Cnam-LISE, UMR3320, Creapt

Serge VOLKOFF

Cet après-midi, nous aurons deux interventions, dont l'une, je dirais qu'elle est quelque part entre l'ergonomie et la démographie du travail et la deuxième, quelque part entre l'ergonomie et l'ergonomie. Une intervention donc de Corinne Gaudart et Anne-Françoise Molinié. Anne-Françoise était avec nous depuis hier, mais elle a eu une contrainte et elle nous rejoindra au moment des questions. Donc c'est Corinne qui va présenter une partie d'une recherche qui est elle-même incluse dans un gros projet financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR), et qui est en voie de se terminer, sur la fragilisation au travail. Ensuite, on aura une présentation par Marie-Ève Major, qui vient de l'université de Sherbrooke au Québec, autour de deux recherches : une recherche antérieure qu'elle a développée pendant plusieurs années et une autre qui démarre.

Corinne GAUDART

Comme Serge le précisait, je vais vous présenter un petit morceau d'un travail plus important qui s'est déroulé dans le cadre d'un projet ANR, un projet qui réunissait, et qui réunit toujours, les différents partenaires-entreprises du Creapt. Je n'ai pas prévu de vous développer l'ensemble du projet qui s'intitule « Fragilisation et travail ». De manière très générale, nous y avons étudié les liens entre parcours et santé. Ici, je vais évoquer une forme possible de parcours qui est la mobilité, les liens entre parcours et santé, et le rôle assez important dans le registre de la santé de l'encadrement de proximité, le niveau N+1. Anne-Françoise n'étant pas là, je vais essayer de me charger le mieux possible de vous présenter l'ensemble du projet, y compris les résultats un peu plus statistiques.

La présentation est assez classique : je vais vous présenter les objectifs et le cadre de la recherche, la démarche méthodologique, puis je vais revenir sur un certain nombre de résultats saillants autour des questions de mobilité. Vous verrez qu'ils essayent de l'aborder sous un angle assez nuancé, donc de regarder à la fois les côtés favorables de la mobilité en lien avec la santé, mais aussi la mobilité comme une épreuve. Puis comment la santé, quand elle est officialisée ou que les problèmes de santé sont institutionnalisés, ce que cela peut faire au niveau des situations de travail. Puis enfin, j'évoquerai quelques pistes qui permettront d'ouvrir à la discussion.

Objectifs et cadre de la recherche.

Comme je vous le disais tout à l'heure, ce projet de recherche essaye de mettre au jour les liens qui existent entre mobilité et santé, et pas n'importe quelle forme de mobilité, puisqu'ici nous sommes

dans la mobilité interne, c'est-à-dire une mobilité au sein d'une même entreprise. Nous avons essayé de regarder les liens réciproques entre mobilité et santé, c'est-à-dire à la fois comment la mobilité peut avoir une incidence sur le processus de santé et en sens inverse, comment un état de santé, à un moment donné, peut avoir des influences sur les parcours professionnels, et notamment sur cette question de la mobilité.

Comme on est dans une approche, j'y reviendrai tout à l'heure, qui s'intéresse à la question de l'intervention, ce qui nous intéresse aussi, c'est de comprendre ces liens pour imaginer ou discuter en interne avec l'entreprise la façon dont on peut soutenir des parcours professionnels en santé et en compétences. On a évoqué cette question-là depuis hier. On peut aussi souligner que regarder d'un peu près comment se fabrique, se construit la mobilité interne en lien avec la santé, est une question peu étudiée. On va surtout regarder la mobilité « externe », ou la mobilité d'un point de vue des parcours RH. Mais on regarde plus rarement les mobilités internes, comment elles se fabriquent ; et leurs articulations avec la question de santé me semblent une approche peu développée par ailleurs.

C'est aussi peut-être l'occasion de mettre en discussion un modèle dominant, plutôt dans un registre de discours managérial où on va considérer que la mobilité est a priori porteuse de valeurs positives, c'est-à-dire que l'on considère assez largement, - je crois que cela a été évoqué aussi tout à l'heure par Willy Buchmann - que changer, c'est bon. C'est bon a priori, c'est bon quels que soient les changements et ce que l'on va évaluer, ce sont les capacités des personnes à changer, capacités qui deviendraient, en quelque sorte, une compétence en elle-même. Donc il y a une espèce de modèle dominant qui, de fait, va contribuer à organiser le travail, les parcours individuels, mais qui a aussi, on l'a vu ce matin et hier, des retentissements d'un point de vue collectif et organisationnel. Puis ce serait a priori porteur de valeurs positives et ce serait une injonction nécessaire, puisque tout bouge tout le temps il est nécessaire de pouvoir s'adapter aux changements. Derrière ce discours proactif de la mobilité, il y a l'idée qu'il faut aussi développer ses propres capacités à s'adapter en permanence à des changements organisationnels.

Nous, ce que l'on a essayé de faire, c'est de ne pas avoir ce parti pris, ni le parti pris inverse, qui serait de dire que ne pas changer, ce serait formidable, mais plutôt d'avoir une approche plus nuancée de la mobilité qui implique de regarder les choses d'un peu plus près. Et d'y inclure des problématiques de travail et considérer dans un premier temps que la mobilité, ce peut être aussi des occasions de développement, c'est-à-dire que changer peut avoir des valeurs positives. Ce sont de nouveaux apprentissages possibles, un développement de compétences, un enrichissement de sa propre expérience. Donc a priori, c'est positif, mais cela peut aussi être négatif. Quand on regarde un peu la littérature sur les liens entre changement et santé, quand c'est négatif, cela fait aussi référence aux conditions du changement et on est souvent dans le registre de l'intensification du travail. Des changements sont menés à un rythme soutenu, cela change tout le temps. Cela peut avoir des conséquences sur les conditions de travail et sur la santé, souvent des conséquences plutôt négatives, du côté de la dégradation. Donc si la mobilité regardée sous l'angle des changements, c'est potentiellement positif et négatif, et cela demande certainement de la comprendre un peu plus localement, de manière située, pour pouvoir en dire quelque chose d'un peu plus fin.

Ce projet se fait en partenariat avec une entreprise du Creapt, dans le secteur de l'aéronautique. C'est sur un site de production, je reviendrai sur ce site dans quelques diapositives. C'est un partenariat plus spécifique avec des ergonomes, le service d'ergonomie en interne, et aussi avec les médecins du travail de l'entreprise. Je ne sais pas si l'on aura l'occasion de revenir, en discussion, sur ce qui fait que l'on a pu faire ce travail là ? Je pense que ce n'est pas toujours facile de pouvoir mener un travail tel qu'on l'a fait dans toutes les entreprises, dans tous les sites de production. Là il nous semble, avec Anne-Françoise, que l'un des points positifs de ce travail, c'est le fait qu'il a pu s'appuyer en partie sur le questionnaire Evrest que Willy a présenté rapidement ce matin. C'est un questionnaire sur les évolutions et les relations en santé au travail qui est porté par les médecins du travail depuis une bonne dizaine d'années dans cette entreprise et qui est devenu un outil, non seulement de discussions et de négociations en interne, mais qui permet aussi d'avoir des données qui abordent des questions de travail sur une longue période, ce qui permet justement de voir les transformations, et aussi d'avoir

des points de comparaison avec les résultats du dispositif Evrest national. Cet appui sur Evrest constitue une part importante de la recherche, en tous les cas, un point d'ancrage relativement important.

Ce projet sur mobilité et santé s'inscrit aussi dans le prolongement d'actions qui ont été menées par le service ergonomie, qui est un service ergonomie assez important, assez actif et reconnu dans l'entreprise. Contrairement à d'autres entreprises, ce service n'est pas rattaché aux Ressources humaines. Il est rattaché directement à la production, ce qui a permis aussi de tisser des liens tout à fait privilégiés avec les univers de la production. Le projet s'inscrit dans le prolongement d'un plus gros projet « absentéisme ». Dans les différentes entreprises avec lesquelles on a travaillé sur ce sujet-là, inscrire ce type de recherche dans le cadre d'un projet plus large « absentéisme », d'une part est assez courant car les projets « absentéisme » sont souvent présents dans les entreprises, et cela permet aussi un accrochage et peut-être d'aller un peu plus loin ou de discuter autrement des questions d'absentéisme que la façon dont on peut le faire assez classiquement en entreprise. Notamment, dans ce projet-là, il avait été mis en évidence l'importance des problèmes ostéoarticulaires pour les ouvriers de production, avec des conséquences sur l'absentéisme de plus de 21 jours. Et il y avait des interrogations sur le lien entre cet absentéisme et des problèmes de conditions de travail, de pénibilités, et leurs conséquences ostéoarticulaires. Ce service d'ergonomie a tenu sur ce sujet plusieurs volets d'actions, qui sont assez classiques quand on s'intéresse à ce que font les ergonomes en interne.

Un premier axe a porté sur l'amélioration des conditions de travail sur les anciennes lignes de fabrication. Je reviendrai tout à l'heure en détaillant les différentes lignes de fabrication d'avions sur ce site. Il y a eu aussi une approche en termes de conception, mais je vais moins la traiter. Une fois que les lignes sont fabriquées, il faut pouvoir apporter des améliorations de manière continue. Du côté des conditions de travail, il y a un gros travail qui est fait par le service ergonomie sur cet axe-là. Il y a un deuxième axe qui est aussi relativement développé sur ce site, concernant le développement de programmes et de dispositifs de formations, avec notamment des salles de formation en bord de ligne de fabrication, qui sont bien implantées, assez reconnues, avec un gros investissement des ergonomes pour que ce qui se passe dans ces salles de formation se rapproche le plus possible des situations de travail et de l'activité des ouvriers de production. Donc avec l'idée que l'on ne développe pas des actions de formation éloignées ou à distance du travail réel. Il faut voir aussi que dans ce milieu de l'aéronautique, les questions de qualité sont tout à fait essentielles. Willy Buchmann le soulignait ce matin, les acteurs en interne sont très attachés à ce que la formation puisse contribuer à assurer la qualité attendue dans ce type de fabrication. Si on regarde plus spécialement dans le registre de la santé, il y a aussi des actions centrées sur les compagnons qui ont des difficultés de santé, difficultés identifiées par la médecine du travail et qui donnent lieu à des restrictions d'aptitude, temporaires ou durables. Sur ce volet, on va trouver ce que l'on peut appeler un « process de maintien en emploi », avec des commissions réunissant des acteurs RH, des acteurs de production, des acteurs des services de santé au travail. Cela peut conduire à l'identification et à la création de postes susceptibles d'accueillir des personnes avec des restrictions d'aptitude. Avec par exemple la réinternalisation de certains postes de travail, notamment pour de la préparation en amont des lignes de fabrication, postes qui seraient susceptibles d'accueillir des personnes avec des restrictions, mais avec le risque de créer des espaces que l'on considère un peu comme « l'infirmerie », c'est ce que Willy Buchmann disait ce matin, c'est-à-dire des espaces pour les « bras cassés », même si l'image de ces lieux a un peu tendance à changer.

Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que malgré ces interventions assez importantes du service d'ergonomie, il y avait peu ou pas de réflexion sur les liens entre parcours et santé. Quand elles ont lieu, c'est parce qu'un évènement de santé a fait rupture dans le parcours et a donc conduit à sortir du parcours « normal ». Là, une fois que cela est institutionnalisé, il y a tout un dispositif, un process de prise en charge qui se met en place [voilà Anne-Françoise]. C'est un dispositif qui est centré sur les individus, donc c'est du cas par cas. On va retrouver ce que l'on raconte depuis hier, c'est-à-dire que l'on rentre dans des dispositifs de maintien en emploi, donc du cas par cas, individuel. Avec peu d'espace, peu de temps, pour réfléchir dans un domaine plus préventif, plus collectif sur ces liens entre parcours et santé. Là, dans le cadre de ce partenariat, il y avait une volonté de la part du service

d'ergonomie et des médecins du travail de prendre un peu le temps, et c'est peut-être aussi pour cela qu'ils nous ont confié cette tâche, de réfléchir à ces liens entre parcours et santé dans un registre préventif et collectif ; ce qui a nécessité, on le verra, de déployer un certain nombre d'outils méthodologiques que l'on a un peu fabriqués en avançant, pour pouvoir s'en saisir.

Alors, je vous l'ai dit tout à l'heure en introduction, c'est vrai que les liens entre mobilité, mobilité interne et santé, sont rarement analysés et bien regardés dans les entreprises. Ce qu'il nous semblait aussi intéressant de voir, c'est que l'on est sur un site de production dans une entreprise qui se porte plutôt bien. C'est important de le souligner dans un contexte où l'on met souvent en avant les difficultés économiques des entreprises. Je ne vais pas dire que tout est merveilleux tout le temps, mais quand même, on est dans un secteur et dans une entreprise qui vont plutôt bien. Là, c'est un gros site de production, avec à peu près 25 000 personnes embauchées directement par ce site. C'est un site qui accueille aussi des sous-traitants, et je crois que l'on doit monter aux alentours de 40 000 personnes présentes sur le site. C'est une ville en fait, un très gros site. Il y a des lignes de fabrication de quatre sortes d'avions petits, moyens et long-courriers, avec des perspectives commerciales globalement favorables, même si inégales suivant les types d'avions, permettant des recrutements et pour ceux qui sont recrutés, des évolutions de carrière plutôt favorables, plutôt ascendantes. Pour autant, on va voir que lorsqu'on s'intéresse aux liens entre mobilité et santé, tout n'est pas rose. Je veux dire par là que ce travail interroge, comme je vous l'ai dit, cette espèce de modèle dominant de la mobilité qui serait bon a priori. Peut-être qu'il interroge aussi le fait que ce n'est pas parce que l'on a réglé des questions d'emploi que les questions de travail suivent. Or, il me semble que c'est un discours que l'on entend assez régulièrement à tous les niveaux de la société, y compris au niveau de l'action publique. Réglons les questions d'emplois et le travail suivra. Là aussi, on peut avoir une approche un peu plus nuancée de cette affaire-là.

Donc voilà un gros site de production, avec pas mal de clignotants au vert du côté de l'emploi, sur la perspective d'avoir un emploi stable et durable. Une entreprise, je vous le disais tout à l'heure et cela transparaissait dans les actions du service d'ergonomie, qui est quand même soucieuse de former et d'intégrer les nouveaux, avec un processus d'intégration relativement bien rodé qui passe majoritairement par de l'intérim, avec un temps d'intérim qui peut être relativement long puisqu'il peut aller jusqu'à 18 mois. On a généralement un premier contrat de 6 mois, ensuite renouvelé pour 12 mois à l'issue desquels jusqu'à présent, la majorité des intérimaires sont embauchés, donc avec de fortes perspectives favorables d'un CDI à l'issue de ce contrat d'intérimaire. Mais ce n'est pas tout le temps le cas. Puis, ce n'est pas parce que l'on peut embaucher que l'on va embaucher n'importe qui non plus, si je reprends les propos qu'on nous a évoqués. Par ailleurs il y a aussi beaucoup d'apprentis, de compagnons apprentis, puisqu'il y a un lycée qui prépare aux métiers de l'aéronautique et qui fournit, pour cette entreprise mais aussi pour des sous-traitants, beaucoup d'apprentis qui peuvent arriver très jeunes en contrat d'apprentissage et qui vont côtoyer cette entreprise quelques années avant de pouvoir être embauchés. Les règles ont un peu changé ces dernières années. Auparavant, les apprentis ne passaient pas par une phase d'intérim et pouvaient être embauchés à la suite de leur apprentissage. Là, les choses ont un peu bougé et la période d'apprentissage ne se substitue plus entièrement à un passage par l'intérim. Donc on a une période de mise à l'épreuve ou de mise à l'essai, en apprentissage ou en intérim.

Ensuite, dans ce process d'accueil des nouveaux, il y a une période de formation en salle qui dure à peu près trois à quatre semaines, y compris avec de l'anglais par exemple, puisque c'est un métier où même les ouvriers de production sont amenés à échanger en anglais, voire à faire des séjours sur d'autres sites de production à l'étranger, etc. À l'issue de cette période de formation en salle, une deuxième période de formation, plutôt du tutorat, est de la formation sur un poste de travail. Vous êtes formés par un compagnon plus expérimenté, qui peut être aussi un intérimaire dans les faits, mais qui est plus expérimenté, sur une période de plusieurs semaines, à ajuster en fonction des conditions de production. Ce processus d'intégration est relativement bien rodé. Ce processus d'intégration est aussi un processus de socialisation. Je vous le disais, ce sont des ouvriers de production qualifiés, et

en interne, ils sont nommés des « compagnons ». L'usage de ce terme n'est pas du tout neutre. Derrière, il y a l'idée de l'engagement, de la qualité, d'un temps de formation, en théorie au moins qui serait important, suffisant, nécessaire. C'est un processus de socialisation avec toutes les ambiguïtés de ce terme, c'est-à-dire que c'est aussi un processus dans lequel les nouveaux, très jeunes, doivent accepter ou s'approprier un certain nombre de règles de métier qui impliquent de pouvoir s'engager individuellement, s'engager collectivement et pour le collectif, à faire la qualité et la performance attendues. Cela peut passer par des étapes et des postes de travail où les conditions de travail ne sont pas faciles, mais la question d'évoquer les difficultés, les douleurs, les plaintes, n'est pas à l'ordre du jour. Cela tombe bien, parce que c'est une population jeune. Ce processus de socialisation se fait très tôt dans la carrière de ces compagnons, mais avec des contreparties de perspective d'emploi et de travail tout à fait favorables, une rémunération aussi tout à fait intéressante pour ces compagnons.

Dans ce contexte de « marché interne » qui rend souhaitables et possibles les évolutions professionnelles, la mobilité interne devient la clé de voute de ces évolutions et c'est pour cela que l'on s'est intéressées d'un peu plus près à cette mobilité interne. On l'a interrogée, vous avez certainement commencé à le comprendre, sous un angle un peu spécifique. C'est de la mobilité interne en production, avec un parti pris de ne pas simplement regarder comment cette mobilité se traduit par des changements de postes de travail, mais de regarder aussi les changements dans le travail, qui ne conduisent pas forcément à des changements de postes, mais à des changements dans les situations de travail. Cette compréhension de la mobilité par les changements de et dans le travail implique d'examiner un peu plus précisément la recomposition ou la transformation des ingrédients des situations de travail. Des ingrédients à différents niveaux, individuel, collectif, organisationnel. On a fait aussi l'hypothèse que la santé se construit par et dans ces changements et que les évènements de santé peuvent influencer les parcours professionnels. Ces « évènements de santé » font autant référence à des pathologies avérées et reconnues par la médecine du travail qu'à des « petits troubles », des signes infra pathologiques qui sont plus relatifs à des difficultés, des douleurs, des plaintes, sans pour autant relever de pathologies identifiées, mais qui, au final, peuvent devenir des problèmes de santé pour les travailleurs eux-mêmes et aussi pour les collègues ou pour l'encadrement. Cette approche de la santé et des problématiques de santé, conduit à considérer que les acteurs de la santé ne sont pas les seuls acteurs du service médical, mais qu'il existe en fait une multiplicité d'acteurs qui se mêlent de questions de santé, à commencer par les acteurs présents dans une situation de travail, c'est-à-dire la personne elle-même, ses pairs et l'encadrement, voire les encadrants, puisqu'il y a différents niveaux hiérarchiques qui peuvent s'en mêler. Donc, une multiplicité d'acteurs. Cela faisait partie aussi des questionnements, je ne l'ai pas précisé tout à l'heure, de la demande des médecins du travail qui avaient vraiment le sentiment que beaucoup de choses se jouaient sur les questions de santé en dehors du service médical et qu'à la rigueur, quand les choses leur arrivaient au service médical, il s'était déjà passé plein de choses avant, qui n'avaient pas fonctionné. C'était donc intéressant de voir ce qui se passait avant que ces problèmes de santé arrivent jusqu'au service de médecine. Cela impliquait aussi, d'un point de vue méthodologique, de mettre en place un dispositif qui permette une pluralité de modes de repérage et de lecture de ces enjeux de santé à différentes dimensions, c'est-à-dire de considérer que la construction des parcours professionnels se situe au carrefour de dimensions individuelles, organisationnelles et aussi collectives. Enfin, je vous parle de mobilité, mais si on regarde plus largement la question des parcours professionnels, ils sont faits de mobilité et d'immobilité, c'est-à-dire que l'on peut rester aussi quelque part et notamment, pour reprendre les termes de Marie-Pierre Guiho-Bailly, ils sont faits de chemins empruntés, mais aussi de chemins évités ou refusés.

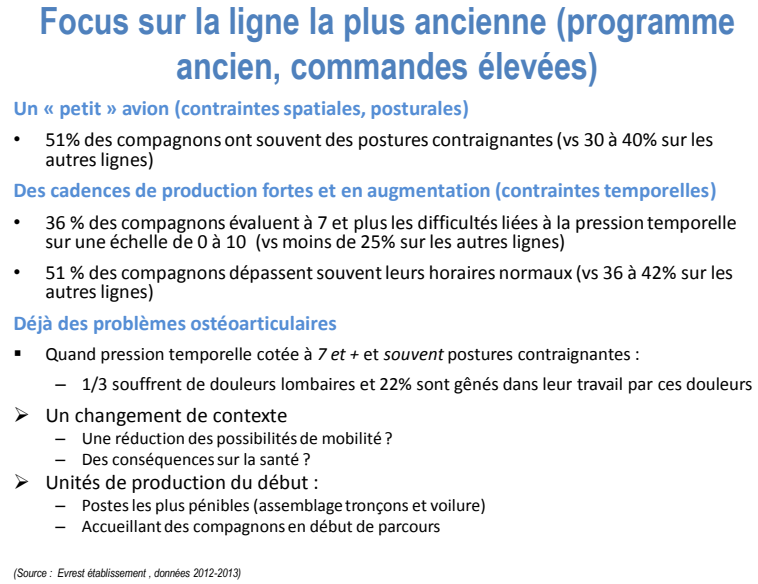
Une démarche méthodologique

On a tenté d'articuler des approches quantitatives et qualitatives à plusieurs niveaux, puisque le Creapt essaye, depuis quelques années maintenant, de démêler les liens santé et mobilité par à la fois une approche diachronique, c'est-à-dire prenant en compte des dimensions temporelles des processus

étudiés, mais aussi les tensions qui peuvent naître entre ces différentes dimensions, voire les conflits. Cela implique une approche conditionnelle de la santé au travail, en examinant les stratégies de régulation qui sont élaborées à différents niveaux, individuel, collectif et organisationnel. Peut-être que dans notre travail, on est peut-être dans les régulations par une approche sociologique plutôt qu'une approche ergonomique, puisque nos observations d'activité ont été un peu plus limitées, je reviendrai là-dessus si vous le souhaitez, mais plutôt dans des régulations de travail d'organisation qui fabriquent des règles locales, et puis des règles qui se transforment et qui sont réajustées dans un processus de négociation.

On a mené des analyses qualitatives : des entretiens à différents niveaux hiérarchiques et avec les compagnons eux-mêmes, plus sur leurs parcours, leurs itinéraires ; des observations, plutôt des observations ouvertes qui visaient à nous familiariser avec les milieux professionnels. On a combiné des analyses quantitatives à partir de sources internes de l'entreprise, à partir des bases RH, la base SAP et des bases de données côté santé avec l'observatoire Evrest. Puis, on a aussi fabriqué ce que l'on pourrait appeler du micro quantitatif, à partir d'outils ou de données qui étaient collectés par des acteurs de terrain. Vous l'avez compris, on n'est pas du tout dans une démarche en entonnoir où on commencerait classiquement par déblayer le terrain avec du quantitatif pour arriver jusqu'au qualitatif. C'est plutôt une démarche itérative. On n'a pas arrêté de faire des allers-retours entre quantitatif et qualitatif avec l'idée de pouvoir faire circuler ces connaissances, les mettre en visibilité pour pouvoir les mettre en débat.

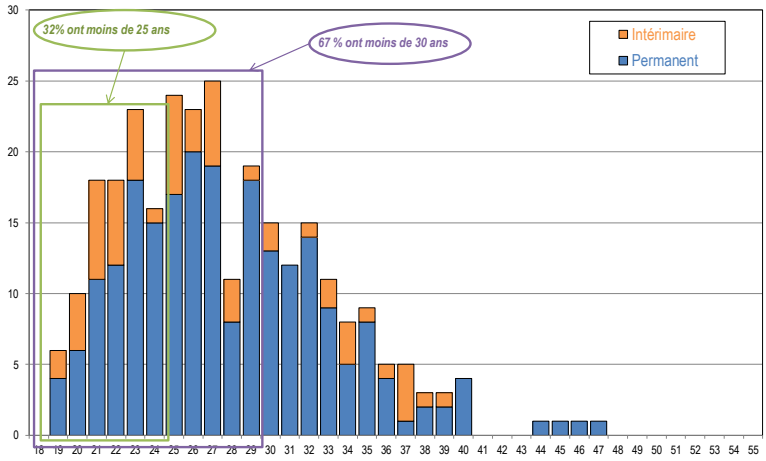
On s'est focalisées sur la ligne de fabrication la plus ancienne pour différentes raisons. D'abord, c'est celle du plus petit avion, un court-courrier qui du fait qu'il est petit, entraîne tout un tas de contraintes qui sont spécifiques à cet avion, en particulier des contraintes spatiales sur les postes de travail. Si vous devez par exemple accéder à l'aile de l'avion, c'est sûr que cela ne fait pas pareil en matière de contraintes posturales si c'est un court ou très long-courrier, un petit ou un gros avion…



Des analyses à partir d'Evrest, montrent que c'est un peu plus de la moitié des compagnons de cette ligne qui disent avoir souvent des postures contraignantes, contre 30 à 40% sur les autres lignes. C'est la ligne qui est considérée comme étant la plus pénible par les compagnons. C'est aussi un avion qui marche très bien commercialement, qui a des cadences de production relativement fortes, plutôt en augmentation, donc avec des contraintes temporelles de rythme relativement importantes. Pour vous donner un ordre d'idée, ce sont 17 avions par mois qui sont fabriqués sur cette ligne. Dans Evrest, un gros tiers des compagnons évalue à 7 et plus, sur une échelle de 0 à 10, leurs difficultés qui sont liées à la pression temporelle. Un peu plus de la moitié des compagnons dit aussi dépasser souvent leurs horaires normaux, soit plus que sur les autres lignes (36 à 42%).

Des compagnons très jeunes, qui pour beaucoup commencent leur vie professionnelle

Âge des compagnons de la ligne A (hors apprentis) - juin 2015



Source : données extraites de SAP établissement, au 30/6/2015 ; exploitation CREAPT

C'est une population qui est très jeune, avec un tiers qui a moins de 25 ans, 67 % moins de 30 ans et la population avec laquelle on a travaillé est plutôt la partie la plus jeune. Sur tous les premiers postes, les plus vieux ont 25 ans, les chefs d'équipe ont 30 ans et vous voyez les intérimaires qui sont représentés ici, constituent une part non négligeable sur cette ligne. Et même si c'est une population très jeune, du fait des conditions de travail, il y a des problèmes ostéoarticulaires qui ne sont pas du tout négligeables.

Toujours à partir d'Evrest, quand la pression temporelle est cotée à 7 et plus avec des postures contraignantes (ce qui est le cas sur les postes des premières unités), un tiers des compagnons dit souffrir de douleurs lombaires, 22 % sont gênés dans leur travail par ces douleurs… alors que c'est une population majoritairement âgée de moins de 25 ans.

Il y a un certain nombre de questions que se posaient les ergonomes et les médecins du travail sur le fait que le contexte des dernières années était plutôt favorable et permettait de passer sur ces postes, mais de ne pas y rester trop longtemps, c'est-à-dire d'être mobile, aller vers d'autres postes, … Mais cette situation risque de changer, et est-ce que cela n'allait pas atteindre de manière beaucoup plus ample, beaucoup plus importante, les compagnons dans ce registre de la santé, de ces problèmes ostéoarticulaires, etc. ? Notamment le fait que jusqu'ici, il y avait eu un appel d'air continu, un flux de mobilité qui était rendu possible parce qu'il y avait de nouveaux programmes, de nouveaux avions à fabriquer et que là, on rentre dans une période où cela va se stabiliser. Et on va même peut-être renforcer cette petite ligne de fabrication qui continue à très bien vendre, donc il faut fabriquer de plus en plus ces petits avions.

On s'est penché plus particulièrement sur les premières unités de production. Une ligne de fabrication est découpée en unités de production. On est allé regarder les premières unités qui accueillent les tout nouveaux, avec beaucoup d'intérimaires, beaucoup d'apprentis. Ce sont aussi les postes qui sont les plus pénibles. Dans ces unités, on assemble des tronçons d'avion, on assemble la voilure. On y accueille des compagnons en début de parcours, et ces questions de santé et de mobilité se construisent, s'élaborent, et sont très orientées par cette période de début de parcours professionnel. Je vous ai mis quelques photos pour que vous vous rendiez compte… je ne vais pas les détailler plus que cela. Vous voyez là, par exemple, vous avez les deux tronçons qui sont assemblés, vous avez du travail en soute, du travail à l'extérieur en hauteur, les bras en l'air pour pouvoir ajouter les ailes, etc.

La mobilité, une valeur positive et/ou une épreuve ?

Dans un premier temps, on peut regarder les mobilités comme étant quelque chose de plutôt positif, apparemment favorable. Je vous ai dit qu'il y avait des attentes de mobilité à tous les niveaux de l'entreprise. En fait, quand on regarde d'un peu plus près, effectivement, il semble qu'on répond positivement à ces attentes, c'est-à-dire que cela bouge et cela change pas mal. On est dans un univers qui combine à la fois stabilité et de fréquents changements. C'est ce qu'on a montré à partir d'une exploitation de données RH sur plusieurs années. On a 88% des compagnons, permanents ou intérimaires, qui travaillaient sur les lignes d'assemblage en 2010, qui sont encore présents en 2015. Voilà pour un indicateur de stabilité. Mais parmi les compagnons affectés en 2010 à cette fameuse ligne de production, la plus ancienne, et encore présents en 2015, près de la moitié ont changé de ligne et 25 % sont allés vers une nouvelle ligne au cours de la période. Donc, vous voyez, on a un emploi durable mais cela bouge à l'intérieur de cet emploi.

Une des particularités aussi de ce site, c'est qu'en fait il n'y a pas vraiment de parcours élaborés par les RH, contrairement à des entreprises où vous avez des grilles de qualification avec des modalités de progression qui seraient tenues et prédéfinies par les RH. Là ce n'est pas le cas, c'est plutôt laissé entre les mains de l'encadrement de proximité. On va voir que cela a beaucoup de facettes positives mais aussi certaines limites dans certaines conditions. C'est important cette mobilité pour l'encadrement, pour plusieurs raisons et notamment parce que quand on rentre dans cette entreprise, sur ce site de production, on s'attend à bouger, et donc il y a de fortes attentes pour que cela puisse changer. Une unité de production qui ne bouge pas, les chefs d'équipe appellent cela un « poste aigri », une « unité de production aigrie », c'est-à-dire qu'il y a des attentes et si on n'y répond pas positivement, cela met une sale ambiance dans l'équipe, cela ne joue pas collectif. La responsabilité de cet encadrement, c'est de pouvoir faire que cela bouge.

Quand on essaye de regarder sur quelles règles cela bouge, on se rend compte que ces chefs d'équipe partagent un certain nombre de règles que l'on peut définir comme des temporalités, qui définissent des durées, des rythmes possibles de parcours professionnels. En fait, il y en a plusieurs qui s'entremêlent. La plus courante, c'est ce que l'on a appelé la « temporalité de métier », c'est-à-dire qu'il y a une logique de progression des postes de travail qui va des compétences techniques de base à acquérir, notamment de perçage et d'alésage, et qui sont surtout associées à des conditions de travail relativement pénibles d'un point de vue physique, postural. Puis progressivement, une fois que l'on est passé par ces postes, on évolue vers l'aval… on part de l'amont vers l'aval de l'avion ; et plus on progresse vers l'aval de l'avion, plus on va avoir des postes qui nécessitent des compétences, des savoir-faire de plus en plus élaborés, notamment du côté hydraulique et électrique, avec moins de tâches de perçage. On va alléger d'une certaine manière les contraintes de travail. Là, c'est une première logique de métier qui est fortement dominante. Il y a une deuxième temporalité qui tient compte des durées d'affectation, c'est-à-dire qu'il y a des règles implicites entre les chefs d'équipe pour dire que l'on ne passe pas plus de X années dans telle unité de production ou plus de X temps sur tel poste. C'est de l'ordre de quelques années suivant les endroits où on est. Ce qui est important, c'est l'existence même de cette règle et on s'est rendu compte qu'au fil du temps, cette règle évolue, qu'elle tient compte du fait que la cadence n'est pas toujours la même. Il y a dix ans, la cadence était très inférieure. On était à 10 ou 11 avions sortis par mois, aujourd'hui 17. La durée d'affectation pouvait être plus longue que celles qui sont mises aujourd'hui en avant. Puis une temporalité à l'excellence, qui est plus individualisée, où les chefs d'équipe font du repérage de ceux qui ont l'air très bons et que l'on va faire progresser peut-être plus rapidement que les autres, ou à la rigueur que l'on va chouchouter pour les garder un peu plus longtemps.

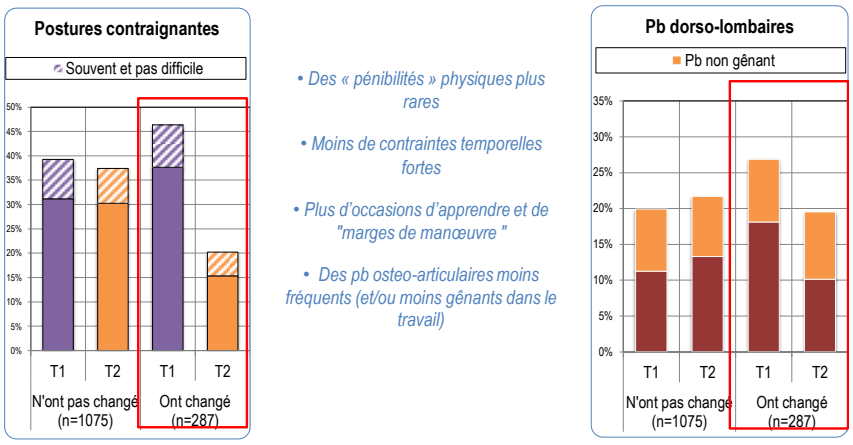
Ce sont des critères qui sont partagés, mais qui ne sont pas franchement débattus entre les différents cadres de proximité. Ce sont des critères locaux, c'est-à-dire que les différents chefs des unités de production les partagent. Ce sont des règles qui participent à orienter les parcours à l'intérieur d'une même unité de production, mais le passage d'une unité à l'autre est beaucoup plus flou et ne fait pas l'objet tout à fait de ces mêmes règles. Ce qui est intéressant, c'est de voir que la santé n'est jamais énoncée comme un critère explicite pris en compte dans l'organisation de ces parcours, même si on peut supposer que par exemple la question de la durée d'affectation, les temporalités de métier ont à

voir avec la santé, puisqu'elles vont permettre de sortir des postes les plus pénibles. Mais la santé n'est pas annoncée comme un critère déterminant pour orienter ces parcours.

Du point de vue des compagnons, ces changements favorables sont attendus, on est dans le cadre d'une promesse d'un emploi durable, avec un souhait d'apprendre de nouvelles choses et d'une certaine manière, cette mobilité répond à ces attentes. Mais il y a aussi des contreparties, qui sont d'accepter des débuts de parcours qui peuvent être relativement difficiles, sans savoir combien de temps ça va durer, même s'il y a des règles implicites qui établissent des durées. Celles-ci restent dépendantes de conditions organisationnelles du moment. Puis, certes, on apprend de nouvelles choses, certes, on peut bouger, mais comme il n'y a pas de règles RH qui modélisent ces parcours, c'est aussi à chacun de se construire des repères sur son parcours, sur son prochain poste, à plus long terme aussi, ce vers quoi je voudrais m'orienter - rester col bleu, aller plutôt vers des métiers supports col blanc, …. C'est donc se construire un champ des possibles en quelque sorte, et cette construction demande du temps, demande des connaissances qui se construisent dans des temps dédiés. On pense, par exemple, à l'entretien annuel d'évaluation. Mais aussi, on a des temps beaucoup plus informels, qui nécessitent d'avoir du temps, de se débrouiller pour en avoir, mais aussi hors temps de travail. On s'est rendu compte notamment que ces jeunes équipes se voyaient en dehors du travail, sur des temps dits de loisir. Par exemple, on va sortir ensemble, jouer au football ensemble, etc. En fait, ces temps hors travail sont des temps de travail… parce qu'on y parle travail et on yrègle un certain nombre de problèmes individuels et collectifs aussi. Et ce sont des repères qu'il faut en permanence actualiser.

Des changements souvent « bénéfiques » ?

Qu'est-ce qui change pour les compagnons qui disent avoir changé de travail" - entre 2011 et 2015 ?



Source : bases EVREST établissement, années 2011 à 2015 ;

Là, ce sont des graphiques qu'Anne-Françoise a construits à partir d'Evrest, et qui permettent de faire des comparaisons entre deux années et voir comment les choses se transforment. Ces résultats permettent, en fait, d'apprécier si ces changements sont positifs ou négatifs du point de vue des conditions de travail. Evrest comporte une question « avez-vous changé de travail depuis la dernière visite ? ». Anne-Françoise a regardé pour ceux qui ont dit qu'ils avaient changé de travail, comment les conditions de travail et en quoi les conditions de travail avaient changé, en comparant les réponses à Evrest à deux dates d'interrogation au cours de la période 2011-2015. Donc probablement avant et après le « changement » Elle a fait cette même comparaison pour ceux qui n'avaient pas mentionné de changement de travail. Changement de travail ne veut pas dire forcément changement de poste de travail, c'est lorsque les compagnons considèrent que leur travail a changé, quelle qu'en soit la cause. Ici, on regarde comment leur perception des postures contraignantes a évolué. Le principe sera le même sur tous les items. Vous vous rendez compte que pour ceux qui n'ont pas changé, la fréquence des postures contraignantes varie peu de T1 à T2 ; c'est aussi ce qu'on constate pour la fréquence des problèmes dorso-lombaires. Par contre, quand on regarde ceux qui ont changé, on voit à chaque fois

plutôt une diminution de ces contraintes de travail et une moindre fréquence des problèmes dorso-lombaires. On ne va pas vous montrer tous les items qui ont été analysés, mais globalement, on voit une tendance plutôt favorable aux changements, c'est-à-dire une diminution des différentes formes de pénibilité physique et une progression des compétences, d'avoir la possibilité d'apprendre de nouvelles choses, la marge de manœuvre, etc. quand il y a eu « changement de travail ».

Donc on a un contexte où les changements sont attendus, où les changements sont une réalité dans cette période et quand il y a changement, c'est souvent plutôt positif. Mais vous avez déjà entendu dans mon propos qu'il faut aller regarder les choses d'un petit peu plus près, puisque la mobilité peut aussi être une épreuve. Là on va plus faire appel, dans les outils méthodologiques, à des approches plus qualitatives de terrain, par entretien principalement et par observation. Ces changements sont des épreuves à différents niveaux. Ils peuvent être des épreuves dans les itinéraires individuels des compagnons, d'abord parce que changer de poste n'est pas automatique et qu'il y a quand même toute une activité qui est déployée par ces compagnons pour organiser, planifier, anticiper ces changements. Il y a notamment des stratégies temporelles qui sont mises en œuvre pour tenir son poste de travail avec la qualité dans les temps impartis, mais aussi en vue d'être tuteur, parce que tuteur c'est une carte de visite tout à fait pertinente pour se voir offrir des possibilités de poste, et pour être proactif vis-à-vis du prochain poste repéré. Voici un verbatim de compagnon : « Avant que je passe longeron, [c'est un poste], je me suis intéressé au longeron, dès que j'avais un moment de libre j'allais aider. Cela montre à l'équipe que l'on est intéressé par le poste et cela montre aussi au chef d'équipe ». Cela veut dire qu'il faut finir le travail assez tôt pour aller voir ce qui se passe sur le poste suivant et se rendre disponible. Ce sont aussi des stratégies qui sont dépendantes des conditions de production. « Ils m'ont dit c'est à ton tour, au mérite, par rapport à l'avancement, à la ponctualité, à la qualité, par rapport à tout… Mais on a besoin de toi, parce qu'il faut former quand même ». Cela veut dire que ce compagnon, qui avait toutes les qualités pour pouvoir bouger, est devenu tellement bon qu'il faut le garder, parce que les conditions de production font que si on le lâche, cela devient catastrophique pour les régulations collectives de l'équipe.

Il faut aussi se construire une bonne réputation, y compris sur les réseaux sociaux, et l'on a appris qu'un chef d'équipe qui veut recruter peut regarder sur différents réseaux sociaux ce que les compagnons laissent transparaître d'eux. Donc, il faut se construire une bonne réputation, il faut jouer le jeu, être vaillant, ne pas se plaindre, être volontaire pour faire des heures supplémentaires, comprendre aussi les bons savoir-être en fonction des postes. Là, c'est un chef d'équipe qui dit d'un compagnon « même s'il bosse très bien, le fait d'être trop effacé, trop timide, … Pour y arriver, il faut avoir aussi un certain charisme. Il faut fédérer un petit peu le côté » parce qu'en fait, à cet endroit (« le côté »), il y a une sorte de petit chef d'équipe qui doit gérer deux à trois compagnons et il faut pouvoir tenir ces fonctions d'encadrement.

Il faut aussi accepter des critères implicites de justice, d'équité, qui sont construits avec ces règles collectives. « Cela ne fait pas deux ans que je suis là, s'il me dit « support » [donc aller vers des métiers « support », sortir de la ligne de fabrication], il n'y a personne qui va gueuler, personne qui va dire « il est passé du ventre mou au support », [je vous explique après], j'ai déjà fait cinq ans et demi au poste d'avant ». En fait, sur le poste d'avant, particulièrement pénible, il est resté cinq ans et demi, ce qui est assez long. On atteint les durées maximales implicites, il a changé d'unité et on l'a remis sur un poste difficile. Donc, il veut bien rester sur ce poste difficile à condition qu'il n'y reste pas trop longtemps et qu'il passe directement dans des métiers col blanc, alors que d'autres devraient faire plusieurs étapes avant de pouvoir aller col blanc. Il dit que cela se justifie et personne ne dira rien, parce que « avant, j'ai fait longtemps sur des postes difficiles ». La mobilité, c'est accepter d'être confronté aussi à de nouveaux apprentissages, qui peuvent être parfois coûteux, parce que changer de poste, c'est bien, mais on peut recommencer à zéro. C'est ce que nous dit ce compagnon : « Quand on passe au longeron, on redevient, du coup… jeune [terme utilisé pour qualifier tous les nouveaux, quel que soit leur âge], parce qu'on est tout seul sur la zone, donc on entre, on sort, on fait les trucs tout seul. Donc là, c'est dur de s'y remettre, au niveau des positions, de rentrer dedans… ». C'est-à-

dire que le nouveau poste peut signifier le retour à des conditions de travail pénibles pendant un certain temps.

La mobilité, ce sont aussi des épreuves dans les régulations collectives. On l'a vu, même si c'est un souhait des chefs d'équipe de faire bouger les compagnons, c'est très dépendant des marges de manœuvre organisationnelles, notamment de la composition des équipes. C'est intéressant du coup de faire de la micro démographie et de voir les répartitions entre novices et experts, en tenant compte des critères des uns et des autres pour considérer qui est novice et qui est expert, et pouvoir anticiper les flux de compagnons, surtout dans ces milieux professionnels où les temps de formation obligatoires sont extrêmement longs. C'est à la fois une ressource possible et une contrainte, quand il faut les organiser dans le planning. Par ailleurs, on a des durées de contrats d'intérim qui ont bougé. Cela a longtemps été 18 mois, mais il y a une période où on les a ramenés à 6 mois, parce qu'en fait, il y avait une autre ligne de fabrication qui ne marchait pas très bien. Donc, on a gardé de la place pour rapatrier des compagnons qui étaient ailleurs et les faire revenir. Et donc on a raccourci les temps des contrats d'intérim, ce qui a perturbé complètement l'organisation des chefs d'équipe. Ils formaient, et puis au bout de six mois, ils voyaient les gens partir. Et même si ces compagnons étaient ensuite parfois ré-embauchés, ils n'étaient jamais sûrs de pouvoir les récupérer.

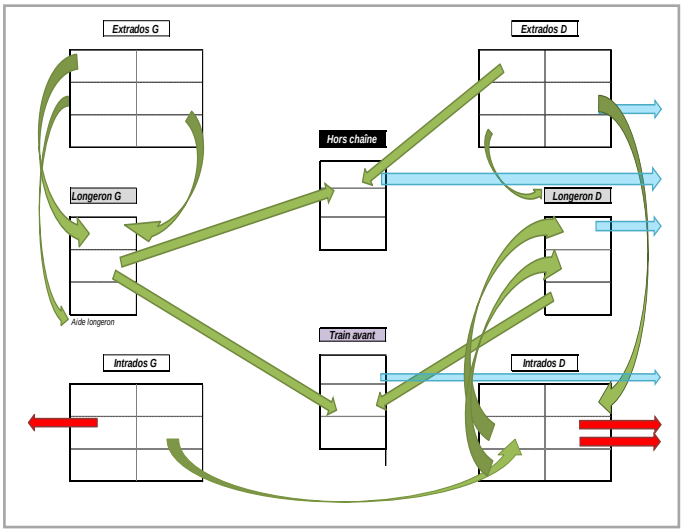
Les marges de manœuvre organisationnelles vont beaucoup déterminer les possibilités des chefs d'équipe, leur propre marge de manœuvre pour pouvoir assurer et répondre à cette mobilité attendue. Pour en revenir aux questions évoquées dans ce séminaire, on parlait des vulnérabilités, des fragilisations, etc., mais on voit bien ici que la question de la fragilisation des personnes passe par la fragilisation des parcours. Cette fragilisation des parcours est beaucoup déterminée par des conditions organisationnelles elles-mêmes fragiles, d'une certaine manière. On a regardé d'un peu plus près avec ce que l'on appelle le « micro quantitatif », ces envers de la mobilité, avec une mise à l'épreuve des capacités d'accueil de l'équipe, en regardant notamment l'ampleur des mouvements sur ces postes d'entrée de la ligne. Toujours dans la même période, 2010 – 2015, je vais vous donner quelques chiffres qui vont vous montrer l'ampleur de la problématique.

Les revers de la mobilité : une mise à l'épreuve des capacités d'accueil de l'équipe

- Ampleur des mouvements sur les postes d'entrée de la ligne (exemple de l'unité de jonction voilure) au cours de la période 2010-2015
  - Effectifs compagnons varient entre 79 et 86 selon les années (effectifs au 30/6)
  - Mais :
    - 198 compagnons sont passés par cette unité au cours de la période
    - 13 compagnons sont restés dans l'unité tout au long de la période
    - 104 « nouveaux » y ont été accueillis

Certes on bouge beaucoup, mais parfois ce n'est pas toujours si simple de voir tout le temps du monde bouger. L'effectif des compagnons sur cette unité de production est aux alentours de 80, selon les années cela peut bouger, mais sur cette période 2010 – 2015, il y a 198 compagnons qui sont passés par cette unité, 13 compagnons sont restés dans l'unité tout au long de la période, et 104 nouveaux ont été accueillis. Vous voyez, c'est quasiment un lieu de formation, en plus d'un lieu de production.

Évolution de l'affectation des compagnons d'une unité de début – juin 2015 - avril 2016



En vert : changement de poste intra-unité ; en bleu : changement de poste au sein de la ligne (vers unités aval); en rouge, sortie d'intérimaires (pas de possibilité d'embauche à 18 mois ou de renouvellement de contrat à 6 mois)

Ici, ce sont des schémas. On est partis des plannings hebdomadaires qui sont remplis par les chefs d'équipe avec les affectations à chaque poste de l'unité ; et on a confronté ces affectations à la situation huit mois plus tard, lors d'un entretien avec le chef d'équipe centré sur le devenir de chacun des compagnons de l'équipe. Chaque zone (extrados, intrados, etc. sur les côtés droit et gauche de l'avion) correspond à un poste de travail et chaque case correspond à un compagnon, donc trois compagnons pour la plupart des postes, car il y a 3 équipes successives. Là, simplement, il faut regarder les flèches. En l'espace de huit mois, elles représentent tous les mouvements qui ont eu lieu dans cette unité de production. Quand vous avez des flèches en vert, ce sont des personnes qui sont restées dans l'unité de production, mais qui ont changé de poste. Quand vous avez des flèches en bleu, ce sont des gens qui sont restés dans l'entreprise, mais qui sont allés sur des postes d'une unité aval ; et en rouge, ce sont les intérimaires qui n'ont pas été embauchés à la fin de contrat d'intérim. Vous voyez que sur huit mois, cela bouge énormément.

Serge VOLKOFF

Il y a des entrées, mais vous ne les avez pas mises, c'est cela ?

Corinne GAUDART

Il y a des entrées, mais on ne les a pas mises. Vous voyez le contexte compliqué dans lequel on essaye de se débrouiller avec ces règles de métier qui organisent la mobilité. On voit la fragilité de ces règles organisationnelles qui peuvent avoir des incidences sur la santé.

Quand la santé s'en mêle

Alors, quand il y a des problèmes de santé qui sont identifiés et « validés » par la médecine du travail, cela devient un problème pour tout le monde. Il n'y en a pas tant que cela. À partir d'Evrest, Anne-Françoise a repéré que les compagnons qui disent « avoir changé de travail pour des raisons médicales », représentent autour de 1 %, donc c'est très peu par rapport à tous les changements. Par contre, cela pose de vrais problèmes et cela crée des perturbations individuelles et collectives, parce que l'on

rentre dans des processus - on en a entendu parler depuis hier- de maintien en emploi ou trouver des solutions au sein de l'unité de production, à l'extérieur de l'unité de production sur des tâches de préparation, au sein de la ligne ou à l'extérieur. Il y a quand même une volonté que chacun règle ses problèmes dans sa zone et aller demander à l'extérieur de régler les problèmes n'est pas forcément bien vu. On a vu aussi que les réaffectations pour raison de santé sont dépendantes du niveau de compétence des compagnons. Comme vous avez des débutants sur ces postes de "nouveaux", c'est très difficile de trouver un poste moins dur physiquement, parce que dans cette logique de progression, la plupart des postes moins durs physiquement demandent aussi plus de savoir-faire. Donc, vous avez des difficultés pour les reclasser. Plus le problème de santé arrive tôt, plus cela oblitère vos chances de pouvoir vous reclasser dans un poste qui continue à vous proposer une carrière ascendante, même si c'est une pause à un moment donné. Les problématiques ne se posent pas de la même manière si le problème de santé est durable ou temporaire.

Ces problèmes de santé mettent le bazar dans les règles de métier, parce qu'évidemment, vous sortez de la norme. Vous pouvez vous retrouver réaffecté, notamment sur ce qu'évoquait Willy Buchmann, ces fameux endroits où on va avoir les « bras cassés », ceux qui ont des difficultés. Cela peut être vécu comme des formes de « placardisation ». Dans d'autres cas, vous pouvez aussi rester sur la ligne de fabrication, et faire du « saute-mouton ». C'est-à-dire qu'au lieu de passer par un poste 1, puis 2, puis 3, vous allez directement au 4, qui était peut-être réservé pour un autre compagnon. C'est embêtant, et les difficultés de santé posent la question du traitement équitable, en fait. Ces postes de « reclassement » sont souvent moins engagés, ont plus de temps que les premiers postes, mais c'est aussi du temps pour pouvoir aider les compagnons, et on se retrouve avec des postes qui sont tenus par trois à quatre compagnons sur cinq qui ont des restrictions d'aptitudes et qui sont donc moins disponibles pour pouvoir aider leurs compagnons sur les postes amont. Cela oblitère ou diminue les marges de manœuvre collectives. Donc des difficultés possibles pour les compagnons concernés, pour les compagnons de l'équipe, pour le fonctionnement des équipes, donc une réduction des marges de manœuvre individuelles et collectives du chef d'équipe. Individuellement, ils ne le vivent pas très bien non plus, ces jeunes compagnons. Il y en a un qui nous expliquait, par exemple, il venait de changer de poste, il s'était beaucoup investi pour se former à ce poste pour être opérationnel le plus rapidement possible. Pas de chance pour lui, nous dit-il, il est allé à la visite médicale et là, ils lui ont découvert un problème d'eczéma qui était lié à ce qu'il faisait à ce poste. Donc, il a été sorti de ce poste et on l'a mis au poste suivant qui, normalement, pourrait être un signe de parcours ascendant. Mais le fait aussi de sortir précipitamment, c'était quelque chose qui l'avait fortement contrarié et il était à peine sorti de l'apprentissage (couteux pour lui) de ce poste qu'il devait recommencer ailleurs. Donc, il nous l'a rapporté en disant « Pas de bol, la visite est tombée juste à ce moment-là ».

En conclusion

Ce travail nous conduit à sortir d'une vision normative de la mobilité, entre « bienfait nécessaire » et « injonction malheureuse ». On voit que l'on peut avoir des positions un peu plus nuancées. Cela permet de considérer que la mobilité interne, c'est un processus d'apprentissage, entre autres, de normes professionnelles et ces normes professionnelles sont situées, elles ne sont pas hors sol, à la fois dans le temps et dans l'espace. Dans le temps, ce sont des débuts de parcours professionnels où se jouent beaucoup de choses ; et aussi dans l'espace, car ce n'est pas n'importe quel poste où l'on va retrouver ces compagnons qui débutent leur parcours et qui, de fait, entretiennent des liens très ambivalents avec la santé. On voit tous les aspects positifs de cette affaire, notamment dans un registre psychosocial pour le dire rapidement, mais aussi tous les effets potentiellement négatifs, notamment dus aux conditions de production à un moment donné. Ces conditions de production dépendent de déterminants beaucoup plus macros dans l'entreprise, notamment de décisions stratégiques du haut management, et qui échappent complètement aux situations et aux équipes au niveau local.

Du point de vue de l'intervention, prendre en compte santé et mobilité, cela permet de faire émerger des critères de santé qui sont à l'œuvre. Cela permet de faire émerger des conceptions des liens entre santé au travail qui ne sont pas forcément affichées, qui peuvent être invisibles, et qui en fait sont des conceptions plurielles qui peuvent varier suivant les acteurs, suivant aussi leurs propres parcours. J'ai oublié de vous dire que ces encadrants de proximité sont tous d'anciens compagnons. Ces critères de santé ne sont pas du tout affichés ni mis en avant, on va mettre en avant le métier, la qualité, le fait que c'est du compagnonnage, que l'on est tous engagés, etc. Mais on ne met pas du tout la santé en avant dans ce type de métier, d'autant plus que l'on débute et que l'on est jeune. Débattre de ces critères et en voir les conséquences possibles ne sont pas des pratiques développées au sein de l'entreprise, et je pense que ce n'est pas du tout propre à celle-ci. Aujourd'hui il y a des réflexions qui sont portées par le service d'ergonomie, notamment autour d'un outil d'aide à la décision pour les chefs d'équipe, outil qui réunirait un certain nombre d'informations, entre autres parmi celles que l'on a pu mettre au jour avec nos outils micro quantitatifs et qui leur permettrait de prendre des décisions et d'anticiper sur un certain nombre de caractéristiques de leurs équipes en croisant, pour le dire vite, des données RH, des données de production et anticiper les flux des données de formation, etc.

Prendre en compte la santé et la mobilité, c'est aussi, et là ce n'est pas une mince affaire, décloisonner des fonctions qui dans l'entreprise sont séparées. Les parcours, c'est l'affaire des RH, la santé, c'est l'affaire des services de santé au travail, et la production, c'est l'affaire de la production. Quand on est sur des questions de santé et de mobilité, on passe notre temps à faire des liens entre des acteurs et des données dans ces différents registres. Cela ne va pas de soi pour toutes ces personnes que l'on rencontre, et cela ne va pas de soi non plus, parce que les données, il faut les fabriquer. Elles n'ont pas été conçues du tout à la base pour être croisées entre elles, et cela reste une vraie gageure. À notre sens, c'est un élément essentiel pour s'occuper des questions de mobilité et de santé. Puis, mobilité renvoie souvent à une approche très individuelle et là, ce que l'on a essayé de mettre en avant, c'est que, au-delà de cette approche individuelle de la mobilité, des parcours, il faut avoir des interrogations sur les rôles, les dimensions organisationnelles et collectives dans ces affaires de parcours individuels. Enfin, s'intéresser aux ingrédients qui produisent des changements de et aussi dans le travail, et sensibles à des dimensions plus macros.

Ce que je voulais dire aussi, et j'en terminerai là-dessus, c'est que les questions de mobilité qui sont abordées dans l'entreprise au niveau du top management, ce sont des mobilités qui sont pensées collectivement et à l'occasion de grands mouvements associés à des stratégies d'entreprise. Stratégie commerciale, conception, etc., où on va dire « on va ouvrir une nouvelle ligne de fabrication. Il faut embaucher un paquet de nouveaux et un paquet d'anciens que l'on va déplacer ». Donc là, on pense cette mobilité inter lignes de fabrication ; mais penser la mobilité localement, ce n'est pas du tout fait, et cette mobilité locale se trouve percutée par des décisions de plus haut niveau. Cela implique de faire circuler ces critères de santé à différents niveaux hiérarchiques. Enfin, cela plaide certainement pour que l'ergonomie s'intéresse à ces questions de parcours et de santé. Ici, on en est tous convaincus, mais au sein de la discipline, il reste encore des choses à faire. Je vous remercie et je suis désolée pour le dépassement.

Serge VOLKOFF

Merci Corinne. Oui, le temps est un peu mordu. Il nous reste quand même une grosse vingtaine de minutes pour des échanges, des remarques, des témoignages, des critiques, des marques d'enthousiasme, enfin tout ce que vous voudrez. Donc, la parole à qui veut la prendre.

Claude JANSONEL

Je suis un jeune élève du Master 2 de sociologie RH. Je vais intervenir deux fois, mais une première fois maintenant seulement, c'est pour une question. Vous présentez un modèle extraordinaire. Il se

fait que je connais un jeune garçon qui a 28 ans et qui travaille dans ce type d'entreprise et qui a une chance extraordinaire en termes d'évolution. On lui propose de distribuer son savoir à Beijing, parce qu'ils ont une grosse unité de production en Chine. Est-ce que vous avez mesuré, parce que c'est un modèle cela, c'est une exception française en plus, enfin cela vient des États-Unis, mais c'est une exception française. Est-ce que dans les ratios, les taux pour 1 000 du nombre d'arrêts, du nombre d'heures d'arrêt de travail, du nombre de sorties pour 1 000 personnes, est-ce que ces ratios dans ce système-là sont meilleurs ou moins bons qu'une unité de production ordinaire type automobile, Lean management, production de meubles, etc. ? Parce que vous auriez tendance à montrer dans votre propos, parce que c'est très moderne et très mobile, et que c'est une véritable fourmilière cet endroit-là, que ce serait plus dangereux qu'ailleurs. Je l'ai ressenti comme cela.

Corinne GAUDART

Donc, Anne-Françoise ?

Anne-Françoise MOLINIÉ

J'ai raté un petit bout de l'exposé, mais comme on l'a construit ensemble avec Corinne, cela me rappelle des choses…. Vous évoquiez les chiffres sur l'absentéisme, c'est cela ?

Claude JANSSONEL

(Inaudible – retranscription impossible)

Anne-Françoise MOLINIÉ

Oui, alors, ce que nous avons fait s'inscrit dans une histoire dans laquelle le point de départ a été un travail des ergonomes internes suite à une interrogation de leur Direction sur des niveaux d'absentéisme. Ils ont considéré qu'il ne faut pas seulement regarder des niveaux, mais il faut aller regarder de plus près. Ils ont fait un travail pour analyser ce qui pesait surtout sur les absences, et constaté que c'étaient surtout les absences de longues durées. Et ils ont réussi à montrer, en lien avec les médecins du travail, le poids des problèmes ostéoarticulaires dans les absences de longues durées. D'où une interrogation sur ce qu'ils appellent les « causes racines », et une réflexion sur comment on peut travailler sur ces questions ? C'est dans ce cadre qu'ont été mis en place différents volets d'action : un premier a concerné l'amélioration des conditions de travail, dans la mesure où il y a encore quelques possibilités d'aménager des choses sur des lignes de fabrication anciennes comme celle sur laquelle on a travaillé ; et ils sont arrivés un peu aux limites de ce que l'on pouvait faire et c'est pour cela qu'ils ont souhaité développer un autre pilier de cette réflexion autour de l'interrogation « Est-ce que l'on peut essayer de faire des choses en travaillant aussi sur les parcours des gens ? ». Donc pour revenir à votre question sur l'absentéisme, personne n'a voulu vraiment rentrer dans des comparaisons de niveau d'absentéisme. On pourrait d'ailleurs en discuter. Quel sens cela a ? Est-ce que souvent il n'y a pas aussi de grands mouvements de panique sur des choses qui ne le méritent pas ? On a plutôt essayé de travailler sur ce qu'il y a derrière l'absentéisme.

Corinne GAUDART

Pour compléter votre question. Je ne voudrais pas que vous considériez que ce que je vous raconte, ce serait une espèce d'exception. Alors, ce n'est pas le projet. Une exception française ? je ne sais pas. D'une part, ce que je disais au début, même dans un univers économique, on parle de bonne santé économique pour reprendre le terme de santé de l'entreprise, tout n'est pas réglé et on peut avoir de vraies problématiques de santé, qui en fait, démarrent très tôt chez ces compagnons, alors que l'on

est dans une entreprise qui souhaite plutôt les éviter. Mais cela se joue à un niveau tellement micro et à un niveau tellement local et c'est tellement peu visible, qu'en fait, cela peut arriver.

D'autre part, dans ce projet ANR, il y a plusieurs entreprises et on s'est retrouvé aussi dans une autre entreprise qui elle, est beaucoup moins en forme sur un plan économique à cause de difficultés, y compris sociales. On s'est retrouvé, avec Lucie Reboul, Catherine Delgoulet et Serge Volkoff, à examiner d'un peu plus près le rôle des encadrants de proximité. Ce n'est pas tout à fait la même chose que les chefs d'équipe, mais cela y ressemble du côté des « régulateurs » ; et ce que l'on voit à chaque fois, c'est le souci de ces encadrants de proximité de tenir des questions de santé dans tous les registres. C'est-à-dire éviter que la santé physique se dégrade, mais aussi dans le développement psychosocial, c'est-à-dire pouvoir développer, donner des opportunités d'apprentissage, etc., et ce rôle-là d'encadrement de proximité est tout à fait primordial, notamment pour des questions de prévention, santé au travail, et il est complètement invisible. Ce n'est pas une exception.

Avec ces entreprises, on a deux situations qui sont extrêmement différentes dans ce qu'elles font, dans leur niveau économique, sur les questions sociales, etc. Pourtant, les questions se posent de la même manière. Donc je pense que c'est plutôt intéressant de regarder de manière transversale, au-delà de cette entreprise, la pluralité des acteurs qui se préoccupent des questions de santé et voir comment, parce que ce n'est pas visible, c'est extrêmement fragile. Notre rôle est plutôt de les mettre au jour, les rendre visibles et que l'on puisse en discuter et à la rigueur, les soutenir. Pour en revenir aux problématiques du séminaire, la question du travail soutenable, à notre avis, passe aussi par le soutien à ces acteurs de la santé qui ne sont pas identifiés au départ comme étant des acteurs de la santé au travail.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Si je peux juste rajouter une petite chose par rapport à votre remarque. C'est vrai que l'on est dans un grand établissement, comme l'avait rappelé Corinne, et c'est sûr qu'il y a des possibilités, il y a des diversités de situations de travail que l'on n'a pas, même au sein de la même entreprise, dans des établissements plus petits. Cela offre des possibilités.

Au regard de la littérature sur la mobilité, il y a pas mal d'études qui montrent des effets négatifs sur la santé, mais qui sont liées bien plus souvent à des aspects liés au passage par le chômage, ou des périodes d'emploi court. Il y a peu de travaux finalement qui s'intéressent aux effets sur la santé et qui vont regarder de manière fine la mobilité interne. En tous cas, on n'en a pas trouvé beaucoup. Quand on prend en compte la mobilité interne, c'est dans de grandes entreprises, et le principal critère que l'on a pour mesurer la mobilité interne, c'est souvent le changement d'établissement au sein de l'entreprise ; ou alors il y a des analyses sur les carrières salariales. Finalement, aller regarder de près ce qui se passe dans une entreprise, la mobilité interne dans ses liens avec la santé, on n'a pas trouvé grand-chose sur ce sujet par ailleurs. Dans les rares travaux sur la mobilité interne, on a vu des choses qui étaient en termes de parcours des personnes, des individus… Il commence à y avoir par ailleurs de la littérature en GRH sur le rôle des encadrants intermédiaires, mais finalement il y a peu (ou pas ?) de lieux de rencontre de ces préoccupations autour des marges de manœuvre des encadrants et des parcours des personnes dans des univers de mobilité interne.

Serge VOLKOFF

Je vous voudrais juste ponctuer, parce que c'est une remarque qui vaut pour l'ensemble du séminaire. C'est assez compliqué de tenir des indicateurs à l'échelle de l'entreprise qui permettent vraiment de situer cette entreprise, globalement, de la hiérarchiser par rapport à d'autres, quelles qu'elles soient, sur des sujets comme ceux dont on parle dans ce séminaire. C'est, de toutes les façons, très difficile. Si on prend la construction aéronautique, que ce soit la branche hélicoptères, dont parlait Willy ce matin, ou la branche avions dont on parle là, c'est à la fois un très très haut niveau - vous y avez tous

les deux insisté -, d'exigences de qualité, pour des raisons évidentes, et la présence de certaines contraintes de travail, presque incompressibles, très très exigeantes. Ce n'est pas souvent comme cela dans le monde du travail. Souvent, quand on a de la production haut de gamme, on peut se trouver avec des situations de travail qu'il est possible d'aménager en ne mettant pas trop les corps à l'épreuve. Là, vous avez aperçu sur les photos, celles de Willy et celles de Corinne et Anne-Françoise, il y a à la fois des contraintes d'espace et des soucis de qualité qui obligent à des exigences posturales absolument considérables que l'on ne retrouve guère, même dans d'autres secteurs industriels, qui n'ont pas la même image de haut de gamme. Donc, c'est très compliqué de regarder des indicateurs de santé, même des indicateurs d'arrêts maladie par exemple, sans prendre en compte cela aussi. Ce n'est pas simple. Alors, on peut témoigner que cette entreprise-là, sans aucun doute, est un peu haut de gamme du côté de l'investissement intellectuel…

Anne-Françoise MOLINIÉ

… sur les questions de santé.

Serge VOLKOFF

Voilà. C'est-à-dire qu'une entreprise comme celle-là a au moins comme caractéristique, et dans notre expérience probablement nettement plus que dans beaucoup d'autres entreprises, d'investir dans la réflexion, dans les échanges sur des questions comme celles-là. Après, les indicateurs, quels qu'ils soient, sont certainement très utiles dans l'entreprise, pour des comparaisons dans des univers tout à fait différents. Il faut vraiment y aller avec prudence, … voilà, il y a tellement d'éléments impalpables qui sont, comme ils disent à la SNCF, « un homme peut en cacher un autre » ou cacher une question pour laquelle il n'y a pas de nombre. Et, c'est vraiment cela la situation.

Marie-Madeleine VENNAT

Je voulais savoir quels étaient ou quels sont les objectifs affichés de la mobilité ? Comment la présente-t-on aux jeunes recrutés, justement ? Est-ce qu'il y a, selon vous, des objectifs implicites, cachés ?

Corinne GAUDART

Il n'y a pas d'objectifs RH et la mobilité n'est certainement pas présentée comme étant liée à la santé. Moi, je n'ai jamais vu d'objectifs affichés sur la mobilité. Je parlais de la réputation des compagnons, mais je pense que c'est la réputation de l'entreprise et du site, en fait. Ce site est un bassin d'emplois énorme qui attire des personnes à plusieurs centaines de kilomètres à la ronde. C'est une entreprise dont on sait que l'on peut y passer beaucoup de temps et que l'on ne va pas rester au même emploi, contrairement à beaucoup d'autres. Ces jeunes arrivent avec ces attentes-là et on le sait. C'est-à-dire que c'est une espèce de réseau informel, mais qui est bien ancré. Si vous prenez des articles de presse dans les journaux locaux, on en parle régulièrement et on en parle aussi sous cet angle-là. Au lycée, dans l'aéronautique, il y a des milliers de candidats tous les ans. Il y a une sélection très rude qui se fait à ce niveau-là, donc pas besoin de faire beaucoup plus de publicité.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Je peux rajouter quelques petits éléments glanés dans des entretiens avec les compagnons. On n'a jamais entendu dire qu'on leur avait explicitement parlé de la mobilité, mais on sait qu'il y en a qui en avait entendu parler, parce qu'il y a des gens de leur famille qui travaillaient là. Ils savent comment cela se passe. Il y en a qui ont travaillé en intérim chez des sous-traitants à côté et qui savent que,

quand même, si on rentre dans cette boîte-là, c'est plutôt mieux en termes de perspectives. On en avait un aussi, qui était un ancien cuisinier et qui nous disait qu'il avait postulé pour des questions de régularité des horaires ; et même si c'était de la pénibilité, il trouvait qu'il y avait un côté, « tout le monde fait équipe, un peu quand on fait le coup de feu en cuisine », mais à la différence de la cuisine, il disait « au moins, je sais à peu près quand je rentre chez moi et maintenant, je vais avoir des gamins, j'en ai marre des horaires bizarres ». Donc, il y a ce contexte-là, cette entreprise qui draine vraiment et qui polarise tout le marché du travail local et qui est connue. Tout le monde connait quelqu'un qui a travaillé là ou qui a envie d'y travailler. Après, les histoires individuelles se déclinent de manière multiple, en tous les cas dans ce que l'on a entendu dans les itinéraires des jeunes.

Valérie ZARA-MEYLAN

Que veux-tu dire quand tu dis qu'il n'y a pas d'objectif ? Quand tu dis qu'il n'y a pas d'objectif RH, parce que j'avais cru comprendre qu'il y avait quand même un objectif d'acquérir des compétences petit à petit en allant vers des postes de plus en plus compliqués ?

Corinne GAUDART

Je me suis mal exprimée. Il n'y a pas d'objectifs tenus par les services RH, mais il y a les objectifs RH qui sont tenus par le métier en quelque sorte. C'est-à-dire que localement, ces compagnons ou ces encadrants, anciens compagnons, affichent cet objectif RH qui est « On bouge ». La règle est de bouger et bouger c'est bien, d'une certaine manière, en acquérant des compétences. Ce que je veux dire par là, c'est que les services RH ne sont pas porteurs de ces repères de progression dans les parcours. C'est moi qui suis allée trop vite en m'exprimant.

Sandrine GUYOT

Vous parliez effectivement du début des parcours de compagnons. Alors, c'est vrai que l'on serait tenté de demander, dans le prolongement, quid de l'usage de la mobilité pour les compagnons les plus âgés ? D'ailleurs, y a-t-il des compagnons âgés ? Et quelles sont les possibilités, là, que propose éventuellement la mobilité ou les parcours de mobilité pour préserver la santé de ces compagnons, voire d'accepter les déficiences des compagnons âgés ?

Corinne GAUDART

Je ne sais pas si j'ai bien tout compris dans ta question ? Les plus âgés, de qui parles-tu ? Parce que, déjà, on se rend compte qu'il y a des plus âgés parmi les plus jeunes. On s'est rendu compte, et c'est même souhaité et encouragé par des chefs d'équipe, que de recruter quelques intérimaires plus âgés… Anne-Françoise évoquait cet ancien cuisinier qui avait 30 ans, donc ils sont un peu plus vieux que ceux qui ont entre 18 et 20, 21 ou 22 ans. C'est intéressant, parce qu'en fait, l'arrivée de ces trentenaires, ou ces presque trentenaires, sur des postes de début questionne les règles, les temporalités de mobilité. Ils ne peuvent pas tenir forcément les durées qui étaient prescrites jusque-là. On peut demander à ce qu'ils fassent du saute-mouton et en fait, cela crée des tensions entre les chefs d'équipe, parce qu'ils sont « âgés », par rapport aux plus jeunes. C'est une première manière de te répondre. C'est-à-dire que, là, les plus âgés viennent bousculer les règles de métier qui vont bien pour un certain type d'âge de compagnons. En plus, comme ils sont plus vieux et qu'ils ont peut-être des enfants, ils passent moins de temps, hors temps de travail, pour pouvoir gérer des questions de travail.

Anne-Françoise MOLINIÉ

Après, il y a les règles de progression. On a dit que la progression, en termes de mobilité, suit aussi la progression de l'avion, c'est-à-dire jusqu'au moment l'avion est capable de vivre sa vie tout seul, de décoller… enfin, pas tout à fait tout seul, mais presque tout seul. Un avion « vivant », comme ils disent d'ailleurs. Donc, les structures d'âge des différentes unités de progression vieillissent au fur et à mesure que l'on va des postes amont vers le moment où l'avion s'envole.

Corinne GAUDART

Les essais…

Anne-Françoise MOLINIÉ

Les essais qui sont des métiers où à la fois, il faut avoir les compétences de base du métier, soit du côté des mécaniciens, soit du côté des électriciens. Plus d'autres compétences qui ont été développées au fil des parcours. Du point de vue des statuts aussi, pour certains, cela évolue et ils ne sont plus tout à fait considérés comme compagnon. Ils peuvent avoir gagné un petit peu en termes de carrière. Cela, on ne l'a pas étudié de manière très précise, ce n'était pas notre objectif. Mais, les premières unités sur lesquelles on s'est centrées sont les unités qui accueillent les plus jeunes. Donc, plus on va au fil de l'avion, plus on va vers des plus âgés. Les autres filières, après, ce sont celles qui vont vers les métiers support, les métiers support très proches de l'avion et sur les lignes de fabrication. Le support qualité, par exemple, qui est affecté à une zone de l'avion, les supports logistiques, les équipes Lean …. Et puis, il y a ceux qui deviennent chefs d'équipe, puisque c'est encore une filière pour des compagnons. Plus tous les mouvements qui étaient liés à un contexte un peu particulier, celui de 2010-2015, avec le démarrage d'un nouvel avion qui a fait un énorme appel d'air, y compris pour des compagnons un peu plus âgés. C'est un avion plus grand, une ligne conçue plus récemment, où les contraintes de travail sont quand même assez différentes de celles de départ sur l'ancienne ligne que nous avons étudiée. Mais effectivement, il y a des zones où il commence à y avoir, mais on n'y est pas allées, des problèmes de vieillissement, y compris de compagnons. Je pensais notamment à ce que racontait Willy ce matin, avec l'histoire « un peintre, c'est un peintre ». Quand on a regardé les structures d'âge et les problèmes de santé à partir des données RH et Evrest que l'on a pu récupérer dans l'entreprise, pour les peintres, cela ne se passe pas du tout comme pour les compagnons que l'on a vus. Et là, effectivement, il y a des problèmes de plus âgés avec de gros problèmes de santé et qui ne bougent pas.

Valentine HÉLARDOT (Université Toulouse)

Je me demandais si le fait de passer col blanc, comme tu dis, alors cela inclut des choses assez différentes quand même, est-ce que c'est forcément une aspiration, est-ce que c'est forcément quelque chose qui est bien vu du point de vue de gens dont on peut supposer, mais ce n'est peut-être pas le cas du tout, qu'ils ont quand même une identité professionnelle, une forme d'aristocratie ouvrière peut-être… ce sont des hypothèses de sociologue peut-être pas complètement adaptées là, mais est-ce qu'il n'y a pas des gens qui, finalement, préfèrent ou revendiquent de rester là où ils sont en progression en compétence, mais rester du côté ouvrier, disons, et ne pas passer du côté de l'encadrement, même en termes politiques, de rapports sociaux, etc. ?

Corinne GAUDART

Les deux sont possibles. En fait, ce qu'il faut savoir, c'est ce qu'expliquait Anne-Françoise, il y a sur la ligne de fabrication des cols bleus. Les effectifs les plus nombreux sont sur les postes de début, ceux que l'on a évoqués, et plus on avance en compétence technique jusqu'aux essais, moins on a besoin de monde. De toutes les façons, ceux qui restent sur la ligne de fabrication ne peuvent pas être tous ceux qui sont entrés au début, parce qu'il n'y a pas assez de postes. Les postes diminuent.

Donc, il y a effectivement deux voies possibles, ceux qui veulent rester cols bleus, qui sont bien dans ces métiers de fabrication et qui revendiquent de pouvoir le rester, puis il y a ceux qui souhaitent aller ailleurs et l'entreprise, d'une certaine manière, a besoin des deux. Elle a besoin de ces deux voies et je n'ai pas du tout senti un jugement négatif, dans les deux sens d'ailleurs, sur ces questions-là. On voit bien qu'il y a des compagnons qui, à un moment donné, nous expliquent au cours des entretiens, « Moi, je veux sortir, je veux devenir col blanc », et puis « Non, moi, ce que je veux, c'est rester » et je n'ai pas du tout le sentiment que ce soit interprété négativement dans l'un ou l'autre scénario. Par contre, dans les deux scénarios, il faut que les compagnons se bougent, d'une certaine manière, pour pouvoir organiser ces choix, pour qu'ils puissent se faire, parce qu'il ne suffit pas de le dire pour que cela arrive. Les parcours, pour y arriver, notamment dans ce que je montrais par exemple avec un verbatim pour aller sur les fonctions support, parfois c'est beaucoup plus long que ce que l'on escomptait, puisqu'il faut attendre aussi qu'une place se libère pour pouvoir l'occuper. Donc, on peut faire des plans, on peut se dire que cela va durer cinq ans, dix ans, mais en fait, c'est toujours très dépendant des configurations et des opportunités à un moment donné. Moi, je n'ai pas ressenti de représentations, de stéréotypes sur ces affaires col blanc - col bleu.

Serge VOLKOFF

Col blanc - col bleu, dans une entreprise comme celle-là, la remarque de tout à l'heure n'est pas tout à fait l'image générale de col blanc – col bleu que l'on peut avoir. C'est-à-dire que, de même que chez les cadres, un certain nombre de cadres importants de la fonction « personnel », ou des choses comme celle-là, sont d'anciens ingénieurs, de même, à des niveaux plus intermédiaires, il y a des fonctions éminemment aristocratie, pas ouvrière, mais aristocratie avion disons, qui sont en col blanc. Ce ne sont pas des gratte-papiers. Ce sont des gens qui sont dans des zones études, organisation de process, contrôles de performance, etc., et qui viennent des ateliers. Donc, ce sont des choix. Ils ne se retrouvent pas peinards dans un coin à remplir des papiers qui n'ont pas d'intérêt. Tu n'es pas toulousaine pour rien, donc tu dois voir un peu de quoi je parle.

Valentine HÉLARDOT

Oui, ce n'est pas envisageable, pour les gens que vous avez vus, de se dire passer col blanc, c'est devenir un peu traitre à la cause des ouvriers, pour caricaturer un peu ?

Corinne GAUDART

Pas ceux avec qui nous avons discuté.

Anne-Françoise MOLINIÉ

On n'a pas rencontré ces situations-là et c'est vrai que nous, on est restées dans l'univers de la production quand même, au sens large, c'est-à-dire où tout le monde n'est pas forcément que compagnon, mais ce sont les gens qui travaillent autour des lignes d'assemblage des avions. On n'est pas du tout allées dans d'autres secteurs de l'usine, les bureaux d'étude, les fonctions transverses… dans le cadre de cette étude. Effectivement, on sait que, là, on a l'impression que l'on change d'univers. Mais, là, il y a encore des identités très fortes liées au fait que presque tous, jusqu'à un niveau assez élevé dans ce périmètre autour des lignes de production, sont passés par les postes. Donc, même s'ils ont changé, ils sont passés par là et ils travaillent quand même autour de cela.

Serge VOLKOFF

Bien, on va changer d'univers. Pause. On reprend à 16 heures, à la rigueur, 16 h 02, parce qu'il est 16 heures moins 13 et on va changer de continent, assez largement de secteur, de température aussi. Retour de l'autre côté de l'Atlantique dans un quart d'heure.

(*Pause*)

Chapitre 7

L'APPORT D'UN CADRE D'ANALYSE DES STRATÉGIES DES TRAVAILLEURS AU DÉVELOPPEMENT DE MOYENS DE PRÉVENTION

Marie-Ève MAJOR, ergonome, Professeure à l'Université de Sherbrooke, Cinbiose,

Nicole VÉZINA, ergonome, Professeure à l'Université du Québec à Montréal, Cinbiose

---

Serge VOLKOFF

Voilà, comme annoncé avant la pause, on va changer de longitude… de latitude pas trop, mais de longitude, oui, avec un exposé qui est préparé par Madame Marie-Ève Major qui est professeure en ergonomie à l'Université de Sherbrooke, au Québec, et Madame Nicole Vézina, mais qui, elle, n'a pas pu venir. Elle est professeure à l'Université du Québec à Montréal et toutes les deux font partie d'un centre de recherche important là-bas, qui s'appelle Cinbiose (que peut-être tu présenteras en trois mots, je ne sais pas). Leur communication s'intitule « L'apport d'un cadre d'analyse des stratégies des travailleurs au développement de moyen de prévention ». Vous voyez qu'il n'y a pas de secteur spécifique indiqué dans le titre et c'est exprès, parce qu'il n'y en aura pas qu'un seul, mais plusieurs. Marie-Ève, merci de ta venue et à toi la parole.

Marie-Ève MAJOR

Tout d'abord, je voudrais exprimer mes remerciements les plus sincères aux organisateurs du séminaire pour cette belle invitation. Je leur suis reconnaissante de pouvoir participer et assister à un séminaire que je trouve des plus intéressants et aussi des plus pertinents, autant sur les questions qui sont soulevées que sur les retombées pour les milieux et les acteurs. Ces séminaires sont appréciés jusqu'au Québec !

Puis, aussi, merci pour l'invitation qui m'a incitée à approfondir certaines réflexions. Cette présentation porte sur des résultats tirés de ma thèse que j'avais peu présentés ou peu exploités en ce sens, et représente aussi l'occasion de présenter un projet qui est en cours. Pour ce projet, je présenterai des résultats préliminaires et les réflexions suscitées en lien avec le thème du séminaire.

Concernant la mention de Serge à propos du Cinbiose, effectivement, tel qu'indiqué sur ma diapositive, je suis membre du Cinbiose qui est le Centre de recherche interdisciplinaire sur le bien-être, la santé, la société et l'environnement. C'est un centre de recherche qui étudie les liens entre la santé, l'environnement et la société et qui contribue au développement des connaissances et d'interventions en santé au travail et en santé environnementale.

Dans le cadre de cette communication, je présenterai deux projets. Un premier projet qui découle des travaux de la thèse, projet qui s'est poursuivi par la suite sur le volet des politiques publiques en vue d'une prévention durable des troubles musculosquelettiques, mais je n'irai pas dans cette lignée-là

aux fins de la présente présentation. Tout du moins, si vous avez des questions je pourrai y répondre. Également un autre projet dans lequel un cadre d'analyse des stratégies a été utilisé ; cadre d'analyse qui sera présenté aujourd'hui.

Contexte du Québec et questions de recherche

Pour poser les éléments de contexte à l'échelle internationale, du moins dans les pays industrialisés, l'évolution démographique est marquée notamment par un vieillissement de la population active. Au Québec, selon Statistique Canada, le nombre d'emplois détenus par des travailleurs âgés de 55 ans et plus a plus que doublé entre 2000 (327 000) et 2014 (774 000). Ce groupe de travailleurs représentait environ 10% de la population active en 2000 alors qu'il se situe à près de 20 % en 2014. Ces pourcentages seraient en augmentation au cours des prochaines années d'après les projections sur les taux d'accroissement du nombre d'aînés (ISQ, 2017). Également, on constate un prolongement de la vie active du groupe des 55 – 64 ans, particulièrement marqué auprès des femmes. Si on regarde quelques données sur les lésions professionnelles des travailleurs âgés au Québec, ceux-ci présenteraient des taux de lésions professionnelles plus faibles, mais par contre des durées d'absence pour des lésions professionnelles plus longues.

L'allongement du maintien en emploi chez les travailleurs plus âgés constitue une tendance sociale importante. En parallèle, l'état de santé de la population active est préoccupant. Au Québec, une grande proportion de la population active est atteinte d'une maladie chronique. Par ailleurs, les progrès thérapeutiques contribueraient à accroître la durée de vie vécue en présence de maladies chroniques. Notamment, les données nous permettent de constater un accroissement de la durée de vie en présence d'une maladie chronique. Toutefois, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacité, progresse très peu. Plusieurs facteurs contribuent au développement, au maintien et à l'aggravation des maladies chroniques, notamment des habitudes de vie à risques, mais également certaines conditions de travail et d'emplois. J'ai inséré une référence ici, mais j'aurais pu aussi à ce sujet citer les travaux de l'équipe du Creapt, bien entendu et bien évidemment. Pour des fins de clarification, la définition que l'on a choisie pour le terme « Maladie chronique », est celle de l'Organisation mondiale de la Santé qui définit les « maladies chroniques » comme « des affectations de longues durées ayant une progression souvent lente, nécessitant une prise en charge continue ». Donc, on peut entendre des troubles musculosquelettiques, des maladies cardiovasculaires, maladies mentales, diabètes, cancers, fibromyalgies, etc.

Les maladies chroniques peuvent entraîner des difficultés et des conséquences pour la personne et également pour l'entreprise. Pour l'entreprise, cela peut être des questions de présentéisme, d'absentéisme, une perte de personnel qualifié également, ou encore la nécessité de formation d'une nouvelle main-d'œuvre. Du côté des travailleurs, cela peut aussi avoir des répercussions, que ce soit sur le plan de la santé psychologique ou/et physique au sens propre, dues au travail, ainsi qu'une fragilisation et une souffrance. Et c'est souvent l'ensemble du groupe de travail qui tentera de compenser les répercussions sur le travail. Des répercussions peuvent aussi être présentes sur le collectif de travail qui tentera de compenser pour les déséquilibres. Les maladies chroniques peuvent également avoir des conséquences sur les gestionnaires de proximité qui peuvent se sentir désemparés et peu outillés face à cette question.

Ainsi, face à ces répercussions, deux principales questions ont orienté mes travaux. À savoir : « Comment favoriser le maintien et le bien-être au travail des travailleurs et des travailleuses ? », et ceci dans une perspective de « Comment soutenir les milieux de travail pour favoriser le bien-être des travailleurs et des travailleuses ? ».

Pour la fin de la présentation d'aujourd'hui, mes propos porteront sur comment des travailleurs et des travailleuses réussissent à se maintenir au travail en dépit de problèmes de santé importants. Plus

spécifiquement, cette présentation s'attardera à identifier quelles sont les stratégies qui sont développées par des travailleurs et des travailleuses pour gérer leurs problèmes de santé et parvenir à se maintenir au travail. Également, quel outil d'aide à la prévention, issu de l'étude des stratégies, peut-on développer ? Plus spécifiquement, quelle est la pertinence et l'utilité d'un tel outil portant sur l'étude des stratégies des travailleurs, pour les praticiens, les milieux de travail et pour les chercheurs ? Puis, je vais effleurer le sujet, mais sur la base des résultats préliminaires présentés, quels sont les facteurs qui peuvent faciliter ou faire obstacle au maintien au travail de travailleuses et de travailleurs atteints de maladies chroniques ?

Dans le cadre de nos projets, le terme « stratégie » a été défini comme suit : une stratégie peut être un savoir-faire, des comportements, des attitudes que la personne développe pour parvenir à maintenir un équilibre entre ce qu'elle est et son environnement. Les stratégies reflètent comment les travailleurs et les travailleuses s'ajustent, s'adaptent ou régulent la façon dont ils réalisent leur travail de manière à rencontrer les exigences de production, tout en tentant de préserver leur santé et pour les fins de ces projets, afin de gérer leur douleur ou leur problème de santé (Major et Vézina, 2011 ; 2015). Mes propos seront basés sur deux études en ergonomie. Ce sont des projets de recherche-intervention dans trois milieux de travail. Les trois milieux sont dans le secteur de l'industrie manufacturière. Pourquoi ce secteur ? En raison de la pénibilité du travail retrouvée dans ces milieux où plusieurs tâches sont souvent exigeantes sur le plan physique. Il y a également peu de possibilités de modulation des tâches, notamment en raison du travail sur une chaîne de montage, sur un convoyeur. Il s'agit également de demandes que l'on nous a formulées.

Une première étude dans l'industrie de transformation du crabe

Pour ceux qui me connaissent, ils vont se rappeler de l'industrie de transformation du crabe. C'est le premier milieu en question. Très peu d'études ont été réalisées sur les conditions de travail et la santé des travailleurs dans l'industrie de la transformation du crabe. Les études qui ont été réalisées sont principalement dans le secteur de transformation du poisson et font ressortir des risques élevés de troubles musculosquelettiques et également des conditions de travail qui seraient plus pénibles pour les femmes. C'est un secteur où on retrouve des travailleurs dont le statut est saisonnier. Ceux-ci travaillent environ 14 semaines consécutives par année et c'est aussi un secteur où les travailleurs vivent en régions éloignées. Les possibilités d'emplois de rechange sont très limitées, voire inexistantes et les prestations d'assurance-emploi (assurance-chômage) constituent leur unique revenu pendant la période hors saison. Si les travailleurs ne cumulent pas un nombre d'heures suffisant durant la saison, ils ne seront pas éligibles à l'assurance emploi. Aussi, si les travailleurs cessent de travailler pour un problème qui est indemnisé par l'assureur, le temps d'arrêt n'est pas comptabilisé comme du temps de travail réalisé. Donc, cela diminue leur chance d'accéder à l'assurance-emploi. Si une année, le travailleur ne se qualifie pas à l'assurance emploi, l'année suivante, il aura besoin davantage d'heures pour se qualifier à l'assurance emploi.

Pour vous glisser quelques mots sur le parcours professionnel de ces travailleurs et ces travailleuses de cette industrie, ce sont des travailleurs saisonniers récurrents, qui œuvrent dans cette industrie depuis plusieurs années.

Méthodologie

La méthodologie pour le projet 1 reposait sur une étude de cas multiples combinée à une analyse de l'activité. L'unité d'analyse était des travailleuses. Il s'agissait de 16 travailleuses dans deux usines de transformation du crabe, une usine qui est située dans la province du Québec et une usine située dans une autre province canadienne, soit celle de Terre-Neuve. La moyenne d'âge des travailleuses se situait autour de 46 – 47 ans. Le nombre d'années d'ancienneté était plus élevé auprès des travail-

leuses de Terre-Neuve en raison de l'apparition des usines qui était plus tôt à Terre-Neuve. Les travailleuses de Terre-Neuve avaient une moyenne de 23 années d'ancienneté comparativement à 12 années pour les travailleuses de l'usine du Québec.

Le choix des participants :

On recherchait des femmes volontaires, qui vivaient des épisodes de douleurs au travail, de douleurs musculosquelettiques. Également, on désirait dresser le portrait d'un éventail de situations sur différents postes de travail, étant donné que cela s'effectuait dans le cadre d'une intervention ergonomique. On a utilisé une approche de recherche mixte, incluant du qualitatif et du quantitatif.

Quelques informations sur le portrait des deux usines. L'usine située au Québec, plus spécifiquement dans la région de la Côte-Nord, comptait environ 130 employés, avec des horaires de jour. Comparativement, à Terre-Neuve, on dénombrait environ 300 employés de production, avec des horaires selon l'arrivage de crabes, de jour et de nuit. Le cycle de travail est d'une durée de trois à dix secondes, donc très rapide, très répétitif. Pour vous donner un aperçu visuel, vous avez l'illustration ici, des différents postes de travail. Le but n'est pas d'aller dans le détail des différents postes, mais de vous illustrer où sont situées les postes occupés par les travailleuses. Tel qu'on peut le constater, les travailleuses qui occupent les postes plutôt au centre ou au cœur de la chaîne de montage alors que les hommes occupent les postes en amont et en aval.

Les méthodes de recueil de données que l'on a utilisées.

On a utilisé différentes méthodes et à différents moments pendant la période de saison de travail, pendant la période hors saison. Notamment, on a utilisé des entretiens, différents types d'entretiens, des observations de l'activité, de l'organisation du travail et de la production, également, l'analyse de documents de données de production de l'entreprise. Les études ont été faites…

Serge VOLKOFF

Tu as vu des schémas corporels ? Cela m'a échappé…

Marie-Ève MAJOR

Oui, des schémas corporels devaient être complétés par les travailleuses au début et à la fin de chaque journée de travail pendant l'ensemble de la saison, et à chaque deux semaines pendant la période hors saison. Je ne présenterai pas les résultats des schémas corporels dans le cadre de ce séminaire, mais tout à fait, cela a été une méthode aussi qu'on a utilisée.

La collecte des données s'est déroulée sur deux années consécutives, dont une année préliminaire, qui était une année pilote, pour se familiariser au travail. C'est donc le projet 1, dans deux usines.

Une étude en cours dans l'industrie manufacturière

Le projet 2, qui est en cours, se situe dans une industrie manufacturière. L'entreprise possède diverses usines à l'échelle internationale dont l'une est située au Québec. La production est de type juste à temps. L'usine compte environ 1 200 employés au niveau de la production. Un quart de travail de jour et de soir, et il y a également des travailleurs intérimaires qui proviennent d'une agence de placement, environ 400 employés.

Une étude de cas multiples combinée à une analyse de l'activité de travail a également été réalisée. Nos unités d'analyse étaient non pas uniquement des travailleuses dans ce projet-ci, mais des travailleurs et des travailleuses. La moyenne d'âge était autour de 50 ans, l'ancienneté autour de 22 années. Les participants étaient des femmes et des hommes. Certains des participants avaient des maladies chroniques physiques, psychologiques et/ou autres. On entend par « autres », cancers, fibromyalgie,

haute pression notamment. Tandis que d'autres participants n'avaient pas de maladie chronique rapportée.

Les analyses que l'on a réalisées.

Sur la base de l'identification des stratégies développées par les travailleuses et les travailleurs, des analyses qualitatives ont été réalisées. Ces analyses ont permis de faire ressortir diverses catégories de stratégies. De là, un cadre de référence pour l'étude des stratégies des travailleurs et des travailleuses a été élaboré sur la base de la catégorisation des stratégies identifiées.

Ce cadre de référence pour l'étude des stratégies a d'abord été élaboré à partir des données du projet réalisé dans l'usine de transformation du crabe du Québec, validé en parallèle avec l'usine de Terre-Neuve. Par la suite, ce cadre de référence a été utilisé dans le cadre du second projet pour évaluer sa pertinence et son utilité à des fins d'intervention ergonomique. Ces études reposent sur un principe de généralisation analytique que l'on retrouve dans les études de cas multiples.

Suite à cela, on a fait quelques analyses quantitatives. Il s'agit d'analyses descriptives pour dresser un regard complémentaire aux analyses qualitatives.

Les résultats : quelles stratégies pour gérer les problèmes de santé et parvenir à se maintenir au travail ?

Je vais m'attarder à la question de comment des travailleurs et des travailleuses parviennent à se maintenir au travail ? Plus précisément, quelles sont les stratégies qui sont développées par des travailleurs et des travailleuses pour gérer leurs problèmes de santé et parvenir à se maintenir au travail ?

Mais d'abord, quelques mots sur les caractéristiques du travail pour vous donner un aperçu de l'activité de travail et des conditions de réalisation du travail dans ces milieux. Bien que chaque milieu ait des caractéristiques spécifiques, des contraintes similaires aux deux milieux ont été recensées, à savoir, un travail qui est très répétitif, réalisé dans des postures contraignantes, notamment debout, postures statiques au niveau des différentes articulations. Pour l'industrie de transformation du crabe, c'est un environnement qui est froid et humide. Et dans les deux milieux, on retrouvait des contraintes psychosociales et organisationnelles.

Dans l'industrie de transformation du crabe

Dans un premier temps, regardons quelles sont les stratégies développées par ces travailleuses saisonnières de l'industrie de la transformation du crabe pour parvenir à gérer leurs douleurs et se maintenir au travail. Les résultats démontrent que les travailleuses ont développé un éventail de stratégies afin de gérer leurs douleurs pour réussir à se maintenir au travail. Trois grandes classes, notamment des stratégies sur le plan de 1) l'activité de travail, 2) des requêtes réalisées auprès des supérieurs, ainsi que 3) sur le plan personnel et médical. Quelques mots pour vous donner un exemple de ce que l'on entend par « stratégie ». Pour la classe activité de travail et plus particulièrement pour la catégorie opération, une stratégie rapportée par des travailleuses pour gérer leur douleur afin de se maintenir au travail était, par exemple, « Dans le cadre de mon travail, je dois nettoyer la section de crabe, je vais la nettoyer, mais je ne donnerai pas de gros coup lors du nettoyage, je me limiterai qu'à quelques petits coups ». Également, une autre stratégie identifiée était « de ne pas peser le crabe pour éviter d'avoir à étirer mes bras pour déposer la section de crabe sur la balance ». En fait, les travailleuses en sont venues à être capables de déterminer sensoriellement quel est le poids du crabe pour savoir dans quel panier elles devaient le déposer, plutôt que de s'étirer pour aller le déposer sur la balance. Donc, elles avaient développé cette stratégie pour éviter de devoir surcharger leurs épaules. Également, une autre stratégie, c'est de saisir le crabe, par exemple, avec le bras le moins douloureux.

Ce n'est que quelques exemples de stratégie. Ceux-ci donnent un aperçu de stratégies développées, mais également de limites que peuvent représenter certaines stratégies comme par exemple celle de travailler avec le bras le moins douloureux qui peut, éventuellement, occasionner certains problèmes.

Le cadre de référence pour l'étude des stratégies repose sur la catégorisation des stratégies recensées. Il s'agit d'une grille élaborée à partir des données terrain, c'est-à-dire des stratégies recensées. Cette grille ou ce cadre de référence pour l'étude des stratégies est composé de différentes catégories de stratégies et leur définition. Des exemples sont également à l'appui des définitions de chacune des catégories de stratégies.

On peut se poser la question, c'est quoi la pertinence d'une telle grille ou d'un tel cadre de référence pour l'étude des stratégies des travailleurs et des travailleuses ? La pertinence est entendue ici au titre de l'utilité pour la prévention de la santé au travail. D'abord, le cadre de référence se veut un guide pour les intervenants. Cette grille peut permettre de faciliter les verbalisations, notamment savoir quoi documenter, questionner et analyser. Cette grille permet de raffiner le questionnement des intervenants dans les milieux de travail, notamment les ergonomes, en vue d'accéder à des dimensions du vécu et du travail réel, avoir des données qui sont d'une plus grande richesse et profondeur. Il n'est pas toujours facile de verbaliser des façons de faire. Cette grille se veut un guide pour aider à expliciter et à approfondir des façons de faire ou des difficultés rencontrées dans la réalisation du travail. C'est également un guide qui peut être utilisé dans le cadre d'un partage des savoir-faire entre travailleurs et travailleuses, et aussi être intégré à une formation. On s'est aperçu que le classement des stratégies facilite la transmission des savoirs, cela amène à une plus grande conscientisation des travailleurs à leurs façons de faire et à une prise de conscience qu'ils sont capables de développer un éventail de stratégies, un éventail de façons de faire. Également, cela permet aux travailleurs et aux travailleuses de réaliser leurs propres capacités à développer des stratégies.

Maintenant, quelle est la pertinence de l'étude des stratégies pour l'entreprise ? Dans le cadre de ce projet, l'identification des stratégies et le partage de celles-ci a permis une prise de conscience, notamment une meilleure compréhension du travail réel qui est réalisé par les travailleurs et les travailleuses, ainsi que des conditions et des moyens qui sont mis à leur disposition pour gérer leurs douleurs et se maintenir au travail. L'identification et le partage des stratégies développées a permis d'identifier des difficultés rencontrées par les travailleurs et les travailleuses pour se maintenir au travail. Cette identification des stratégies a aussi permis de sensibiliser les différents acteurs, notamment au niveau de l'infirmerie, la maintenance, l'équipe de nettoyage, à certains besoins ou moyens mis en place par les travailleurs. Par exemple, les travailleuses rapportaient travailler debout sur quatre tapis pour être plus hautes, non pas pour diminuer les douleurs aux membres inférieurs, mais pour diminuer les douleurs aux membres supérieurs, parce qu'elles ont moins à s'étirer pour prendre le panier sur le convoyeur au-dessus d'elles. Ce sont des informations qui sont essentielles pour l'équipe de nettoyage quand il vient le temps de serrer les tapis, par exemple. Pour l'entreprise, cela permet également de cibler les actions à entreprendre pour élargir les marges de manœuvre des travailleurs, afin de permettre l'élaboration de stratégies.

Quels sont les déterminants qui peuvent limiter l'élaboration de certaines stratégies ? Cela permet de créer des espaces pour faciliter la formulation de requêtes auprès des travailleurs. Pourquoi j'arrive au point de créer des espaces pour faciliter la formulation des requêtes auprès des travailleurs ? Ce résultat a été rendu visible entre autres, par l'utilisation du cadre de référence de l'étude des stratégies qui nous a permis de faire un décompte des stratégies développées par les travailleuses. Sur la base des différentes classes et des catégories de stratégies, on s'est intéressé à regarder quelle proportion occupe chacune des catégories et des classes de stratégies. Petite parenthèse d'ajouts d'informations avant d'aller dans les détails de ces nombres : faire le décompte des stratégies pose des défis et implique des choix. Pour les fins de ce projet, il a été décidé de s'attarder au nombre total de stratégies différentes développées sur chacun des postes par chacune des travailleuses. Ainsi, une même stratégie n'était comptée qu'une seule fois par poste, même si celle-ci était utilisée plusieurs fois par la travailleuse pendant la période d'observation. On s'est attardé au nombre total de stratégies par catégorie et on en a fait l'addition pour arriver au nombre total par classe.

Si on regarde au niveau de la classe « activité de travail », c'est dans cette classe que le nombre le plus élevé de stratégies développées par les travailleuses a été obtenu. En regardant plus attentivement dans les différentes catégories de stratégies développées au sein de la classe « activité de travail », on s'est aperçu que les stratégies individuelles ressortaient davantage que celles sur le plan des dimensions collectives de l'activité. Les catégories concernant des aspects collectifs de l'activité étaient moins nombreuses comparativement à celles de nature davantage individuelle. Ce résultat nous a incité à se poser la question si celui-ci serait explicable en raison de la nature du travail, soit un travail sur une chaîne. On est face à des postes où le cycle de travail est très court sur une chaîne de montage. Des contraintes de temps liées à la production et à la disponibilité de la ressource naturelle sont aussi présentes et importantes et les travailleuses ont peu de liberté décisionnelle en termes de gestion de leur temps, ce qui pourrait limiter la place possible pour les dimensions collectives de l'activité. Par contre, des travaux antérieurs ont démontré qu'en dépit du travail sur une chaîne, des dimensions collectives de l'activité sont possibles. De plus, pour avoir été pour une bonne partie de temps dans ces usines, je constatais qu'il y avait une très forte solidarité entre les travailleurs et les travailleuses. Ce constat nous a incité à approfondir ce résultat concernant le peu de catégories sur le plan de la dimension collective de l'activité.

Les travailleuses nous mentionnaient qu'elles demandaient très peu l'aide de leurs collègues, parce qu'elles sont conscientes que plusieurs ont des douleurs. Les résultats des entretiens ont permis de faire ressortir que les travailleuses évitent de développer des stratégies collectives par souci des autres. Ce n'est pas une question de non-cohésion dans le groupe, mais plutôt que la douleur serait une source de désorganisation collective du travail.

Maintenant, sur le plan des requêtes aux supérieurs. Cela a été vraiment un des résultats marquants. On s'est aperçu qu'il y a très peu, à raison de 3%, des stratégies qui ont été développées dans cette classe. Pourtant, il est bien documenté que l'encadrement de proximité, les supérieurs, joue un rôle essentiel sur le plan de la prévention des troubles musculosquelettiques. Nos résultats font ressortir uniquement trois catégories de stratégies pour la classe requêtes auprès des supérieurs. En fait, les travailleuses faisaient appel à leur supérieur uniquement en dernier recours, très peu de travailleuses ont développé des stratégies sur ce plan.

Enfin, pour la classe « Personnel et médical », on s'est aperçu que, somme toute, ce sont des stratégies auxquelles les travailleuses ont recours de manière assez marquée. Pour les deux usines, les résultats étaient similaires. Les stratégies qui étaient les plus fréquentes étaient celles qui relevaient des catégories « soins personnel » et « organisation à la maison », et très peu au niveau des catégories « médication » et « traitements ». Le peu de stratégies développées dans la catégorie « traitement » pourrait s'expliquer, entre autres, parce qu'on est en régions éloignées et peu de ressources professionnelles en santé sont présentes. Donc, prendre la voiture, premièrement, on n'a pas le temps parce qu'on est au travail, et deuxièmement, le médecin est à deux heures de route. Et la catégorie « médication » est peu ressortie, notamment, parce que les travailleuses rapportaient en avoir trop consommé par le passé. Documenter les stratégies sur le plan personnel et médical a permis de mettre en évidence le besoin des travailleurs et des travailleuses de développer des stratégies qui sont en dehors du cadre de travail et cela montre aussi la limite des moyens qui sont offerts dans les milieux de travail. Cela souligne la pertinence de documenter les stratégies en dehors du cadre de travail.

Dans l'industrie manufacturière

Maintenant, pour le second projet, comment les travailleurs et les travailleuses parviennent à gérer leurs problèmes de santé ? On est parti du même cadre de référence pour juger de son utilité, sa pertinence et ses limites. Un des premiers résultats obtenus est celui de l'obtention des mêmes catégories. À celles-ci se sont additionnées de nouvelles catégories, notamment, des stratégies telles que divulgation, absence au travail, participation intentionnelle à des programmes de l'entreprise, contrôle de l'information, déni de santé, accepter ou refuser un nouveau poste, l'interaction avec le supérieur et l'attitude face aux difficultés qui sont des stratégies qui n'avaient pas été relevées dans le cadre du

projet auprès de travailleuses du secteur de l'industrie de transformation du crabe. Ce résultat illustre les liens étroits entre les stratégies développées par des travailleurs et les conditions de réalisation du travail.

Dans le cadre de ce second projet, à partir du cadre de référence pour l'étude des stratégies, nous nous sommes intéressés à porter un regard sur les stratégies développées selon le genre. Ce projet était composé de dix femmes et dix hommes. Sur la base de la fréquence dans le discours des stratégies rapportées, les résultats permettent de constater un nombre similaire de stratégies entre les femmes et les hommes, soit 365 pour les femmes et pour les hommes.

Si l'on s'attarde à regarder au sein de quelle catégorie les femmes et les hommes rapportent davantage de stratégies, on s'aperçoit que pour les hommes, la catégorie « opération » est ressortie de façon plus marquée que chez les femmes. Pour les femmes, il s'agit plutôt de la catégorie « gestion du temps dans et hors travail ». Également, les catégories « Demandes aux superviseurs » et « médication » sont ressorties davantage auprès des travailleuses. La catégorie des interactions entre les travailleurs était très similaire entre les femmes et les hommes.

Le même exercice a été réalisé selon l'âge. Les analyses ont été réalisées sur la base de la fréquence dans le discours. De manière générale, 499 stratégies ont été dénombré auprès des plus de 50 ans versus 223 pour les 50 ans et moins. Il est à mentionner que pour les plus de 50 ans, les données étaient basées sur 11 participants, et pour les 50 ans et moins, il s'agissait de 9. Par la suite, les catégories avec les écarts les plus importants ont été identifiées. Chez le groupe des plus de 50 ans, les catégories « interaction entre les travailleurs », suivie des catégories « médication », « demandes aux superviseurs » et « traitements » sont celles qui ressortent davantage.

Les limites des stratégies. Je l'ai mentionné précédemment, certaines stratégies peuvent en soi représenter des limites ou des risques pour la santé, par exemple la stratégie de saisir la section de crabe avec toujours la même main peut avoir des effets à long terme. Les stratégies ont donc des limites. Il faut en être conscient. Également, une stratégie peut présenter des limites dans le temps. Des limites selon les individus, c'est-à-dire selon les caractéristiques de chacun, sont aussi possibles. Certaines stratégies peuvent comporter des risques en soi pour la santé, tels que par exemple la stratégie « d'ignorer sa douleur et de continuer ». Ces limites des stratégies soulèvent la nécessité et l'importance de l'analyse des stratégies développées par les travailleurs et les travailleuses en vue d'identifier les difficultés rencontrées dans le cadre du travail. Ces travailleurs et travailleuses développent des stratégies pour se maintenir au travail, mais les entreprises ne peuvent se reposer uniquement sur la capacité des travailleurs et des travailleuses à développer des stratégies, celles-ci comportent des limites tout comme on l'a vu. Ce constat nous a incité à investiguer les facteurs qui peuvent faciliter le maintien au travail et les facteurs qui peuvent entraver le maintien au travail, en d'autres mots, les déterminants. On en a recensé différents. En raison du temps qui avance rapidement et pour laisser suffisamment de temps pour les échanges, je ne présenterai pas chacun de ces facteurs facilitant ou faisant obstacles, mais il me fera plaisir de répondre aux questions sur ce sujet.

Conclusion

En guise de conclusion, qu'apporte l'analyse des stratégies et la pertinence d'un cadre de référence des stratégies ? Comprendre les stratégies des travailleurs et des travailleuses dans la perspective de soutenir les milieux du travail contribue à la compréhension des facteurs facilitant et entravant le maintien au travail. Cette identification et cette compréhension permettent d'agir et de créer des conditions qui sont propices au développement de stratégies et donc de soutenir de meilleures conditions de réalisation du travail pour augmenter la marge de manœuvre situationnelle des travailleurs et des travailleuses. La compréhension des stratégies permet aussi d'orienter les actions pour impliquer et soutenir les acteurs clés des milieux de travail, par exemple, en créant des moments propices au dialogue, en outillant les acteurs clés pour créer des conditions qui vont être propices aux échanges avec le supérieur et ainsi pour augmenter le pouvoir d'agir des travailleurs et des travailleuses sur leur

marge de manœuvre. En ce sens, comprendre les stratégies des travailleurs et des travailleuses, c'est soutenir le travail des intervenants dont, notamment, celui des ergonomes.

Le cadre de référence pour l'étude des stratégies a également offert la possibilité d'effectuer un certain décompte des stratégies. Ce décompte a permis de mieux comprendre l'importance d'une catégorie de stratégies par rapport à une autre, l'importance d'une catégorie de stratégies d'un ou d'une travailleuse par rapport à un autre, entre autres quant au question de genre et d'âge, entre les postes, ainsi qu'entre les usines. La catégorisation a permis de faciliter les verbalisations des travailleuses et des travailleurs et de contribuer à l'identification de facteurs qui font obstacle et d'autres qui peuvent faciliter le maintien au travail.

Dans le cadre de notre projet dans les industries de transformation du crabe, celui-ci se réalisait en régions éloignées des centres urbains où les ressources en santé au travail et en ergonomie sont très limitées. L'étude des stratégies a permis de faciliter notre accompagnement des milieux et a contribué à faire évoluer les représentations des acteurs des milieux sur le travail qui était réalisé. Enfin, ces projets nous ont permis d'accorder un sens et une compréhension à « soutenir les milieux de travail », soit celui de favoriser de meilleures conditions de travail pour soutenir la personne dans son travail, et c'est aussi soutenir les acteurs des milieux de travail pour soutenir le travail de la personne.

Je vous remercie pour votre attention.

(*Applaudissements*)

Serge VOLKOFF

Merci beaucoup, Marie-Ève. J'ai le sentiment que, pour tenir dans les délais, il y a certaines diapositives pour lesquelles je t'ai senti obligée d'accélérer. On peut poser à la fois des questions que l'exposé, important, de Marie-Ève ouvre et il n'est pas interdit de lui redemander des précisions sur telle ou telle diapositive qu'elle n'a pu commenter de manière plus dense.

Claude JANSSONEL

Merci. Je vous félicite pour cette présentation. J'ai trouvé cela très intéressant, alors, je voulais vous poser une question. Est-ce que finalement ce travail ne doit pas déboucher sur quelque chose qui me semble important, c'est de faire travailler les dirigeants de l'entreprise et tous les salariés, par poste, par atelier, en mode projet sur une amélioration permanente des conditions de travail et des process, et des pratiques, etc. ? Ce n'est pas facile visiblement de tâter le crabe, de façon à ce que les travailleurs puissent participer à améliorer eux-mêmes leur job pour se sentir bien dans ce job plutôt que de le subir en permanence ?

Marie-Ève MAJOR

Merci pour cette intervention, votre question également. Tout à fait, il faut comprendre aussi, du moins pour les industries de transformation du crabe, on est dans des milieux qui ont peu de moyens. Quand nous sommes arrivés au sein de ces usines - cela découlait entre autres d'une demande de la santé publique - les entreprises étaient très contentes que l'on soit là, mais avaient aussi une certaine crainte, « est-ce qu'elle vient nous dire de tout changer l'usine ? ». Donc, la première analyse que l'on a faite, c'est justement de travailler sur les stratégies, par exemple, d'organiser des rencontres de partage des savoir-faire entre travailleurs et travailleuses en impliquant la Direction. Ces échanges ont permis d'accéder et de mettre en évidence le travail réel et de constater que les travailleuses réussissent à développer des stratégies pour se maintenir au travail, mais ces stratégies présentent aussi des limites. C'est à partir de cette mise à plat, de cette visibilité des difficultés rencontrées dans le travail et des échanges autour des stratégies développées que l'entreprise a perçu la nécessité d'améliorer les conditions de réalisation du travail. Entre autres, l'entreprise, l'année suivante, a décidé de

concevoir une nouvelle ligne d'empaquetage. Ce travail d'étude et d'analyse des stratégies a permis une mobilisation des différents acteurs autour de la question d'amélioration des conditions de réalisation du travail.

Ainsi, ce travail d'étude des stratégies a permis d'ouvrir sur un projet de conception qui a fait son chemin. Il s'agit de partir de petits changements pour convaincre et, par la suite, aller vers des changements qui semblent davantage majeurs quant aux contraintes des travailleurs et des travailleuses. Ce partage des stratégies avec les travailleurs et les travailleuses et en impliquant la direction a permis d'ouvrir les échanges sur le travail et sur les moyens à mettre en place pour permettre d'augmenter la marge de manœuvre des travailleuses et des travailleurs.

Agnès VAN DAELE

Vous avez parlé de la variabilité des stratégies selon le genre, la variabilité selon l'âge avec une comparaison entre les moins et les plus de 50 ans. C'est une variabilité quantitative que vous avez présentée, il me semble, est-ce qu'il y a une variabilité qualitative ? Est-ce qu'elle s'explique par des postes différents ou est-ce qu'il y avait des postes semblables, tenus par les plus jeunes et par les plus âgés, et où vous avez peut-être regardé aussi la performance, pas seulement les stratégies, mais la performance ? Beaucoup de questions, mais… autrement dit, est-ce que les stratégies, vous avez mentionné qu'il y avait des limites, mais est-ce que là, elles sont efficaces ?

Marie-Ève MAJOR

Nous avons débuté avec un regard sur le décompte des stratégies pour nous orienter sur des pistes qualitatives à investiguer. Ce que l'on voulait, c'est nous aider avec le cadre de référence pour cibler des pistes à approfondir. On a fait un premier cadrage pour voir quelles sont les catégories qui ressortent chez les travailleurs et les travailleuses. Cela a été une première étape et par la suite, la seconde étape, était de dire, est-ce que certains types de catégories ressortent davantage selon un point de vue davantage quantitatif pour nous amener, par la suite, à aller investiguer par le qualitatif, mieux comprendre ces stratégies.

Pour votre question au niveau de la performance, je n'ai pas de réponse à ce stade du projet.

Corinne GAUDART

Merci pour ta présentation. Peut-être pour poursuivre la discussion que l'on avait débutée à la pause, après la présentation d'Anne-Françoise et moi, tu évoquais le fait que les questions de mobilité et de santé se posaient aussi sur le terrain, donc c'est peut-être l'occasion de développer un peu par rapport à ce que tu as proposé ?

Marie-Ève MAJOR

Tout à fait. Le séminaire porte à analyser certainement cette piste-là, piste que je n'ai pas analysée, mais, par contre, avec mes constats, ce que je vois, c'est qu'une des stratégies qui est ressortie, c'est la stratégie d'accepter ou de refuser un poste en raison de ces problèmes de santé qui est ressortie comme stratégie de maintien au travail. Il y a également les espaces de discussions qui sont organisés à chaque début de journée dans les usines. En dépit de tels mécanismes ou d'espaces pour favoriser la prise en charge, les données des entretiens amènent à constater que les travailleuses et les travailleurs ne divulgueront pas leurs problèmes de santé de crainte, entre autres, de ne pas pouvoir accéder à un autre poste, d'être jugé, ou par souci des autres qui sont aussi dans le même état mais qui ne le disent pas. Ce constat porte à questionner et approfondir ces éléments qui incitent les travailleurs à « s'empêcher de le dire » alors que l'entreprise met en place des moyens pour inciter les travailleurs à le dire. D'un autre côté, on remarque également que d'autres actions font en sorte que, dès qu'il y

a une limitation de rapporter, ceci limite les possibilités de progression dans l'entreprise. C'est là que l'on s'aperçoit que cela peut avoir des effets contraires de vouloir offrir la place, la tribune pour le dire, mais qu'en même temps, il y a d'autres moyens qui vont à l'opposé. Ces catégories de stratégies témoignent de la pertinence de mieux comprendre cette question de mobilité pour parvenir à se maintenir au travail et de celle de la santé.

Serge VOLKOFF

Dans l'immédiat je n'ai pas vu de main qui se lève, donc je te pose une question qui est un peu dans le prolongement de votre échange à l'instant sur le contenu même de la notion de stratégie telle que vous l'utilisez. C'est important, parce que c'est constitutif de votre démarche. Alors, j'ai vu rapidement la définition que tu présentais dans une des diapositives du début, et en gros, j'en ai retenu que c'était très centré sur la façon de faire pour atteindre un certain but. Donc, cela n'inclut peut-être pas la définition ou la redéfinition du but lui-même, peut-être ? Dans l'équipe ici, et moi-même en tous les cas, on l'a beaucoup fait, quand on parle des stratégies, par exemple, quand on revient sur l'expérience, on parle des stratégies de l'expérience et on n'inclut pas forcément dedans le fait d'infléchir, de renégocier, de redéfinir les objectifs du travail. Un jour, dans une présentation, on a eu droit à une remarque aimable, mais sévère, de Jacques Leplat qui était ici lundi matin, une personnalité de la psychologie du travail en France, et qui nous a questionnés là-dessus, en l'occurrence, c'était à moi-même que cela s'adressait : si on dit stratégie, si on reprend la terminologie initiale, courante, je ne sais pas quoi, même militaire, dedans il y a un choix de but aussi. Il n'y a pas seulement un choix de façon de faire. Alors, à l'instant quand même, dans la réponse que tu viens de faire, dans une certaine mesure, on peut choisir le but. Par exemple, je dis tout bêtement : je remets à demain, je ne ferai pas cela aujourd'hui. Je remets à demain. Je ne pars pas de l'idée que l'on m'a dit de finir cela aujourd'hui et donc, je vais trouver la bonne façon de finir aujourd'hui. Donc, c'est ma première question, parce que dans « stratégie », vous mettez cela, on travaille sur les buts.

Tant que j'y suis, une deuxième question qui va avec, c'est qu'à un moment donné, tu as parlé des moyens de travail propices à l'élaboration des stratégies. Alors, est-ce que les moyens de travail qui sont propices à la réalisation des stratégies et ceux qui sont propices à leurs élaborations, est-ce que c'est la même chose ? Ou bien faut-il les deux ? Parfois, cela peut être les mêmes évidemment. Je dis cela, parce que, pareil, les travaux que l'on est amené à faire dans l'équipe sur les questions d'expérience, il y a dans l'expérience une composante d'élaboration de stratégie. Et, effectivement, tant qu'elles ne se sont pas élaborées, le problème de les mettre en œuvre ne se pose même pas, puisqu'on ne les a pas construites. On sait bien que la possibilité d'élaborer des stratégies, elle aussi, elle est dépendante de moyens de travail. Ce sont les mêmes, ou ce ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux qui permettent ensuite de mettre en œuvre ces stratégies-là. Donc, est-ce que tu peux repréciser tout cela, enfin, est-ce que tu te reconnais dans cette interrogation-là sur le terme même de stratégie ?

Marie-Ève MAJOR

Oui, très pertinent. Je vais commencer par la seconde, elle est fraîche dans ma mémoire. La nuance entre réalisation et élaboration, les moyens de travail qui vont influencer la réalisation versus les moyens de travail qui vont influencer l'élaboration de stratégies, si j'ai bien compris la question. Nous, ce qui nous intéresse en documentant les stratégies, c'est d'accéder aux déterminants, aux causes des difficultés rencontrées dans le travail. Comment on a pu accéder, disons, tenter de saisir ces deux aspects de la question, c'est quand on fait des groupes de travail sur le partage des savoir-faire entre travailleurs et travailleuses. Notamment, les échanges entre les travailleuses soulevaient des propos tels que « Moi, je fais cela comme ça » et « Moi, je ne peux pas faire cela comme ça pour X, Y, Z raisons ». Ces échanges ont permis d'approfondir ce qui permet ou ne permet pas à la travailleuse de réaliser ladite stratégie discutée. Ce partage des savoir-faire entre travailleuses a aussi permis de prendre conscience pour certaines travailleuses de leur capacité à développer des stratégies. Cette prise de conscience les a amené à tenter d'élaborer ou encore « d'expérimenter » « cette » ou « ces »

stratégies en situation de travail. Toutefois, le développement ou le recours à telle ou telle stratégie est aussi dépendant des caractéristiques individuelles. Par exemple, une travailleuse de grande taille pourrait élaborer des stratégies différentes de sa collègue de plus petite taille, par exemple. Il en est de même selon les douleurs de chacune. Pour ce qui est des moyens de travail propices à l'élaboration et ou à la réalisation de stratégies, je perçois que certaines conditions de travail pourraient favoriser le développement de stratégie, par exemple en offrant la marge de manœuvre nécessaire au développement et à « l'apprentissage » d'une nouvelle stratégie. Alors que d'autres conditions de travail pourraient limiter cette possibilité de pouvoir développer de nouvelles stratégies et offrir « uniquement » la marge de manœuvre possible pour avoir recours à des stratégies déjà acquises. À ces questions s'ajoute aussi celle de la prise en compte des caractéristiques individuelles telles que l'âge, le niveau d'expérience, etc. Pour ce qui est du « but » des stratégies, dans le cadre de notre projet, nous avons défini les stratégies comme des savoir-faire, des comportements, des attitudes que la personne développe dans le but de parvenir à maintenir un équilibre entre ce qu'elle est, notamment sa santé, et son environnement ou encore la production. Plus spécifiquement, nous nous sommes intéressées aux stratégies élaborées par les travailleuses pour gérer leur douleur. En effet, pour ces travailleuses saisonnières, l'enjeu de la gestion des douleurs était central pour parvenir à se maintenir au travail.

Serge VOLKOFF

Si je peux me permettre, ce n'est pas seulement aller chercher les déterminants, mais ce que vous faites est un moyen d'élaboration. Vous en fabriquez un là, vous-même.

Marie-Ève MAJOR

Tout à fait, oui.

Et pour ajouter sur la première question, le contenu d'une définition de « stratégie », on est également allées un peu plus loin aussi que « uniquement façon de faire ». Nos résultats nous ont amenées au constat que ce n'est pas juste dans la façon de faire, mais cela pouvait être aussi dans la façon de penser. Pour atteindre un but, effectivement, nous, le but du premier projet était de documenter les stratégies de gestion des douleurs pour réussir à se maintenir au travail. On se rend compte aussi que, quand on analyse les stratégies, il y a d'autres stratégies qui viennent s'entrecroiser avec elles, des stratégies d'efficacité au travail, par exemple. Celles-là aussi on les considère. Nous nous sommes intéressées aux stratégies de gestion de la douleur.

Gladys LUTZ

Je rebondis sur ce que vous venez de dire au sujet des stratégies de santé et, notamment de limiter la douleur. Il se trouve que moi, je travaille sur les consommations de psychotropes, donc à la fois médicaments, alcools, produits illicites éventuellement. Alors, cela rejoint complètement ce que vous évoquez là, c'est-à-dire que ce que je vois, ce sont des stratégies de consommation de produits, qui ne sont pas nécessairement sur les temporalités de travail, qui peuvent être en dehors du travail, mais qui sont vraiment enchâssées avec une forme de recherche d'optimisation de soi où, par rapport à la tâche, ou en tous les cas aux contraintes de l'activité, et aussi des stratégies de récupération, c'est-à-dire de pouvoir revenir à son poste de travail au lendemain ou au surlendemain, en étant au carré, enfin relativement au carré, et autour des troubles musculosquelettiques et autres, c'est vraiment quelque chose qui a été assez peu travaillé et cela m'intéresserait de savoir si, quand bien même ce n'est pas votre objet, vous l'avez rencontré et si vous avez été alertée sur cette question-là, des interrelations travail et consommation de produits ?

Marie-Ève MAJOR

Oui, point très pertinent. Nos résultats faisaient ressortir que les travailleuses de l'industrie de la transformation prenaient très peu de médicaments pour gérer leur douleur, du moins pendant la saison de travail. Ces résultats nous ont questionnées et nous ont incitées à approfondir un peu plus cette dimension. Il était étonnant de constater, qu'avec des niveaux de douleur si importants, les travailleuses avaient pourtant très peu recours à des médicaments prescrits et/ou non prescrits pour gérer leur douleur. Cette piste a été approfondie par l'entremise des schémas corporels que les travailleuses complétaient au début et à la fin de chaque journée de travail pendant deux saisons consécutives. Elles devaient indiquer leur niveau de douleur et si elles avaient pris des médicaments. La prise de médication était quasi absente. Lorsque questionnées sur cet aspect, les travailleuses nous ont dit « On n'en prend plus, parce que l'on n'est tout simplement plus capable de les tolérer. On en a trop pris par le passé ». Donc, ce n'est pas qu'elles ne voulaient pas en prendre, c'est qu'elles en ont trop pris par le passé, elles ne sont plus capables d'en prendre. Aussi, nous nous sommes aperçues qu'au début de la saison, plusieurs travailleuses consultaient leur médecin pour d'importants problèmes musculo-squelettiques, notamment pour des injections de cortisone, mais il n'y avait aucune visite médicale durant la saison, parce que les travailleuses rapportaient ne pas avoir le temps.

Serge VOLKOFF

Juste pour compléter. La question que vous posez, à mon sens, l'ergonomie n'est pas si bien outillée que cela pour la traiter. On ne la néglige jamais quand on la rencontre sur notre passage, mais on n'a pas forcément les cadres théoriques, les outils, les méthodes, etc. Je dis cela pour insister sur le fait que d'autres disciplines le font. La psychopathologie du travail bien sûr, mais aussi la socio. Alors, peut-être que vous êtes au courant de ces travaux-là. Moi, j'ai en tête surtout de ceux de Pierre-Emmanuel Sorignet à propos des danseurs. Il a fait plusieurs articles, dont certains longs, fouillés, etc., sur l'option de consommation de médicaments qui permettent de tenir dans cette profession terriblement exigeante physiquement, au-delà du raisonnable et comment on décide ou non de prendre des médicaments anti douleurs ou autres, et lesquels. Plutôt médecine douce, plutôt traitement de choc, et comment tout cela est pris, dans des questions d'itinéraires professionnels, d'image de soi, d'identité de la troupe à laquelle on appartient, de celle à laquelle on a envie d'appartenir, etc. Il y a tout un champ comme cela d'investigations sociologiques extrêmement précieuses. Voilà, je voulais faire un petit coup de publicité documentaire, de référence bibliographique, parce que cela vaut la peine. Si des sociologues présents connaissent d'autres auteurs à citer dans le domaine, autres que Sorignet ? En tous les cas, lui, c'est très intéressant sur ce sujet-là.

Sandrine GUYOT

Tu parlais tout à l'heure des limites des stratégies et du fait que les entreprises ne pouvaient pas se reposer seulement sur les capacités des travailleurs à développer leur marge de manœuvre et tu citais notamment l'exemple d'une reconception possible d'une ligne de production, si j'ai bien compris. Effectivement, ils avaient l'intention de mettre en place une nouvelle ligne de production. Là, on est sur des choses qui sont plutôt de l'ordre de la conception des systèmes de production. Est-ce que vous avez discuté et échangé avec les entreprises sur d'autres types d'actions qui étaient de travailler sur, certes, les moyens de travail, mais aussi sur les environnements, sur les objectifs de production et autres, sur les moyens organisationnels pour pouvoir libérer ces marges de manœuvre ?

Marie-Ève MAJOR

Oui, nous avons en effet participé avec l'entreprise à la conception d'une nouvelle table d'empaquetage à partir des résultats obtenus et à la lumière de la mise en évidence du travail réel et des difficultés rencontrées par les travailleuses. Ce projet de conception découlait d'un projet que nous avions mené avec des travailleuses qui consistait en un groupe de partage sur les stratégies développées. Ce groupe de partage avait fait ressortir les limites des travailleuses et la nécessité d'améliorer les conditions de

réalisation du travail, dont les aspects plutôt d'ordre technique. Sur le plan organisationnel, nous avions aussi abordé en groupe de travail la question de la rotation de poste. Toutefois, par les différents échanges, l'entreprise en est venue au constat, qu'avant même d'implanter de la rotation de poste, il fallait réviser les postes sur la ligne, d'où le projet de conception de la table d'empaquetage.

Valentine HÉLARDOT

Moi, j'avais juste trois petites questions de clarification sur les stratégies, sur les catégories parmi les trois grandes familles de stratégies. Alors, la différence entre médication et traitement, c'est le fait que la médication, c'est auto médication, c'est cela ou est-ce que c'est autre chose ? L'autre, c'était stratégie du côté de l'organisation domestique. J'ai compris que cela pouvait être de demander au conjoint de faire le repas, mais qu'est-ce que c'est d'autre ? Et troisième petit point aussi. Je n'ai pas bien compris en quoi la divulgation des douleurs était une stratégie. Est-ce que l'idée, c'est qu'en disant que l'on a mal, on pense que les autres vont nous protéger, nous épargner ? Est-ce que c'est cela ou pas ?

Marie-Ève MAJOR

Si jamais mes explications ne sont pas suffisantes ou si vous avez d'autres questions par rapport à d'autres catégories, le cadre de référence a été publié en anglais et en français dans la revue électronique *PISTES*. Le cadre de référence est présenté et pour chacune des catégories de stratégie, une définition est donnée (https://journals.openedition.org/pistes/1843).

Pour la médication, c'était vraiment prendre un médicament, qu'il soit prescrit ou non. Pour la catégorie « traitement », celle-ci consistait en la consultation et/ou l'administration d'un soin de santé par un professionnel de santé, par exemple, un physiothérapeute, massothérapeute, etc.

Organisation domestique. Il s'agit de l'organisation des tâches domestiques et de la vie familiale. Des exemples. Il y avait entre autres, le conjoint qui aide aux tâches ménagères. De mémoire, une autre stratégie recensée consistait, avant même la saison, les travailleuses préparaient plusieurs repas à l'avance. C'est un exemple. Mais aussi il y avait l'exemple d'une travailleuse qui avait de jeunes enfants. Elle, c'était « Je mange des patates en poudre toute la saison ». Ce sont vraiment des mets rapides, déjà prêts, déjà cuisinés. Il y avait également, quand il y avait une journée de congé, pour certaines c'était « Je ne fais rien du tout ». Je me rappelle, il y en a une qui me disait « Moi, pendant la saison, plier mon linge, cela attendra la fin de la saison ». D'autres exemples étaient de ne pas faire de ménage durant la saison, acheter des repas déjà préparés. Ces exemples, il y en a plusieurs, mais ce sont quelques exemples qui me viennent en tête.

Divulgation. Là, je n'ai pas toutes les stratégies en tête. C'était dans une perspective où les travailleurs et les travailleuses rapportaient leurs dires ou pas et que c'est cela qui leur permettait de rester au travail. De le dire, parce que mon supérieur est informé ou mes collègues sont informés dans la perspective où mon problème de santé peut être considéré. À l'opposé, il y avait la non-divulgation pour ne pas nuire à ses chances d'obtention d'un poste en particulier.

Serge VOLKOFF

Allez, encore une petite, celle que vous regretteriez de ne pas avoir posée.

Marie-Ève MAJOR

Vous avez mes coordonnées, si jamais vous regrettez.

Serge VOLKOFF

Pour mémoire, Marie-Ève ne sera pas là demain pour des raisons d'horaires d'avion et de transport pour y aller. Donc, profitez de sa présence pendant qu'elle est encore avec nous.

Marie-Ève MAJOR

Peut-être que je peux juste mentionner que je vous ai indiqué mes coordonnées. Je fais partie également de deux groupes de recherches dont la Cinbiose qu'ici plusieurs connaissent, qui est une équipe en santé au travail et également sur les questions de santé environnementale.

Serge VOLKOFF

Est-ce que tu as mis l'article dans l'historique ?

Marie-Ève MAJOR

Oui, tout à fait, le cadre de référence est publié dans *PISTES ;* Les questions de prévention durable des troubles musculosquelettiques constituent aussi un autre article dans « Pistes ».

Serge VOLKOFF

La moitié de l'assistance connait *PISTES* très bien et l'autre moitié pas du tout. Donc, sachez que c'est une revue extrêmement précieuse, parce qu'elle est interdisciplinaire, francophone, Web accessible, gratuite. Voilà. Donc, c'est très facile à trouver https://journals.openedition.org/pistes/ .

Vous avez, depuis maintenant une quinzaine d'années, deux, trois numéros par an. Il y a des recherches par mots clés qui sont très pratiques. Ce qui s'est fait beaucoup dans pas mal de disciplines comme articles en langue française sur des questions de santé-travail, vous les trouvez dedans, dont au moins un article de Marie-Ève de… ?

Marie-Ève MAJOR

Un sur le cadre de référence des stratégies. Il y en a également un portant sur la prévention durable des troubles musculo-squelettiques.

Serge VOLKOFF

Il y a d'autres auteurs dont vous avez entendu parler dans ce séminaire et qui ont aussi publié dans *PISTES*, donc vous les trouverez aussi, si cela vous intéresse. Merci à tous. On se retrouve demain à 9 h 15 pour un exposé de Valentine Hélardot, suivi de la discussion générale qui sera introduite par Sandrine Guyot. Pour les étudiants, rendez-vous aussi demain après-midi pour une petite séance de débriefing. Bonne soirée.

Chapitre 8

LE FAÇONNEMENT DES PARCOURS PROFESSIONNELS PAR LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ : UNE PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE

Valentine HELARDOT, sociologue, Maître de conférences à l'Université Toulouse-Jean Jaurès, LISST-Cers

Corinne GAUDART

Pour cette dernière matinée, nous allons entendre deux présentations. La première de Valentine Hélardot qui est sociologue à l'Université Toulouse Jean-Jaurès, et ensuite nous confierons à Sandrine Guyot de l'INRS le soin de lancer une discussion générale et nous devrions terminer vers 12 heures avec une petite pause au milieu.

Pour l'instant, je donne la parole à Valentine qui n'a pas de diaporama.

Valentine HÉLARDOT

Bonjour. Pour aujourd'hui, je vais vous présenter des choses assez généralistes, pas des résultats de recherche détaillés, plutôt une sorte de vue d'ensemble de ce qui me semble important à poser comme cadrage et comme points de repère pour une approche sur la place de la santé dans les parcours professionnels. Donc, ça va très largement rebalayer des choses qui ont été dites ces derniers jours et en tout cas hier après-midi où j'étais là, donc je sais qu'il y a des recoupements importants.

Je commencerai par une petite partie introductive pour poser quelques repères et puis ensuite j'aborderai la question du façonnement des parcours professionnels par la santé en abordant successivement trois questions : comment est-ce qu'on peut saisir ces parcours et donc ces façonnements ? En quoi ces façonnements peuvent-ils consister ? Et puis quels sont les éléments à regarder spécifiquement et particulièrement en tant que sociologue pour comprendre comment les choses se passent ?

Remarques introductives

Alors sur le premier ensemble de remarques un peu de cadrage, introductives, sur la santé, je ne vais pas relancer une définition de la santé, des multiples définitions possibles, juste rappeler, comme ça a dû être le cas déjà par d'autres avant moi ces derniers jours, qu'on a vraiment intérêt à adopter une définition extensive de la santé, qui n'est pas l'absence de maladie, qui est plutôt une capacité à avoir une qualité de vie, avoir un niveau de bien-être physique, mental, moral, social même, nous dit l'OMS. Donc, cette définition de la santé très dynamique est vraiment héritée de Canguilhem chez qui la santé se confond avec la vie même, la capacité à inclure les expériences de maladie ou les problèmes de santé et à faire avec. Être en bonne santé, c'est tomber malade et pouvoir s'en relever, comme il dit (Canguilhem, 1966). Il y a donc une certaine positivité de la santé qui n'est pas que l'absence de maladie, et en même temps, on arrive assez vite à un paradoxe qui est que cette positivité de la santé ne se voit pas, elle est en tout cas difficile à saisir.

Et donc, c'est ce à quoi on est confronté en sociologie de la santé régulièrement. C'est qu'en général, on ne peut saisir la santé que par son envers, que quand elle est compromise, menacée ou mise à l'épreuve. On retrouve Canguilhem ici quand il rappelle, je cite : « l'état de santé, c'est l'inconscience où est le sujet de son corps ; et inversement, la conscience du corps est donnée dans le sentiment des limites, des menaces, des obstacles à la santé. La santé, c'est l'innocence organique. Elle doit être perdue, comme toute innocence, pour qu'une connaissance soit possible ». Donc, il y a vraiment cette idée qu'on peine à imaginer des évènements de santé qui ne soient pas pathologiques, même si on peut poser une certaine positivité de la santé. On peut saisir des pratiques de santé sociologiquement, mais si on veut appréhender l'état de santé, à un moment donné ou de façon longitudinale, on va le faire malgré tout par les problèmes de santé, les évènements de santé. Et du coup, c'est là aussi que le caractère extensif de la définition est important puisque ça va mener à inclure dans ce qu'on va chercher à saisir, pas seulement des pathologies diagnostiquées, mais tout ce qui est considéré comme « problème de santé » par les individus.

Et donc ça m'amène à une dernière remarque sur ce point-là, à propos de la notion d'évènement de santé. En fait, tout fait de santé n'est perçu que sous la forme de l'évènement. Autrement dit, on est obligé de passer par la perception pour définir ce qui fait évènement. Et donc ça veut dire que peuvent être des évènements de santé, y compris des problèmes de santé qui, sur le plan médical, ne sont pas aigus ou brusques ou soudains. On a des problèmes de santé qui sont anciens, latents, mais qui, à un moment donné, font problème. Et c'est à ce moment-là qu'ils deviennent des évènements de santé. Cette notion d'évènement de santé est extrêmement large, très ouverte sur le type de problème de santé, mais en même temps fermée dans le sens où on passe par la perception qu'ont les individus de ce qui fait évènement.

Sur les parcours professionnels, je ferai juste une remarque vraiment basique de cadrage, mais qui me semble vraiment importante, enfin en tout cas nécessaire pour moi en tant que sociologue pour aborder ces questions-là. C'est le fait que la notion de parcours professionnel renvoie, en sociologie en tout cas et au-delà sûrement, à au moins deux grands registres de réalité qui sont, d'une part, le travail et d'autre part, l'emploi. Donc, le registre du travail, c'est celui des activités, des gestes, des conditions dans lesquelles ces activités sont faites, le registre des identités au travail, des expériences, etc. Le registre de l'emploi, c'est les conditions juridiques dans lesquelles ces activités sont faites et donc ça renvoie là au type de contrat, au temps de travail, à l'ensemble des garanties, des assurances qui sont associées ou pas, selon les cas, au fait de travailler, au sens : avoir un emploi. Ça me semble important de distinguer les deux et je le ferai par la suite aussi, parce que la santé, les évènements de santé, peuvent avoir une influence sur l'un et/ou sur l'autre. Mais ça peut être dissocié. Sachant que les effets sur le parcours d'emploi sont probablement plus faciles à saisir parce que le parcours d'emploi est lui-même plus facilement retraçable à travers des catégories un peu objectives, préexistantes. Alors que reconstituer un parcours de travail, c'est moins évident a priori.

Dernier ensemble de remarques sur les liens entre santé et parcours professionnel (j'y vais progressivement). Une première remarque que j'éprouve le besoin de redire, mais je pense que vraiment on sera tous d'accord. Le thème de ce séminaire, c'est de mettre l'accent sur l'aspect santé vers parcours professionnel, quelle place la santé peut jouer dans les parcours, mais bien sûr en arrière-fond, on sera tous d'accord pour dire que l'interrelation est réciproque. La santé façonne les parcours et inversement le travail et l'emploi et leurs conditions façonnent aussi la santé en déterminant un ensemble de possibilités et d'impossibilités en termes de maintien, construction, reconstruction, préservation de la santé.

Juste concernant cette interdépendance, cette réciprocité des relations entre santé et travail au sens large, parcours professionnel, j'insiste sur ce qui peut être quand même une spécificité de cette interdépendance-là. En sociologie, on a coutume de considérer que tout parcours de vie, toute existence est constituée de plusieurs fils qu'on peut appeler par exemple des sphères d'activité, et que ces fils sont liés entre eux, et que tout est lié à tout et que bien sûr la trajectoire conjugale, par exemple, n'est pas indifférente au parcours résidentiel, etc. Donc, il y a effectivement cette idée des histoires de vie, des parcours de vie, comme un entrelacs de plusieurs lignes qui sont reliées les unes aux autres, qui

ne sont pas cloisonnées. Donc ça, c'est l'arrière-fond, mais à l'intérieur de ça, quand même ce qu'on peut dire, c'est que les relations entre santé et travail sont quand même particulières dans le sens où leur interdépendance est instituée par des dispositifs, par des réglementations, donc une institution sur le plan social, juridique, administratif, etc. On a tout un ensemble de dispositifs qui régulent, qui structurent cette interdépendance : le système d'aptitude en médecine du travail, les arrêts maladie, la retraite pour pénibilité, etc. On pourrait en citer beaucoup. Toutes ces instances-là viennent vraiment pré-cadrer, si on peut dire, les relations santé-travail. Et c'est quand même un petit peu une spécificité par rapport à d'autres registres de l'existence qui sont liés dans la vie, mais qui ne sont pas forcément socialement institués comme étant interdépendants.

Cette histoire-là de cette interdépendance entre santé et travail, elle est ancienne. L'histoire en a été faite par un certain nombre d'auteurs qui se sont intéressés à la construction de la société salariale, l'élaboration de protection sociale, de l'État providence, donc Castel, Ewald, Rosanvallon, Supiot, etc., qui ont montré que la protection sociale s'est constituée dans l'idée de résoudre le problème posé par ce qu'on appelait les « indigents valides », donc des personnes qui sont en capacité de travailler, mais qui ne sont pas au travail et qu'il faut mettre au travail. Derrière ces dispositifs et derrière cette interdépendance posée, instituée entre santé et travail, il y a l'idée non seulement que la santé permet de travailler, mais presque qu'elle oblige à travailler aussi. Il y a une construction morale qui fait qu'aux âges actifs, le fait de ne pas être en bonne santé ou pas en suffisamment bonne santé est une des raisons légitimes de ne pas travailler. Et il n'y a pas forcément tant que ça d'autres raisons légitimes. Tout ça s'incarne aussi dans des cultures, dans des représentations telles qu'on peut les aborder en sociologie de la santé, notamment le fait que, de façon très courante, on retrouve cette définition de la santé, définition profane, comme on dit, de la santé, selon laquelle par son envers, être en mauvaise santé, être malade, c'est ne pas pouvoir travailler. Le travail, le fait de travailler ou de pouvoir travailler est un critère même de définition de la santé.

En reprenant les termes de Catherine Cavalin et Sylvie Célérier (2012), le travail joue comme un étalon de la santé et les dispositifs instaurent le travail comme normalité de la santé. Mais ces chercheuses ajoutent aussitôt, et elles le démontrent, que cette apparente frontière apparemment bien établie entre d'un côté la bonne santé associée au travail et de l'autre, la mauvaise santé qui serait du côté de l'inactivité, cette frontière-là, dans la réalité, elle ne tient vraiment pas longtemps puisqu'on sait qu'un très grand nombre de personnes d'âge actif et même en emploi font état de difficultés de santé qui ne sont pas du tout anecdotiques et que donc pour une bonne partie de la population, travailler, c'est travailler avec des problèmes de santé, faire avec une santé précaire. C'est aussi de ce constat-là que partent Dominique Lhuilier (2007 ; 2014) et Anne-Marie Waser (2014) qui s'intéressent aux 10 millions de personnes malades en âge de travailler qui ont une ou plusieurs maladies chroniques ou invalidantes. Donc, on peut vraiment poser tout de suite à titre quasiment de prérequis pour la suite que concilier une santé dégradée et une activité professionnelle, ce n'est pas du tout une exception. Et donc on a ce principe de départ qui est que, compte tenu de la complexité et du travail et de la santé, de leur entremêlement, il est nécessaire d'avoir ce champ de vision très large des deux côtés, c'est-à-dire du côté de la santé avec une approche extensive de ce que peuvent être des évènements de santé, et une appréhension des parcours qui embrasse le plus largement possible, à la fois les contenus de la dimension travail et les contenus de la dimension emploi.

Les façonnements des parcours professionnels par la santé

Retracer des parcours professionnels

Alors, pour en venir donc à la deuxième partie, une fois rappelées ces choses assez basiques, mais en même temps vraiment fondamentales, concernant le façonnement des parcours professionnels par la santé, les façonnements d'ailleurs – du coup, je suis passée au pluriel –, une première question que je voudrais aborder, vraiment pas pour y répondre de façon définitive, mais pour l'ouvrir au débat, c'est celle de savoir comment on peut saisir des parcours de santé, de travail et d'emploi et puis du coup derrière, saisir des articulations entre les deux. Donc, je dirais qu'en tout cas, j'identifie deux grandes

façons possibles de saisir les parcours, deux focales en fait qui sont à la fois distinctes, mais évidemment très complémentaires. D'une part, des approches objectivantes extérieures qu'on peut appeler « balistiques », dans l'idée de retracer comme ça des points dans un déroulement, approches qui sont plus souvent statistiques ; et puis des approches que je vais appeler « compréhensives » au sens de ce terme en sociologie qui, je crois, n'est pas exactement le même qu'en ergonomie, et qui donc prennent en compte le sens, elles ne sont plus extérieures, mais passent par l'intérieur, en prenant en compte le sens que les évènements ont pour les individus eux-mêmes. Et pour aller chercher ce sens, les méthodes qualitatives, et en particulier l'entretien, sont plus adaptées.

Alors, pour les premières approches balistiques, objectivantes, on peut avoir toute une diversité d'indicateurs de santé, d'évènements de santé, d'évènements de parcours professionnel. On a, comme je le disais, probablement plus souvent des indicateurs du côté de l'emploi que du côté du travail. En tout cas, c'est plus évident à saisir du côté de l'emploi. Et donc ce sont des recherches qui permettent de montrer, alors je ne vais pas détailler, j'ai quelques exemples, mais je ne vais pas les détailler, mais on peut montrer que tel aspect de la santé, tel type de problème de santé, avoir eu un cancer, avoir telle ou telle maladie, être en situation d'obésité, avoir un trouble de santé mentale, etc., que des facteurs comme ça qu'on peut identifier ont une influence sur les parcours, dans le sens de la dégradation, avec des différences après entre les CSP notamment, le genre parfois, etc. Donc, on peut avec ces approches-là avoir une vue d'ensemble qui montre a minima une association entre une mauvaise santé et/ou certains indicateurs de mauvaise santé et un parcours professionnel instable ou dégradé. On peut aller jusqu'à établir des liens de causalité plus ciblés entre tel aspect de la santé et tel aspect du parcours professionnel. Et bien sûr c'est absolument nécessaire de faire ça, ne serait-ce que pour prendre la mesure du phénomène à une échelle un peu large, aussi pour faire apparaître des régularités et donc aussi des irrégularités ou des atypismes qu'il va s'agir d'essayer d'expliquer. Mais en même temps, en restant à ce niveau-là d'appréhension, la façon dont les choses se passent concrètement en situation, par définition, échappe à cette focale-là et c'est là où des approches compréhensives vont pouvoir venir déplier un peu la boîte noire que reste le façonnement lui-même, comment ça se passe.

Ces approches-là compréhensives vont permettre plusieurs choses, notamment par exemple de ne pas définir a priori ce qui fait problème de santé, mais de laisser cette définition-là aux individus. Ça permet aussi d'avoir la totalité d'un parcours plutôt que des coups de sonde qu'on va donner, qu'on va mettre sur des moments donnés. Ça permet aussi de ne pas préjuger du sens positif ou négatif du façonnement. C'est-à-dire qu'on peut identifier au niveau balistique une perte d'emploi, par exemple, à un moment, ou un changement d'emploi. Est-ce que c'est positif ou négatif dans l'expérience de la personne ? Ce n'est pas forcément facile d'évaluer ça autrement qu'en allant discuter avec les personnes. Et puis le fait de passer comme ça par le récit permet aussi d'avoir accès à tout un ensemble d'autres éléments de la vie des personnes, des éléments de contexte personnel, familial, etc., qu'on ne peut pas saisir a priori de façon systématique par des approches balistiques. Dans ce cas-là, les approches compréhensives, par entretien en particulier, biographique puisqu'on est dans les parcours, consistent à passer par la reconstitution des parcours qui est aussi une reconstruction, on le sait, filtrée par le point de vue des enquêtés.

Dans ce travail-là, on peut recourir quand même aux outils qui ont été pas mal développés par la sociologie des parcours de vie, outils qui sont en partie empruntés aux historiens. Donc par exemple, qualifier des temporalités hétérogènes, différencier par exemple des moments de crise, de temps court, d'incertitude forte et puis des moments de temps plus long, plus stables. On peut désigner ces moments de crise. Alors, il y a plusieurs termes pour les désigner. On parle de moments charnières, turning points, moments fatidiques, bifurcations, etc. On peut aussi à partir des récits réfléchir aux notions de prévisibilité ou d'imprévisibilité du déroulement de ces parcours, en sachant que l'imprévisibilité d'un évènement qui est vécu sur le moment comme inattendu ou surprenant, cette imprévisibilité peut souvent être replacée rétrospectivement dans une forme de prévisibilité ou en tout cas de plausibilité, de probabilité, mais qu'on ne peut percevoir qu'après coup. Avec ces outils-là, on peut retracer des carrières - pas au sens des carrières professionnelles, mais au sens que Howard Becker donne à ce terme-là, des carrières morales, des parcours, y compris subjectifs, dans un métier, dans

une identité, dans un rapport au travail. On peut aussi réfléchir aux notions de réversibilité ou irréversibilité des différentes étapes d'un parcours.

Alors, j'ai précisé que cette mise en récit, ce que Ricœur (1983) appelle une mise en intrigue, est nécessairement une reconstruction filtrée par le point de vue des individus. Alors, cet aspect-là de reconstruction a pu être reproché à ces méthodes-là. Je dirais juste quand même qu'on sait maintenant faire, sans que ce soit une science exacte non plus, mais on a quand même des outils à la fois dans la méthodologie des entretiens eux-mêmes et dans leur analyse pour évaluer et éventuellement exploiter des distorsions entre le récit et ce qui serait la réalité des faits tels qu'ils ont eu lieu. Et puis l'idée aussi, c'est que ces décalages-là sont la matière même de l'analyse. C'est ça qui va nous intéresser. C'est de voir pourquoi la personne raconte les choses de telle façon à ce moment-là de sa vie. Bien sûr, vous avez bien compris que je ne postule pas du tout la supériorité d'un type d'approche sur une autre. Il y a complémentarité et idéalement, la combinaison des deux focales avec des mix aussi entre les deux. On en a eu des exemples, notamment hier. Idéalement, si on peut faire ça, c'est encore mieux.

Dynamiques de façonnement

Pour aborder les façonnements eux-mêmes, en me situant un peu au croisement des deux types d'approches, quand même plus appuyée sur les approches compréhensives que je connais mieux, j'ai essayé de répondre à la question qui est : qu'est-ce que les évènements de santé peuvent faire au parcours professionnel ? Et donc d'identifier des dynamiques – j'ai appelé ça des dynamiques – ou des figures de façonnement. Ce n'est pas vraiment des types, en tout cas, ce serait peut-être un peu ambitieux. Ça supposerait une vraie typologie. Je ne sais pas si c'est tout à fait ça. Mais donc j'ai identifié trois dynamiques de façonnement, non pas en me basant sur l'issue du façonnement, le résultat – par exemple, l'évènement de santé change tout, ou ne change rien, ou change tel ou tel aspect. Ce que j'essaye de qualifier, ce n'est pas des situations d'arrivée, c'est des dynamiques, des tendances qu'on peut identifier à différents moments des parcours.

Donc, trois dynamiques : une dynamique négative de fragilisation, de dégradation du parcours professionnel par la santé ; une dynamique plus positive d'instrumentalisation des problèmes de santé dans un but de réorientation du parcours, de certains aspects du parcours ; et une dynamique de préservation de la santé où la santé devient un critère d'orientation des parcours. Alors, il y a une quatrième dynamique dont je ne vais pas parler, en référence à ce que j'ai dit au tout début, parce qu'elle est invisible, mais qui est celle où la bonne santé, la santé suffisante en tout cas, ne pose pas problème dans les parcours professionnels, est invisible du point de vue des parcours, mais façonne quand même les parcours, puisqu'elle les rend possibles, elle les soutient. Donc, c'est invisible, mais c'est quand même réel. C'est un vrai façonnement.

Donc, je détaille un petit peu ces trois dynamiques.

1. La première, fragilisation, renvoie à toutes les dynamiques de limitation, de déclassement, qui peuvent aboutir à l'extrême à des formes d'exclusion. Donc là, cela renvoie à ce que Dodier (1986) désignait à travers les désordres du corps, qui peuvent à terme occasionner toutes sortes de perturbations dans l'itinéraire professionnel. Donc, on a là une gradation de configurations qui vont d'une menace encore un peu vague à une exclusion avérée. Alors, je détaille un petit peu en distinguant la dimension emploi et la dimension travail pour justement montrer que ça peut être dissocié. Donc du côté de l'emploi, ce type de répercussion peut prendre la forme, on en a parlé hier un petit peu, de parcours empêchés, de renoncements, de non-progression dans des emplois. Je donne l'exemple d'un jeune homme qui est animateur dans une association d'éducation populaire, qui est en CDD, qui aimerait passer en CDI, mais qui a des hernies discales qui le font souffrir beaucoup, et on lui fait comprendre que s'il veut passer en CDI, il faudrait qu'il soit plus présent, qu'il encadre davantage de séjours, mais en même temps, sa santé ne lui permet pas de le faire. Il fait lui aussi des infiltrations

de cortisone, comme on a vu hier avec Marie-Ève Major. Donc, c'est l'exemple d'un parcours empêché. Mais du point de vue de l'emploi, à première vue, si on le regarde de façon extérieure, il n'y a pas de changement. Alors qu'en fait, il y a bien un façonnement qui est un empêchement d'accéder à certains statuts. Ici, c'est un CDI, mais on pourrait trouver d'autres exemples. Donc là, c'est l'idée que le parcours professionnel, du point de vue de l'emploi, peut être suspendu à des faits de santé. Et c'est là aussi où les personnes peuvent mettre en œuvre toutes sortes de stratégies, on l'a vu hier aussi, pour tenir au travail, des stratégies qui elles-mêmes évidemment ont des répercussions sur leur santé. Alors, à un stade plus marqué de cette dynamique-là, c'est les cas où des problèmes de santé entraînent des formes de régression professionnelle, de déclassement, avoir une suspension d'activité et revenir dans l'emploi à un niveau inférieur à celui qu'on avait avant le problème de santé, par exemple.

Une remarque aussi sur ces aspects-là : ces tendances à la limitation, à l'empêchement des parcours ou à la dégradation même, peuvent s'appuyer sur des formes d'auto-exclusion ou d'autolimitation quand les personnes ont intériorisé une sorte d'inaptitude ou d'incapacité à leurs propres yeux. J'aurais plusieurs exemples, mais notamment une femme qui est agent de service hospitalier (ASH) en maison de retraite et qui a demandé à passer à temps partiel parce qu'elle estime qu'elle n'est pas capable de tenir, et qui va probablement, au moment où je l'ai rencontrée, quitter cet emploi parce qu'elle ne sent pas capable de continuer. Ou l'exemple aussi d'une autre femme qui s'autolimite fortement dans sa recherche d'emploi, parce qu'elle prend beaucoup de psychotropes pour des raisons de mal-être personnel et elle s'autolimite dans le sens où elle ne veut que des emplois où elle n'aura pas de collègues, où elle aura le moins possible d'interactions avec des gens, parce qu'elle pense que ça se voit et qu'on ne l'accepterait pas.

Du côté du travail, cette dynamique-là peut se traduire par une augmentation de la pénibilité, par le fait que le travail est plus dur, qu'il est plus douloureux éventuellement, moins épanouissant en tout cas. Ce façonnement du rapport au travail par des faits de santé peut aussi prendre la forme d'une perte de sens du travail qui vient des limitations imposées par le problème de santé. Si je reprends l'exemple de ce jeune-homme qui est animateur auprès de jeunes et d'enfants, du fait de ses hernies discales, il ne peut plus porter les enfants et il ne peut plus jouer au foot avec eux. Et pour lui, c'est une perte de sens énorme à son travail. Ça remet en question son rôle même, la conception même de ce qu'est son travail. Ces effets-là peuvent aussi venir, non pas de ce qu'impose le problème de santé lui-même, mais de perceptions dans l'entourage professionnel. Là je peux donner l'exemple d'une infirmière en psychiatrie qui a interrompu son parcours pour cause de dépression, puis qui a repris, et après cette reprise, on lui interdit, on ne la laisse plus animer des groupes de parole avec des patients, parce qu'on estime qu'elle n'en serait plus capable. Donc là aussi, perte de sens du travail et vraiment dégradation du contenu même du travail.

2. Deuxième grande dynamique qui est celle donc d'instrumentalisation de la santé ou d'un problème de santé pour le parcours professionnel, au service du parcours professionnel. Donc, c'est un ensemble de cas où ce qui se présente initialement comme un problème de santé est réapproprié par les personnes en faisant une occasion de réorienter le parcours de travail. Un exemple que je prends tout le temps pour ce cas-là, parce qu'il est vraiment très parlant, c'est celui d'une femme qui avait été embauchée en CDI dans une maison de retraite. Elle pensait qu'elle allait s'occuper des personnes âgées, mais en fait elle était à la plonge. Donc insatisfaction très forte dans son travail et très rapidement après son embauche, elle a eu une lombalgie aigüe en soulevant une marmite, ce qui a débouché sur une inaptitude puis un licenciement puis une reconnaissance en travailleuse handicapée par la suite. Et donc dans ce cas-là, il se trouve que la personne était très insatisfaite du travail qu'elle avait et qu'elle a vraiment saisi cette occasion du problème de santé pour partir. Elle n'a pas du tout cherché, même si ça n'aurait peut-être pas été possible, mais en tout cas, elle n'a vraiment pas du tout cherché à essayer de conserver son emploi ni avoir un aménagement ni avoir un reclassement éventuel. Elle a vraiment tout de suite saisi cette occasion pour partir. Et elle résume ça en disant : « heureusement que j'ai eu un mal de dos et que j'ai pu partir ». D'autant qu'elle était en CDI et qu'elle n'aurait pas

osé, dit-elle, casser un CDI. Elle se sentait un peu piégée. Cet exemple illustre cette dynamique où un problème de santé peut être l'occasion d'aller vers une amélioration du parcours professionnel.

On pourrait citer d'autres exemples. Je ne vais pas en citer trop, pour gagner un peu de temps. Simplement juste citer l'exemple d'une femme pour qui c'est une grossesse, relativement imprévue, qui lui permet de se sortir de situations de travail très pénibles. C'est juste pour dire que parfois, c'est un évènement de santé non pathologique. C'est rare, on ne voit pas beaucoup d'exemples, mais là, c'est une grossesse. Donc, le point commun à ces situations-là, c'est que l'évènement de santé marque un tournant vers du mieux dans les parcours professionnels.

3. Troisième dynamique, c'est une dynamique de préservation, de protection de la santé qui devient un critère d'aménagement ou de réajustement de quelque chose dans le travail. Alors, ça peut être le plus radical, c'est-à-dire de quitter un emploi ou de refuser un emploi dont on pense qu'il n'est pas ou plus compatible avec la préservation de la santé. Ici, l'exemple d'une personne qui travaille en intérim et qui, à la suite d'un épisode de lombalgie assez grave, désormais, choisit ses missions et refuse les missions dont il sait qu'elles vont solliciter beaucoup son dos, qu'elles sont très physiques.

Je ne donne pas d'autres exemples, vous voyez l'idée. Un peu moins radical, apparemment en tout cas, il y a tout un ensemble de formes de maintien dans un emploi ou de retour à un emploi, mais avec des ajustements, des aménagements, qui peuvent être plus ou moins formels. Alors, ça peut être toutes les stratégies – on en a parlé hier aussi – mises en œuvre par les personnes pour compenser des défaillances de santé et faire avec et continuer à réaliser le travail, donc toutes sortes de stratégies, individuelles ou collectives. Cette logique de préservation peut aussi s'observer à différentes étapes du parcours. Je donnerai l'exemple là d'une recherche d'Olivier Crasset (2013) sur les maréchaux-ferrants, sur la façon dont l'effet travailleur en bonne santé joue dans cette profession des maréchaux-ferrants. Ils sont tous en statut indépendant, donc en début de carrière, ils ont besoin de se constituer une clientèle, donc ils ne peuvent pas se permettre de refuser les « mauvais clients », c'est-à-dire ceux qui leur donnent des chevaux dangereux, remuants ou qui les font travailler dans des mauvaises conditions. Donc, il y a une usure en début de carrière assez forte qui entraîne d'ailleurs des départs, et puis passé ce stade-là pour ceux qui restent, il y a une logique qui s'inverse, en fait, et qui devient une logique de préservation de la santé, alors, par l'adaptation des outils, des gestes, des postures, et par le fait de refuser justement les « mauvais clients ». Et donc au fur et à mesure de ces parcours-là, ce qui oriente l'exercice de l'activité professionnelle, c'est, entre autres choses, des critères de santé. Jusqu'au moment où les personnes sortent de cette profession-là, se reconvertissent, ça arrive très tôt dans les parcours. Mais là, c'est des cas de reconversion anticipée, quand ça se passe bien, prévue, dans laquelle la préservation de la santé joue un rôle très important.

Dans cette catégorie-là, dans cette dynamique-là de préservation de la santé, on a aussi tout ce qui a été documenté, notamment autour des maladies chroniques et du travail. Donc là encore, les travaux de Lhuilier et Waser sur cancer, VIH, hépatite C, un travail aussi de Lise Monneraud (2016) sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), toute une série de recherches qui montrent comment, au moment du retour à l'emploi, les personnes atteintes de maladies chroniques mettent en œuvre des aménagements plus ou moins formels, négociés avec l'entreprise, avec les collègues, etc., ou informels, de façon presque parfois clandestine, aménagements qui peuvent concerner la définition du travail, les contenus du travail, mais aussi très fondamentalement, le rapport au travail. Et ça rejoint ce qu'on a abordé hier. Les stratégies peuvent consister aussi à revoir les buts mêmes et l'intensité de l'engagement dans le travail, revoir soit dans le sens d'un désinvestissement, d'une mise à distance, d'une redéfinition de soi autrement que par le travail, ou inversement aussi, comme un surinvestissement dans le travail et dans l'idée que le travail joue là un rôle thérapeutique et permet de se reconstruire une identité qui ne soit justement pas celle de malade.

Donc évidemment, ces trois types de façonnement peuvent se succéder au fil d'un même parcours, ce qui amène aussi, du coup, à s'interroger sur ce qui peut faire passer de l'un à l'autre. D'entrer comme ça dans les parcours et dans les façonnements en prenant en compte le sens que cela peut

avoir pour les personnes, ça amène aussi, je pense, mais ça a dû être dit aussi hier et avant-hier, à remettre en question un peu cette idée, enfin cette espèce de priorité affichée quand même très largement du maintien dans l'emploi. Est-ce qu'être maintenu dans l'emploi, dans un emploi, est-ce que c'est forcément toujours le mieux ? Est-ce que c'est forcément ça qu'il faut faire ? C'est une question qui reste ouverte.

Des facteurs sociaux déterminants des façonnements

Alors, je terminerai – donc j'ai déjà dépassé, j'imagine – juste en citant trois grands ensembles de facteurs déterminants, puisque l'idée aussi, c'est de se demander pourquoi dans tel cas, il y a telle dynamique qui se met en place et pourquoi pas dans tel autre. Donc, qu'est-ce qui joue un rôle et donc qu'est-ce qu'il faut sociologiquement aller regarder de près pour comprendre ce qui joue ? Et donc je citerai trois grands ensembles de « contextes » - on peut dire : « c'est le contexte, ça dépend du contexte », mais pour déplier un peu cette notion de contexte, j'identifierai trois noyaux vraiment à aller regarder qui sont donc : le contexte de travail au sens large, les dispositifs dont j'ai parlé et le contexte personnel. L'idée étant que c'est vraiment dans chacun de ces trois ensembles-là qu'il faut aller regarder pour comprendre pourquoi les choses se passent d'une façon plutôt que d'une autre. Et chacun de ces facteurs-là peut jouer comme aide ou soutien ou comme facteur d'empêchement ou de dégradation.

Donc, le contexte de travail, bien sûr, je vais vite, mais c'est le milieu de travail immédiat, et un peu plus large, l'entreprise voire même peut-être le secteur. Il peut être plus ou moins tolérant, conciliant, soutenant, inclusif, etc., ou plus ou moins excluant, rigide, culpabilisant, stigmatisant, etc. Les marges de manœuvre pour mettre en place des aménagements peuvent être plus ou moins grandes, les cultures, ce que Catherine Omnès (2009) appelle des cultures de prévention, peuvent être plus ou moins développées selon les milieux professionnels. Donc là, ça fait tout une série d'aspects à aller voir vraiment en situation.

Le deuxième grand ensemble de facteurs déterminants, c'est donc ces fameux dispositifs, quelles sont les possibilités juridiques, administratives, les critères d'accès à tel ou tel statut, les réglementations… Tout ça évidemment est vraiment très important parce que, comme je le disais, ça cadre quand même les possibilités et les impossibilités d'articulation entre santé dégradée et activité professionnelle. Ça dessine une sorte de paysage qui ne détermine pas entièrement, mais qui quand même façonne fortement les parcours professionnels. D'où l'intérêt et vraiment la nécessité des recherches qui vont regarder de près ces dispositifs-là, comment ils fonctionnent, selon quelle logique, quels acteurs sont parties prenantes et avec quelles représentations, etc. Juste un dernier point sur ces dispositifs, c'est important aussi, je pense, de rappeler que ces dispositifs-là, ils sont administratifs, techniques, mais ils sont quand même inscrits aussi dans un temps long, dans un temps historique long, dans ces contextes socio-historiques plus larges, donc un contexte pour nous d'effritement de la condition salariale, de transformation de la protection sociale, d'intensification du travail, de précarisation de l'emploi, de prédominance dans beaucoup de lieux de travail d'une logique de temps court et d'objectifs de court terme (à Corinne Gaudart : tu pourrais développer) ... Donc ces dispositifs-là, ils sont à rattacher aussi à des arrière-fonds culturels et historiques plus larges. Ce n'est pas que des choses techniques, c'est ce que je veux dire.

Et troisième et dernier ensemble de critères à regarder, c'est ce que j'ai appelé le contexte personnel, mais qui est pour des sociologues forcément un contexte social, donc tout ce qui relève des caractéristiques sociales des individus, des capitaux (pour le dire « à la Bourdieu »), économique, scolaire, social, etc., ou culturel. C'est ce qui va permettre là de différencier, enfin d'aller chercher des différences entre des niveaux de qualification, par exemple, et de voir que c'est notamment un critère qui joue de façon très importante. Et puis c'est aussi tout ce qui relève du contexte de vie de la personne, de ses autres contraintes ou ressources familiales, personnelles, etc., qui bien sûr jouent un rôle aussi dans la façon dont la santé se répercute et de quelle façon sur les parcours professionnels.

Donc : articuler des niveaux de contexte différents, articuler objectif et subjectif, faire varier les échelles, articuler différents niveaux de contexte, local plus large, plus historique, sont des principes importants pour une approche sociologique de la place de la santé dans les parcours professionnels.

(*Applaudissements*)

Corinne GAUDART

Merci Valentine.

On a un temps de questions habituel, toujours un peu moteur diesel le matin. Le temps de vous laisser réfléchir, je veux bien en poser une. Tu évoquais au début de ton exposé des approches méthodologiques différentes entre l'approche plutôt quanti dont l'objectif est de pouvoir saisir des points communs et des différences, mais dans un but de généralisation quand même, si j'ai bien compris – enfin, tu préciseras – et puis des approches plus compréhensives, qualitatives, qui sont plus centrées sur des personnes, sur des individus et sur la place de l'interprétation laissée à la personne sur son parcours. Est-ce que tu peux nous en dire un peu plus sur les objectifs de ce type d'approche compréhensive ? Est-ce que ce sont les mêmes que ceux des approches quantitatives ? Et puis question subsidiaire parce que c'est des questions qu'on se pose nous, alors là je fais référence à ma discipline du côté des ergonomes, quand ils se mettent à s'intéresser aux parcours : on le fait souvent avec un objectif d'intervention ou de visée transformative des situations de travail. Je m'adresse là plus à la sociologue qui propose ce découpage méthodologique entre les approches quanti et quali. Qu'est-ce qu'on peut en faire et comment on peut les mobiliser du côté de la transformation ? Deux questions très simples…

Valentine HÉLARDOT

Alors oui, il y a d'un côté des approches quanti et de l'autre des approches quali, mais je ne voudrais vraiment pas durcir cette distinction-là. C'est des distinctions, c'est des focales différentes, mais pour autant, comme je le dis, il y a des mix possibles. Tu as dit que les approches quanti auraient pour but de généraliser, alors je dirais, pas forcément. Enfin, ça a un but déjà d'identifier des tendances à échelle un peu macro, de voir comment ça se présente. Pour autant, ça ne veut pas forcément dire qu'on ne va s'intéresser qu'à ce qui est points communs et transversaux. C'est pour ça que j'ai mentionné les atypismes qui peuvent apparaître au niveau quanti, mais qui, du coup, vont nous intéresser à la limite tout autant que ce qui est général et transversal, parce que justement c'est là qu'on va aller se demander aussi pourquoi justement là ça ne se passe pas comme ailleurs, par exemple. Donc, les objectifs de chaque méthode ne sont pas les mêmes. Ça dépend comment on les formule. L'objectif, c'est de comprendre en l'occurrence là comment la santé façonne les parcours. Donc à ce niveau-là, oui. Mais après, comprendre comment, en passant par quoi, par quel type de compréhension ou d'explication, c'est là où les deux sont complémentaires et chacun rentre par une porte dans cette question-là des façonnements. Je ne sais pas si ça répond un peu à ta question...

Après, comment mobiliser ? Alors là, c'est la question avec laquelle les sociologues qui ne font pas d'intervention sont toujours un peu embêtés. Mais c'est aussi pour ça qu'on discute, notamment avec des ergonomes et que ça nous intéresse. Comment les mobiliser ? Alors, je pense qu'il y a plusieurs façons. Par exemple, les approches quanti quand même par leur caractère objectivant et parfois massif dans les résultats qu'elles montrent, et aussi par leur caractère parfois reconnu comme plus sérieux, plus scientifique que les approches quali – et je ne partage pas ça, mais cela peut être perçu comme ça, ça peut être une carte à jouer dans les entreprises. Je l'ai vu faire par des médecins du travail notamment, de dire, de mobiliser par exemple les données de l'enquête Conditions de travail pour objectiver face à des employeurs le fait que telle profession ou telle branche ou tel type d'entreprise ou telle caractéristique de l'organisation du travail est statistiquement reconnue comme étant porteuse de tel ou tel danger ou risque pour la santé.

Donc, il me semble qu'il y a une façon de mobiliser ces données-là qui peut être à ce niveau-là, de jouer sur le caractère en général reconnu comme plus scientifique, même si on peut ne pas être d'accord avec ça. Et les approches quali plus centrées sur des individus peuvent être mobilisables aussi pour montrer en détail en situation comment des choses presque infimes parfois peuvent être très importantes pour les individus dans leur parcours, et importantes du point de vue de l'articulation entre santé et travail. Je pense à un exemple d'un cas, alors ce n'est pas un cas que j'ai enquêté moi, mais il m'a été raconté, de quelqu'un qui à son poste de travail commençait à avoir des difficultés de vision. Il y a eu, suite à ces difficultés-là, une étude de poste pour rechercher un aménagement, et en fait, le fait même de faire l'étude de poste, le fait même de s'intéresser à ce que faisait la personne, ça a rendu visible le travail qu'elle faisait, ça l'a fait exister, ça a fait reconnaître son travail, ça l'a valorisée et ça a complètement changé le rapport au travail de la personne, au-delà de l'aménagement technique lui-même par rapport à la perte de vision. Donc, je ne sais pas si je suis très claire, mais ce que je veux dire, c'est qu'on peut montrer comme ça dans les milieux professionnels que parfois des choses aussi infimes, mais qui au fond ne le sont pas du tout, que de s'intéresser au contenu du travail d'une personne par exemple, que ça, ça peut résoudre un problème de maintien dans l'emploi. Ça peut être un exemple.

Pour finir de répondre à cela, comment mobiliser les approches, je pense que pour le coup, les ergonomes sont presque mieux placés pour y répondre parce que justement ils sont plus en première ligne sur ce point-là.

Corinne GAUDART

Des questions ou remarques ? N'oubliez pas de vous présenter juste avant, ce que je n'ai pas fait quand j'ai posé ma question.

Nils de TIMOWSKI, CFE-CGC.

J'ai entendu votre propos qui était avec la dimension statistique, la dimension centrée sur la personne, mais dans le travail et dans l'emploi, il y a un facteur qui est aussi très déterminant, c'est l'entreprise et elle joue un rôle dans la mesure où elle accueille ou elle n'accueille pas tout le parcours des individus, qu'ils soient en bonne santé ou qu'ils ne le soient pas. Est-ce que vous avez dans vos travaux regardé cette perspective ? Parce que les exemples que vous citez, c'est des gens qui s'excluent à des moments où l'entreprise ne remplit pas pleinement son rôle. Si on prend le cas de l'animateur que vous citez, il est en CDD, il peut passer en CDI et il s'interdit de passer en CDI alors que sans doute, il y avait une forme de discrimination à l'emploi, le fait qu'il s'interdise de le faire par un phénomène de santé. Il y a eu les cas dans la maison de retraite que vous citez où la personne quelque part s'est interdit un certain nombre de choses, mais en face, on peut aussi pressentir que l'entreprise n'a pas pleinement rempli son rôle dans l'accompagnement de la personne et dans la prise en compte des problèmes de santé qu'elle pouvait rencontrer. Surtout que ça s'est passé globalement, sa dorsalgie, c'est passé dans le cadre d'un accident de travail. Donc voilà, c'était ce regard qui a aussi toute son importance, dans la mesure où ma réflexion en ce moment, c'est comment faire des parcours complets. Donc, il y a le rôle des individus indéniablement, il y a le rôle des institutions que vous situez, la Sécurité Sociale, le fait d'observer, de permettre des arrêts maladie, mais il y a aussi le rôle que peuvent jouer les entreprises et les employeurs. Est-ce qu'il y a eu quelque chose de fait dans le regard qu'elles portent sur la santé dans le cadre de l'étude que vous avez présentée ?

Valentine HÉLARDOT

Alors, juste une toute petite rectification : dans le cas du jeune homme qui est animateur auprès d'adolescents, je ne dirais pas qu'il s'interdit de passer en CDI. Là pour le coup, ce sont ses problèmes de santé qui bloquent parce qu'il ne peut pas s'investir plus. Donc, je ne l'ai pas mobilisé comme un

exemple d'autolimitation justement, celui-là. Après évidemment, bien sûr que le rôle de l'entreprise, de l'établissement, est fondamental, c'est d'ailleurs un des trois points de « contexte » déterminants que je soulignais à la fin. Alors moi, je n'ai pas personnellement étudié cet aspect-là. Il y a des travaux qui ont été faits, alors je vais répondre sur la sociologie, mais je pense qu'il y en a très au-delà de la sociologie. Il y a des travaux qui ont été faits, oui, sur comment les possibilités de reclassement, par exemple la question du reclassement dans l'entreprise, sont construites, comment ces possibilités sont plus ou moins développées et travaillées dans les entreprises. Il y a un article notamment qui parle des pratiques d'orientation des personnes malades chroniques (Mezza, 2017), un autre article sur le retour au travail après un accident du travail (Paggetti & al., 2016). Il y a un certain nombre de travaux qui ont été faits à l'interface entre la personne et son parcours et le milieu de travail et ce qu'il permet ou ne permet pas en termes de maintien, de retour, de reclassement, etc. C'est une réponse. Peut-être d'autres personnes auraient des exemples plus précis sur les entreprises elles-mêmes.

Serge VOLKOFF

Moi, ce n'est pas pour répondre à ta question d'à l'instant, sinon pour dire que c'est un peu ce qu'on a essayé de faire depuis lundi, c'est l'une de nos interrogations. Il faudra donc reprendre un peu tout ce qu'a expliqué Gaëtan lundi matin, une partie de ce qu'a analysé Marie-Ève Major hier. C'est une manière d'essayer de convoquer les capacités ou les initiatives du milieu de travail lui-même et donc des responsables, de la hiérarchie, de l'encadrement intermédiaire, des praticiens de la médecine du travail. Enfin, il y a toute une série d'acteurs dans l'entreprise. Vous avez raison de poser la question et on a, pour partie, essayé d'y répondre, je pense, par une partie des interventions.

Ce que je voudrais, c'est revenir à la suite de ton intervention sur deux points, un très bref et l'autre pas très long, et qui ont à voir avec les relations entre la sociologie et l'ergonomie dans ces affaires-là. Parce que de ce point de vue-là, je trouve ton intervention très précieuse. Elle tombe à pic par rapport à des réflexions qu'on a, nous. Je m'en excuse auprès des personnes de notre réseau de recherche, je vais essayer de faire en sorte que chacun s'y retrouve ici. Alors, ma première remarque, c'est pour dire que, quand tu as dit « nous les sociologues, on est parfois un peu embarrassé avec la question de l'action » en réponse à la question de Corinne, je suis tenté, sans vouloir t'embarrasser toi, de dire que tu es embarrassée, et c'est très bien ainsi…

Valentine HÉLARDOT

Oui.

Serge VOLKOFF

On l'est aussi.

Valentine HÉLARDOT

C'est ce que j'allais dire. C'est peut-être moi qui projette !

Serge VOLKOFF

Toi et quelques autres sociologues…

Valentine HÉLARDOT

Oui je sais que ce n'est pas que moi…

Serge VOLKOFF

Oui. Mais enfin, toi et quelques autres sociologues, vous êtes – et c'est selon moi une qualité précieuse – embarrassés, comme on l'est nous. Ce n'est pas parce qu'en ergonomie, on est dédiés aux questions de la transformation du travail qu'on n'est pas embarrassés par cette question-là, à notre manière. Beaucoup de sociologues intervenant dans les questions du travail, de la santé et même de la santé au travail et bien d'autres sujets sociaux, assument pleinement, et puis on peut respecter ça, l'idée de dire qu'ils ne se placent pas dans une perspective de mobilisation de leurs connaissances pour l'action, en tout cas pas pour l'action dans la situation qu'ils ont étudiée. Plus généralement, il y a une évolution du débat social. Oui, j'ai entendu très précisément ce point de vue défendu avec talent. Je ne suis pas en train de faire de procès à quiconque. Ça, c'était mon premier point.

Mon deuxième point, alors, c'est vraiment de l'exploration tâtonnante, c'est à propos de ton usage de l'adjectif « compréhensif » que je comprends parfaitement. Je vois bien dans quel sens tu l'utilises et puis tu as fait un petit entre virgules pour dire que ce n'est pas le sens auquel les ergonomes usent de la terminologie « compréhensif ». Et au moment où tu as dit ça, je me suis dit, « les ergonomes ? ils n'en usent pas tellement à ma connaissance ». Je connais bien la présence de l'adjectif « compréhensif » en psycho-patho, en psychodynamique du travail, où eux-mêmes disent d'ailleurs qu'ils s'inspirent de la démarche de sociologie compréhensive, celle que tu définissais, toi. Mais en ergonomie, sous le contrôle de mes collègues ici, je ne suis pas sûr que l'adjectif « compréhensif », on l'utilise tellement. Il se trouve que dans notre réseau, on est quelques-uns à l'avoir utilisé, mais pour interroger la statistique pour le coup, la statistique pour l'ergonomie, et on a proposé de baptiser « compréhensif » une forme d'approche quanti pour la distinguer d'approches résolument causalistes. Là oui, c'est-à-dire qu'on va seulement utiliser « comprendre » au sens étymologique du terme, c'est-à-dire prendre ensemble. On n'est pas là en train de vouloir forcément démontrer, même si ces résultats-là nous intéressent par ailleurs, mais vouloir démontrer statistiquement que telle caractéristique du travail augmente la probabilité de survenue de tel problème de santé ou la même chose dans l'autre sens, on est en train d'essayer de brasser le tout ensemble. Ce qu'on a appelé à un moment donné « l'écheveau » des relations santé travail au fil du parcours, dans des articles qui ont été un peu constitutifs de notre démarche.

Alors maintenant pour finir ma question : après tout on pourrait se poser la question de pourquoi pas une démarche compréhensive en ergonomie autour des questions de parcours. Et à mon avis, si on le faisait, là on y inclurait l'activité, mais on y inclurait y compris la construction du parcours et la construction de la santé, vues elles-mêmes comme activités. Ce que de fait, tu as fait, à mon avis, dans une partie de tes exemples et ce que peut-être on fait, sans le définir comme ça, dans un certain nombre d'analyses qu'on fait. C'est-à-dire qu'à un moment donné, non seulement la personne au travail, « l'opérateur » comme on dit parfois dans nos jargons, essaye de refaçonner sa situation de travail, mais peut-être aussi, même sûrement, fait quelque chose pour préserver et construire sa santé – ça, c'est bien démontré – dans son activité et fait quelque chose pour construire, façonner son parcours et c'est une activité aussi, plus ou moins entravée ou plus ou moins faisable.

J'insiste sur le volet santé pour dire que, dans le gros des travaux en ergonomie, le fait que le souci de préservation et de construction de la santé soit présent à un moment donné dans la manière dont on fait son activité – j'évite de me pencher de telle ou telle manière, j'évite tel ou tel type de situations, je développe telle ou telle coopération avec d'autres, etc., j'ai construit une expérience de tout ça, – ça, c'est un peu notre fonds de commerce, ça, ça va, on connaît, on l'a. Je ne me souviens pas qu'on ait, par contre, étudié des choses de type : quelle activité je mets en œuvre pour avoir une santé qui me permette de faire ce travail. Je ne suis pas tout à fait sûr que ça soit dans l'ergonomie ça. En tout cas, c'est une vraie question, c'est certain, pour par exemple des sportifs de haut niveau, des personnes qui sont dans le monde du spectacle vivant, là c'est massivement apparent, etc. Il y a toute une série de métiers où il est complètement essentiel de veiller à préserver certaines qualités physiques, psychiques, etc., qui permettent de continuer à l'exercer. Et donc à la limite, ça fait partie du travail que de faire un certain nombre de choses, pendant le travail et en dehors, qui me maintiennent

en état de continuer à le faire. Ça, je pense que ça pourrait être quelque chose comme une approche compréhensive des parcours. Je ne sais pas s'il faut que les ergonomes s'y risquent. Je ne sais pas s'ils le font déjà plus ou moins. Je pense que dans une partie des exemples que donnait Gaëtan lundi matin, il y avait des choses comme ça. Il me contestera s'il n'est pas d'accord. En tous les cas, je trouve que c'est un champ d'investigation important.

Je m'excuse pour cette intervention longue, mais c'est parce que ça m'a vraiment fait réfléchir à ce volet-là. Ce d'autant plus, et vraiment je m'arrête là, qu'on a, nous, dans l'équipe une thèse qui démarre d'une sociologue qui n'a pas pu assister au séminaire, autour du travail d'articulation des sphères de vie, une thèse de socio, où cette articulation est vue comme un travail, c'est-à-dire : quelle activité je déploie ; ce n'est donc pas : je concilie ou je ne concilie pas vie de famille et vie de travail, par exemple, mais c'est : je fais quelque chose pour et qu'est-ce que je fais, comment je m'y prends et comment le contexte, les divers aspects du contexte, me permettent ou m'empêchent d'y parvenir.

Valentine HÉLARDOT

Alors, je voulais juste préciser, à propos de l'embarras peut-être, parce que l'embarras auquel je me référais, ce n'est pas l'idée que nos travaux de sociologues puissent servir à quelque chose. Ce qui serait quand même plutôt une bonne nouvelle... C'est plutôt que, en tout cas moi et je sais que c'est vrai pour d'autres, on se retrouve dans des situations où on étudie et puis parfois on nous demande : « mais alors, qu'est-ce qu'il faudrait faire ? ». Et on a ce « confort », mais qui est un embarras, pour moi en tout cas dans un sens, qui est de dire : « ah non, mais moi je ne suis pas là pour intervenir. Moi, je ne fais qu'étudier ». Et c'est là où je me dis que des ergonomes, par exemple, n'ont pas cette carte-là de dire : « moi, je suis juste là pour étudier, mais je ne suis pas supposé vous apporter de… », voilà.

Après sur « compréhensif », alors on peut complètement annuler ma remarque au sens où ça vient uniquement d'un échange avec toi où j'avais cru comprendre que « compréhensif » était utilisé en ergonomie. C'est pour ça que j'avais retenu l'idée que « compréhensif » en ergonomie, ça voulait dire quelque chose d'assez spécifique et que ce n'était pas la même chose.

Catherine DELGOULET

Juste pour peut-être rebondir quand même sur ce que vient de dire Serge. Il me semble quand même qu'il y a un ouvrage qui s'appelle *Comprendre le travail pour le transformer* (Guérin *et al.*, 2006) et où le titre, les auteurs ne l'ont pas choisi au hasard ; et que l'approche qu'on prend aussi en ergonomie est une approche assumée, même si peut-être l'adjectif n'est pas utilisé, mais il faudrait relire sûrement l'introduction de cet ouvrage. J'avoue que je ne l'ai pas en tête, donc je ne sais s'ils ont fait une réflexion sur cette question-là, mais l'ouvrage ne s'intitule pas « Expliquer le travail » ou « Démontrer le travail » et je pense qu'il y a vraiment un certain nombre d'ergonomes… pas tous, puisque certains aussi adoptent une démarche plus experte et donc là effectivement, ils sont plus dans l'explication sûrement, mais il y a tout un courant qui vise à développer une démarche compréhensive du travail via justement l'étude de l'activité, il me semble.

Anne-Françoise MOLINIÉ

J'avais été sensible aussi à des questions un peu méthodo que tu avais posées, Valentine, et je pensais à des choses qu'on fait, par exemple à ce qu'on fait avec Corinne dans l'aéronautique avec les jeunes compagnons et je me disais, nous, si on veut accéder à des enjeux de santé, il ne faut surtout pas prononcer le terme « santé ». parce que quand on parle de santé, on va accéder à ce qui a été officialisé comme un problème de santé par le médecin du travail. Et ça, je pense que c'est vrai dans plein de situations où on n'accède pas comme ça aux enjeux de santé, que ça soit dans les entretiens biographiques, que ça soit dans les entreprises, et on a tout un travail très fin à faire de construction d'outils

et d'interrogation pour repérer les enjeux de santé, soit avec d'autres mots, soit à travers des situations qui sont des situations de travail, des situations de changement. Alors, il y a toute une réflexion qui a été construite.

Je pensais aussi à ce qui a été à peine évoqué par Marie-Ève Major hier quand elle parlait du schéma corporel. Et je sais qu'avec Nicole Vézina, Karen Messing aussi, elles ont travaillé par exemple sur cet outil comme un outil d'échange. Selon qu'on est avec une femme ou un homme, on ne va pas prendre le même schéma ; selon les types de travaux, on ne va pas mettre l'accent sur les mêmes zones corporelles. Je me souviens aussi d'entretiens de Nicole Vézina où elle disait, quand on est dans un milieu, et j'y pense par rapport à Airbus, de jeunes hommes qui abordent très peu les questions de santé, on ne va pas du tout, par exemple, parler d'emblée de douleurs, mais on va plutôt y accéder en parlant de fatigue éventuellement liée à certains moments de la journée, à certaines zones du corps. Et je trouve que vous avez en socio, que tu as toi en socio, que nous avons dans différents exemples, plein de travaux comme ça sur comment on a des difficultés pour accéder aux questions de santé et comment on les contourne, par quels biais, dans quel milieu professionnel et que ça serait pas mal d'ouvrir un chantier ensemble sur ces questions-là aussi.

Valentine HÉLARDOT

Oui, en socio, je dirais qu'il y a plus que des petits travaux. Il y a toute la socio de la santé, une certaine socio de la santé qui quand même depuis longtemps s'est confrontée à ça et notamment le fait que quand on veut parler de la santé avec les gens, on arrive tout de suite, on le sait, sur les problèmes de santé – déjà ça, c'est une chose – mais en plus les problèmes diagnostiqués, médicalisés. Mais ça, on le sait. On fait des entretiens, on parle de tout ça et puis après on continue et on accède à autre chose. Enfin, c'est vraiment dans l'entretien aussi que se joue le fait de dépasser ces catégories médicales. Et ça se fait aussi en allant interroger… en rentrant par des biais indirects. Je parlais des pratiques. C'est pour ça aussi qu'on parle de « pratiques de santé » ou « pratiques autour de la santé », on lance des filets pour aller chercher des choses, parfois en s'éloignant apparemment du cœur du sujet, mais c'est pour mieux y revenir et revenir d'une façon justement affranchie des catégories médicales qui tout de suite arrivent. Mais il y a toujours une première partie d'entretien où la santé, c'est : qu'est-ce que j'ai comme traitement, qu'est-ce que j'ai vu comme médecin, voilà et puis une fois que ça, c'est fait, on peut presque passer à autre chose, enfin passer au vif du sujet qui est… tout le reste. Et ça, il y a tout un ensemble de travaux qui ont développé des approches de la santé justement non médicalisées. Donc oui, il y aurait tout à fait de quoi échanger.

Gérard CORNET

Oui, je veux rebondir sur le problème posé par Serge qui est celui d'avoir une co-construction en même temps du travail et de la santé. Alors, je me suis interrogé en vous écoutant sur la difficulté qu'on a qui est liée à la perception de la santé au travail. Et je me suis posé la question : avec l'intensification du travail, la complexité nouvelle des tâches, est-ce que ça ne dépasse pas bien le cadre de l'ergonomie ? Comment peut-on prendre en compte les risques psychosociaux liés à l'organisation même du travail et à ces risques ? Par exemple, j'ai étudié le stress et on voit très bien que le stress fait appel à des considérations de perception autres que celles de la stricte ergonomie du poste de travail. Comment je vais pouvoir continuer à faire un travail prescrit qui change, qui va évoluer ? Est-ce que je vais pouvoir m'adapter ? Est-ce que je vais pouvoir m'adapter aux contraintes d'organisation avec moins de marges de manœuvre, avec plus de complexité des tâches, avec plus de réactivité ? Ça, c'est un vrai problème pour la construction de mon parcours au travail. Et comment vous le voyez, vous ?

Corinne GAUDART

Comme l'heure tourne, je propose peut-être de grouper les trois dernières questions pour que Valentine puisse avoir le temps de réagir.

Claire LEBAIL

Je suis ergonome en service de santé au travail. De même, je voulais rebondir sur ce que Serge Volkoff disait tout à l'heure. Je crois que les ergonomes et les psychologues du travail travaillent aussi sur la prise en compte des stratégies de préservation de la santé au cours de l'activité qui font partie de la structuration des parcours professionnels aussi. Alors, consciemment ou inconsciemment. Ça dépend aussi de l'activité et de la prise en compte des différentes difficultés qu'on peut avoir rencontrées dans son activité. Mais ces stratégies de préservation de la santé existent de plein de manières différentes et effectivement l'ergonomie s'y intéresse aussi. C'était juste effectivement une petite remarque.

Fanny VINCENT

Je suis post-doctorante en socio au Creapt. J'avais une question qui rebondit peut-être un petit peu avec celle d'Anne-Françoise sur la quatrième dimension qui n'a pas été abordée, où la santé est invisible, mais où elle façonne quand même les parcours professionnels. Ma question, c'était plutôt sur le sens de cette invisibilité. Enfin, qu'est-ce que vous mettez dans cette quatrième dimension ? Est-ce que c'est une invisibilité plutôt dans le sens d'une négation ou d'une banalisation voire d'un refus de considérer certaines atteintes à la santé par les travailleurs sur leur parcours et du coup, comment est-ce qu'ils font ? Quels sont les façonnements là justement ? Ou est-ce que c'est une invisibilité plutôt dans le sens d'une non-conscience de certaines atteintes à la santé ou de certains effets sur la santé qui peuvent être qualifiés d'évènements de santé a posteriori par exemple ? Enfin, qu'est-ce que vous entendiez, qu'est-ce que vous mettiez exactement derrière ?

Valentine HÉLARDOT

Alors là, j'étais dans l'optique de parler des façonnements de la santé vers le travail, c'est-à-dire comment la santé façonne les parcours. Et là, vous me donnez des exemples qui seraient plutôt dans l'autre sens, alors conscience ou pas conscience d'effets du travail sur la santé. C'est pour ça que du coup… même si tout est lié, d'accord, mais en tout cas, ce que je voulais dire par cette invisibilité, c'est simplement que ce que j'ai rappelé au tout début et dont on parle aussi un peu là, c'est que la bonne santé ne se voit pas, ne donne pas lieu à des évènements. Et donc en quoi la bonne santé façonne les parcours professionnels : elle les façonne parce que de fait, elle ne les empêche pas ou parce qu'elle les soutient. C'était dans ce sens-là que je parlais d'invisibilité. Mais je pense que c'est différent quand même de ce que vous souleviez, si j'ai bien compris, qui est la question de la conscience ou pas d'effets du travail sur la santé ou d'effets de la santé en général. Oui, mais du coup, les effets de la santé sont difficiles à attraper en tant qu'effets de la bonne santé.

Après, par rapport à votre question (G. Cornet), elle est très large. Je pense qu'effectivement, tout ne se joue pas dans le poste de travail lui-même. Je pense que même en ergonomie, on est d'accord avec ça. Alors, vous avez parlé des risques psychosociaux, on peut les appeler comme ça, mais effectivement, si l'idée derrière, c'est qu'il n'y a pas que des aspects physiques, corporels, bien sûr, j'en ai pas mal parlé. Toute la question du rapport au travail est partie intégrante de ce qu'on appelle les parcours professionnels. Je ne sais pas si ça répond à votre question ou si ça renvoie à des choses précises pour vous…

Corinne GAUDART

Je vois l'heure tourner. Ce qu'on peut faire, puisqu'on aura un dernier temps d'échange et de discussions plus général tout à l'heure, donc peut-être qu'on peut revenir sur certaines interrogations à ce moment-là. On a commencé quand même avec un quart d'heure de retard, donc tout va bien. Je vous propose de faire une petite pause là et de revenir vers 11h10. Pour les étudiants du Master, pensez à vous inscrire. Et puis, on poursuit avec Sandrine. Merci beaucoup, Valentine, pour ton exposé.

(*Applaudissements*)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Becker H. S., 1985, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, trad. fr. : Paris, Métailié.

Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, rééd. : Paris, PUF, 2013.

Cavalin C., Célérier S., 2012, Une mesure de la santé à l'âge du travail. Approche du travail par la santé à partir de l'enquête Événements de vie et santé (EVS, Drees, 2005-2006), CEE, *Rapport de recherche* n° 78.

Crasset O., 2013, « "On se fait mal un peu tous les jours", l'effet travailleur sain chez les maréchaux-ferrants », *Travail et Emploi*, n° 136.

Dodier N., 1986, « Corps fragiles : la construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail », *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, n° 4, p. 603-628.

Guérin L. et al., 2006, *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*, ANACT.

Lhuilier D. et al., 2007, « Vivre et travailler avec une maladie chronique (VIH-VHC) », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007/2 (n° 4), p. 123-141.

Lhuilier D., Waser A.M., 2014, « Maladies chroniques et travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 16-1, mis en ligne le 01 mai 2013. URL : http://pistes.revues.org/2885.

Mezza J., 2017, « Les pratiques d'orientation en direction des personnes malades chroniques », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 19-2, mis en ligne le 01 janvier 2017, URL : http://journals.openedition.org/pistes/5093.

Monneraud L. et al., 2016, « Expérience de maladie chronique et vie professionnelle : les ajustements professionnels des travailleurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 34, n° 1.

Omnès C., Pitti L. (dir.), 2009, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Paggetti L. et al., 2016, « Retour à l'emploi après un accident de travail : une coordination entre médecin du travail et médecin-conseil d'assurance est-elle possible ? », *Santé Publique*, 2016/5 (vol. 28), p. 603-612.

Ricœur P., 1983, *Temps et récit*, 3 tomes, Paris, Seuil.

Waser A.M., Lenel P., 2014, « Les transitions professionnelles des personnes touchées par une maladie chronique. Une rupture avec les normes du travail », *Sociologies pratiques*, 2014/1 n° 28, p. 63-73.

Chapitre 9

FIL ROUGE ET DISCUSSION GÉNÉRALE

Sandrine GUYOT, ergonome, INRS, associée au CEET

Corinne GAUDART

Je vais laisser la parole à Sandrine Guyot, ergonome à l'INRS et participante au réseau Creapt pour nous faire un fil conducteur, un retour sur ces deux jours et demi. Puis, si vous le souhaitez et s'il nous reste du temps, on peut vous laisser réagir aussi par rapport à l'ensemble de la journée et/ou par rapport à ce qu'aura évoqué Sandrine.

Sandrine GUYOT

Nous voici donc au terme de ce séminaire qui s'est achevé par l'intervention de Valentine Hélardot nous offrant à mon sens une conclusion de choix sur le sujet qui nous a occupés tout au long de ces trois jours, à savoir la place de la santé dans les parcours professionnels. Valentine à l'instant évoquait les différentes dynamiques de façonnement des parcours par la santé : la fragilisation du parcours par la santé ; la santé ou plus volontiers le problème de santé comme échappatoire à une situation professionnelle qui pouvait être vécue comme insatisfaisante ; et enfin, les dynamiques de préservation ou d'anticipation. En cela, Valentine me propose - et nous propose - une transition toute trouvée pour tenter de mettre en perspective les différentes interventions qui ont composé ce séminaire. Je dirais qu'on voyait déjà aisément à la lecture du programme la voie qui était tracée par les organisateurs, mais c'est vrai que néanmoins, l'exercice du fil rouge reste toujours un peu un exercice d'équilibriste. Exercice qui n'est pas aisé face justement à la richesse des interventions, la richesse aussi bien sûr des débats, et à la diversité des pratiques des intervenants qui viennent de disciplines différentes et qui invitaient aussi, me semble-t-il, à prolonger les débats au-delà du séminaire. J'aurais été volontiers tentée de pointer tous les aspects saillants des communications, en particulier la manière dont elles illustrent, elles éclairent ou elles discutent à leur manière la question de la place de la santé au fil des parcours professionnels, mais je serai sans doute un peu moins ambitieuse. Je pense qu'il aurait fallu peut-être un peu plus de recul pour parvenir complètement à cet exercice.

De manière introductive et sans plus développer ici, les différentes interventions se retrouvent autour de plusieurs idées, au moins deux pour ne citer que celles qui sont les plus évidentes. La première, c'est bien sûr l'interrelation entre santé et travail et leur influence mutuelle ou réciproque, comme le disait tout à l'heure Valentine. On voit qu'effectivement la santé et le travail sont dans un rapport d'intrication, pour reprendre aussi un terme de Valentine, d'encastrement, d'intrication tant positif que négatif, puisque le travail peut altérer la santé en limitant les capacités d'action et de développement du sujet ; mais il peut être aussi un opérateur de santé, en constituer un support lorsqu'il n'est pas directement à l'origine même de la pathologie ou lorsqu'il n'accentue pas les problèmes de santé par les contraintes qui lui sont afférentes. De son côté la santé, dans son versant positif, construit la capacité à travailler et est un facteur d'intégration professionnelle. Dans son versant négatif, elle peut être un facteur de sortie du travail et de l'emploi et donc un facteur de sélection et d'exclusion.

À la suite de cette première idée, une deuxième idée qui me semble effectivement partagée par l'ensemble des intervenants, c'est celle de concevoir la santé comme un construit social et un processus

de développement qui alterne entre équilibre, rupture, réagencement tout au long de la vie, professionnelle en l'occurrence, et cette idée même singulière de la santé amène à l'appréhender sous un angle diachronique. J'y reviendrai. Il y a bien sûr d'autres fils qui réunissent ces interventions. Je vais essayer d'en tirer quelques-uns en revenant sur le contenu des différentes interventions présentées et en espérant ne pas être trop décousue.

Avec les communications de Gaëtan Bourmaud, on a directement plongé au cœur d'histoires, d'histoires de gens et d'interventions – pour reprendre le terme utilisé par Gaëtan, d'interventions ergonomiques d'une part, et d'actions de maintien en emploi d'autre part, qui étaient réalisées dans des services inter-entreprises et en services autonomes. Ces histoires nous ont amenés dans des histoires croisées de santé et de travail, dans lesquelles on a vu à la fois des salariés face aux épreuves de la maladie, du handicap ou d'évènements de santé qui se succédaient, s'entrecroisaient, se combinaient, s'amplifiaient aussi au fil du temps, des histoires aussi aux prises avec un travail dont l'exercice est ou est rendu peu compatible ou incompatible avec l'état de santé. Ce sont également des histoires pour lesquelles le déplacement du regard porté sur la « situation de handicap » a permis des ouvertures de nouveaux possibles qui ne semblaient pas jusque-là envisageables. Je pense notamment ici aux histoires développées par Gaëtan et sur lesquelles je reviendrai peut-être un peu plus tard.

Dans les histoires décrites par Amélie Adam, on a vu transparaitre les difficultés de ces actions de maintien en emploi, mais aussi ce qui a permis pour la plupart d'entre elles d'être menées jusqu'à un terme satisfaisant, même si sans doute ce terme n'était à chaque fois qu'un terme provisoire. Ces facteurs de réussite, elle nous les a cités, sont à rechercher du côté du salarié, du côté de l'entreprise et du côté aussi des structures externes. Alors, sans bien sûr être exhaustive, je vais essayer de citer ces quelques facteurs de réussite, parce qu'il me semble qu'il y a des passerelles avec ce qui a pu être dit par d'autres.

Ces facteurs de réussite du côté du salarié, c'est le rapport qu'il entretient avec son travail, la manière dont il investit son travail et la manière aussi dont il s'implique dans l'action de maintien. Autre facteur également du côté du salarié, son employabilité vue sous l'angle de l'étendue du registre de ses compétences mobilisables dans d'autres activités professionnelles.

Du côté de l'entreprise, ces facteurs de réussite relèvent de la politique de l'entreprise et de son engagement en termes de maintien en emploi et de préservation de la santé. Ils relèvent aussi de la position constructive dans l'élaboration des solutions et des possibilités de reclassement dans le métier ou en dehors du métier. Je rajouterai également un autre point qui m'a interpelée parce qu'en fait, ça rejoignait a contrario d'autres éléments : ça dépend aussi de l'intérêt que porte l'entreprise aux compétences du salarié à reclasser. Amélie nous disait que l'entreprise était plus ou moins à même de jouer le jeu du reclassement pour des salariés dont les compétences étaient spécifiques ou difficiles à retrouver par ailleurs. On a vu aussi, dans une certaine mesure, « l'inverse », quand en raison de son niveau d'expertise, le reclassement du salarié pouvait être « entravé ». Non seulement parce que le nombre de postes qu'on peut lui proposer peut être limité au regard de son expertise, mais aussi parce que l'entreprise, et plus particulièrement l'encadrement, peut ne pas souhaiter se départir de compétences enviables en envoyant ce salarié occuper un autre poste.

C'est aussi ce qu'on voyait poindre dans l'intervention de Willy Buchmann lorsqu'il disait que voir partir un peintre qui faisait bien l'affaire, ça ne faisait pas toujours non plus l'affaire de l'encadrement. C'est perdre une ressource qui est une ressource précieuse, qui peut être difficile à remplacer, en plus de devoir former quelqu'un d'autre à son poste. Je pense qu'on a vu aussi des choses relativement similaires dans l'exposé de Corinne Gaudart et d'Anne-Françoise Molinié sur les mobilités. On voit bien ici et on l'a déjà dit, me semble-t-il, dans les échanges, notamment je crois au travers d'une prise de parole de Valérie Meylan, que maintenir en emploi par le biais du reclassement, ce n'est pas simplement classer ailleurs, déplacer ailleurs et qu'on ne peut pas faire l'économie d'une réelle réflexion sur la prise en compte des compétences à différents niveaux. Mais j'y reviendrai aussi un petit peu plus loin. Donc je referme la parenthèse sur ces facteurs de réussite du côté de l'entreprise pour poursuivre sur les facteurs de réussite qui sont également du côté des structures externes.

On notera par exemple les échanges entre médecins, médecin du travail, médecin-conseil et parfois médecin traitant, les échanges entre médecin, employeur et salarié. Dans l'intervention d'Amélie, l'importance de cette construction collective dans le cadre d'ajustements, de négociations, de délibérations, était assez présente. Cette construction collective apparaissait comme une sorte de condition nécessaire pour faire partager les enjeux du maintien en emploi et pour inscrire ces actions dans une perspective durable. Cette même dimension me semblait aussi être évoquée dans la communication de Willy sur les différentes stratégies déployées par les médecins du travail, et en l'occurrence le médecin du travail, dans les parcours de reclassement, une stratégie qui était aussi dépendante en partie des relations de confiance tissées avec les autres acteurs de l'entreprise. Enfin, on l'a vu également chez Marion Gaboriau, mais là plutôt a contrario au travers du risque, des risques, que peut avoir sur le reclassement des agents de la mairie de Paris l'absence de relations entre les médecins de prévention qui assurent le suivi médical des agents et les médecins agréés en charge de la décision de reconnaissance des inaptitudes.

Construire une action de maintien en emploi avec le salarié, c'est aussi parfois pour le médecin du travail accompagner le salarié dans son acceptation de sa maladie et dans ce qu'elle peut impliquer de renoncement du point de vue de l'activité.

Alors, ces histoires « ordinaires » de maintien dans l'emploi sont venues, me semble-t-il, illustrer la façon dont les évènements de santé pouvaient fragiliser les parcours professionnels et la façon dont ils amenaient parfois à devoir repenser non seulement la situation professionnelle mais aussi le devenir professionnel en reconfigurant le projet professionnel dans son ensemble.

Alors, est-ce qu'on retrouve à un niveau macro-statistique ces phénomènes de répercussion de l'état de santé sur les suites de la vie professionnelle ? Les résultats des différentes enquêtes statistiques que nous a présentés Céline Mardon vont dans ce sens. Une santé dégradée ou déficiente a des incidences négatives sur le devenir professionnel. Elle contribue à la différenciation des parcours professionnels. Elle opère une sélection qui peut prendre la forme de difficultés d'accès ou de maintien en emploi, se traduisant par du chômage, de l'inactivité ou de la précarité de l'emploi, se traduisant aussi possiblement par des départs précoces à la retraite ou encore par des licenciements pour inaptitude. On l'a vu dans les résultats présentés. Pour revenir très schématiquement sur quelques-uns de ces résultats. Premièrement, les problèmes de santé augmentent de manière importante la probabilité de ne plus être en emploi cinq ans après. Deuxièmement, les évènements de santé ont un impact important sur l'augmentation des durées d'inactivité et la diminution de la durée d'emploi au cours de la carrière professionnelle. Troisièmement, la mauvaise santé est aussi corrélée avec les intentions de départ à la retraite de façon anticipée.

Bien sûr, l'ensemble de ces résultats posait des questions sur le maintien en emploi lorsque la santé est susceptible d'éloigner durablement de l'emploi, au risque d'ailleurs de la désinsertion professionnelle, mais la synthèse de Céline nous appelait également à nous interroger sur le maintien dans l'emploi, puisque les enquêtes montrent que les conséquences d'une mauvaise santé sur l'emploi ou le travail ne sont pas si répandues que ça et que les travailleurs resteraient dans leur emploi malgré une santé dégradée et pas nécessairement compatible avec leur travail ou leurs conditions de travail.

Alors, est-ce que la solution passerait par des aménagements de poste ? Si on en croit justement une des publications qu'avait évoquée Céline sur le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé, on serait tenté de dire que oui, puisque les changements ou aménagements de poste favorisent le maintien dans l'emploi, particulièrement lorsque les problèmes de santé sont d'ordre physique. Je ne vais pas vous citer de chiffres supplémentaires ici, mais ces initiatives réduisent beaucoup le risque de perte d'emploi. Là, on est véritablement dans soutenir le travail pour maintenir dans l'emploi.

Mais est-ce que tous les types d'intervention de maintien dans l'emploi le permettent ? Gaëtan justement est revenu sur les limites de certaines interventions qui adoptent une vision défensive réduite à la compensation des déficiences de santé, voire à la surcompensation comme il le soulignait également, par des aménagements souvent techniques des postes de travail. Il soulignait la faiblesse de ces approches à construire de réelles perspectives durables. En contrepoint et en se fondant sur sa pratique

d'ergonome, notamment en matière de maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés, il a pointé les termes de ce que pourrait être une approche qui permettrait de construire des perspectives durables de maintien dans l'emploi et en emploi. J'y reviens rapidement, mais ça me semble effectivement être important puisque là aussi, il y a des accointances fortes avec ce qu'ont pu développer d'autres intervenants. Donc six termes pour qualifier cette approche : une approche globale, systématique, participative, progressive, augmentative et constructive. D'abord une approche globale et systématique, qui considère la situation de travail dans l'ensemble de ses dimensions, à la fois techniques, organisationnelles, psychosociales et individuelles et de leur interdépendance. Ensuite une approche participative, qui inclut bien évidemment le salarié, puisqu'il s'agit d'agir pour et avec le salarié. L'approche doit s'inscrire dans le cadre d'une conduite de projet et de ce fait, mobilise l'ensemble des autres acteurs impliqués. Une approche également progressive, puisque la transformation de la situation se fait par étapes, ce qui permet d'identifier les avantages et les inconvénients de chaque modification. Une approche par ailleurs augmentative, non pas comme la production de solutions qui viendraient s'additionner les unes aux autres, mais comme une production exponentielle. Enfin, sixième caractéristique de cette approche et non des moindres, une approche constructive, fondée sur les ressources des salariés en situation de handicap en l'occurrence ici, et qui cherche à maximiser ces ressources. Je crois que les différentes histoires qui ont été racontées par Gaëtan illustrent bien cet aspect constructif de l'approche dans la recherche d'atteinte d'un nouvel équilibre qui passe par la re-conception de la situation dans sa globalité et aussi l'ouverture de nouveaux possibles.

Des nouveaux possibles qui peuvent être parfois aussi de pouvoir reprendre autrement des parcours qu'on avait dû quitter en raison de l'état de santé. Je pense là justement à un cas qui a été évoqué par Gaëtan, le cas de Christine, où dans le cadre de la conduite de projet – Gaëtan, tu m'interrompras si je dis des sottises – l'intervention a donné à voir aux différents acteurs comment elle avait réinvesti son expérience de la direction d'une agence bancaire dans des activités peu valorisées de back-office relatives à la gestion de procuration de comptes d'entreprises. En le donnant à voir, les acteurs du projet ont pu envisager de nouvelles perspectives de travail pour cette salariée. Sur ce point, Gaëtan a dit une chose qui m'a frappée sur les suites envisagées pour elle par les acteurs du projet ; c'était de dire « on va lui redonner la possibilité de rattraper le parcours qu'elle avait dû abandonner avant ses problèmes de santé ». Et cela, ça donne une belle conclusion à cette histoire.

Cette maximisation des ressources des salariés, c'est également quelque chose qui a été mis en avant par Willy, et vers laquelle le travail de l'ergonome doit tendre en adoptant une approche plus offensive de la santé. Le cadre d'analyse des stratégies des travailleurs proposé par Marie-Ève Major s'intègre aussi parfaitement à cette logique, puisqu'il permet tout autant la transmission des savoir-faire, leur reconnaissance, qu'un moyen d'échanger autour des capacités et des possibilités d'agir.

À propos des processus de reconnaissance de l'inaptitude, en l'occurrence de l'inaptitude à la mairie de Paris, Marion, quant à elle, a posé les questions de l'invisibilisation du travail dans ces processus, et en quoi cette invisibilisation pouvait affecter les parcours professionnels des salariés pour lesquels les décisions d'inaptitude étaient rendues et affectaient également leur suivi médical par les médecins de prévention. On l'a vu, dans le processus de reconnaissance des inaptitudes, le travail était escamoté. L'inaptitude et l'amorce même du processus de reconnaissance de cette inaptitude s'originaient bien dans l'articulation entre travail et santé, mais la dimension du travail était négligée a posteriori, voire évacuée du champ de la décision de l'inaptitude et du reclassement. Les décisions qui étaient prises l'étaient plutôt dans une logique gestionnaire, médico-administrative dans laquelle le travail des agents n'avait que peu de place, et ce sont aussi des décisions qui étaient laissées à la délibération d'acteurs médicaux qui n'ont pas ou peu de connaissance des métiers, des conditions de travail et des possibilités de reconversion de ces agents. Alors, c'est vrai que ce processus spécifique interroge sur son efficacité à construire des parcours professionnels, des parcours de reconversion ou de reclassement qui soient durables. D'autant qu'on l'a vu par exemple dans les interventions de Willy, la conception de parcours durables de reclassement est quelque chose de complexe. Ça implique de considérer des temporalités hybrides. Le reclassement doit être pensé dans une approche diachronique, mais implique aussi d'intégrer différents paramètres comme des paramètres de santé, des paramètres

de disponibilité et de compatibilité de postes avec les limitations physiques et les compétences des individus et également aussi des paramètres de production.

Il me semble que l'exposé de Marion amenait également à débattre d'une autre question qui n'est pas sans lien avec la précédente, c'est la question du caractère « protecteur » du statut de fonctionnaire dans le cas de risque d'inaptitude pour les salariés. Effectivement, le statut est protecteur de l'emploi puisqu'il assure le maintien d'un emploi à vie alors même que les capacités fonctionnelles peuvent être réduites. Les risques de licenciement pour inaptitude sont quasi nuls à la différence du secteur privé. Pourtant, on le voyait également, ces inaptitudes ont des conséquences sur les parcours professionnels puisque ce maintien en emploi, ce statut dit « protecteur » de l'emploi a un coût, un prix à payer qui n'est pas marginal. Il peut se compter en inactivité forcée, en mise en disponibilité d'office, dans une sorte de zone grise où l'emploi peut être synonyme de non-travail ou encore en un reclassement dans des activités qui sont des activités subsidiaires. Donc la reconnaissance en inaptitude statutaire, pour reprendre les termes de Marion, permet certes, de rester et de conserver un emploi, mais parfois au prix d'une dévitalisation du travail. Pour revenir sur ce que disait Marion, le maintien dans l'emploi mais sans travail, est-ce que c'est bénéfique pour la santé ? Ça nous invite à nous interroger sur le sens du maintien en emploi dans un contexte où celui-ci peut se traduire par une inactivité dont le terme est incertain, ses conditions de sortie imprévisibles ou par une reprise d'activité dans des circonstances qui restent précaires ; toutes deux à terme délétères pour la santé et pénalisantes en matière de trajectoire professionnelle. Donc l'inaptitude, si elle ne se traduit pas là par une perte d'emploi, n'est pas pour autant exempte de conséquences sur l'activité et le parcours professionnel.

Cette situation particulière de l'inaptitude dans la fonction publique ajoute un terme supplémentaire au dilemme auquel certains médecins du travail se disent confrontés dans l'usage même des dispositifs de sortie anticipée liée au travail. Et là je reprends ici des choses qui ont été dites dans une publication écrite par deux médecins du travail, Fabienne Bardot et Annie Touranchet, entre préserver la santé en prononçant une inaptitude ou bien repousser cette décision et tenter de trouver le moins mauvais des arrangements qui permette un maintien en emploi.

Les différentes interventions ont aussi je crois, montré l'apport des approches diachroniques à l'analyse des liens entre santé, travail et compétences au sein des parcours professionnels. Elles éclairent les dynamiques de construction, par exemple des reclassements professionnels. Il y a des problèmes ostéoarticulaires comme l'a mis en évidence Willy, ou par exemple également dans les mobilités professionnelles dans l'aéronautique, comme le soulignaient Anne-Françoise et Corinne. C'est également le cas pour Amélie et Gaëtan qui nous proposent aussi de replacer les actions de maintien en emploi dans le temps long des histoires, des histoires de santé et de travail et dans leur emboitement. Donc l'approche diachronique permet de remettre en perspective les évènements dans un amont et dans un aval. On le voit avec les reclassements chez Airbus avec Willy où le reclassement est à reconsidérer dans un continuum qui s'ancre en amont même du reclassement. Le premier reclassement est précédé d'alertes, d'alertes à distances plus ou moins longues de l'enclenchement de la procédure de reclassement, et un continuum qui va au-delà aussi du reclassement opéré qui est un reclassement rarement définitif.

Le reclassement s'inscrit là dans un processus de long terme fait d'ajustements successifs entre évolution des douleurs et des pathologies, possibilités de reclassement dans des postes qui allient combinaison santé et compétences, et changements des postes qui répondent à des objectifs de production, changements qui sont là indépendants des problèmes de santé mais qui pour autant, par ailleurs, peuvent ralentir les processus de guérison. On ne parvient pas réellement à un résultat satisfaisant ou lorsqu'on y parvient, en tout cas, ce n'est qu'après plusieurs essais, jusqu'à ce que, on serait tenté de dire, de nouveaux changements amènent à revoir les paramètres de l'équation, voire à concevoir, à reconcevoir, une toute nouvelle équation.

On retrouvait, me semble-t-il aussi, ces mêmes constats lors de l'évocation des cas qui étaient abordés par Amélie. Les actions de maintien en emploi sont de perpétuels tricotages, retricotages, détricotages, au gré des évolutions de la santé, de l'apparition de nouveaux évènements, de modifications

aussi bien sûr des capacités fonctionnelles, des possibilités de reclassement au sein de l'entreprise dans les mêmes métiers, avec des niveaux de contraintes différents ou dans d'autres postes qui soient compatibles avec la capacité de travail et aussi l'exercice des compétences. On voit bien que la trame peut se découdre et obliger à reconsidérer de nouveau l'ouvrage. Et en l'occurrence, Amélie donnait plusieurs exemples de tentatives de maintien dans le poste qui avaient été reconsidérées et retravaillées par de nouveaux évènements de santé, la survenue d'accidents ou bien l'allongement de la durée de travail. Donc on le voit là, les différentes actions de maintien en emploi ne prennent leur pleine signification qu'au regard des différentes dynamiques qui les ont sous-tendues. Elles s'inscrivent en cela dans un continuum.

Le risque, comme le disait Willy, est que la mémoire de ce qui a prévalu à ces arbitrages, à ces compositions entre santé, travail et compétences, de ce qui a prévalu également au choix de certains modes d'organisation, ne disparaisse au fil du temps, au fil des changements dans l'entreprise. Ce que disait Willy à propos des pièges de l'amnésie des entreprises qui sacrifient au présentéisme me faisait penser au titre d'un article de l'historien Marc Bloch « Ces êtres trop souvent sans mémoire que sont les grandes entreprises », qui croient volontiers ne dépendre que du présent. Ça me semblait effectivement répondre en écho à ce qu'avait dit Willy.

La reconstitution de ces processus de reclassement serait l'occasion, au travers de leur analyse et leur mise en débat, d'aider l'entreprise dans la construction de son expérience sur les changements, leurs vertus et leurs limites. J'ajouterai même, en reprenant la proposition de Serge dans une de ses prises de parole, qu'il pourrait être intéressant de regarder ce qui s'est passé non seulement pour le travailleur dans la réaffectation mais aussi pour le collectif, dans la perspective de développer l'expérience de l'entreprise sur ce qui peut permettre des reclassements durables. Ces reconstitutions permettraient une mise en visibilité des articulations entre santé, travail et compétences à plusieurs niveaux de l'organisation, d'autant plus nécessaires dans des contextes d'organisation en perpétuelle transformation. Ce point de vue est, me semble-t-il, également présent dans l'intervention d'Anne-Françoise et de Corinne.

Quels sont les liens entre santé et changement ? Quels sont les impacts aussi sur les possibilités de construire des parcours professionnels en santé et compétences ? Ce sont aussi des questions que Corinne et Anne-Françoise ont instruites dans leur intervention en s'intéressant à un type de changement que sont les mobilités professionnelles. L'approche développée considère d'une part que la santé se construit dans et par les changements dans le travail, dans les non changements, les immobilités et « ce qui n'a pas eu lieu », qui émaillent les parcours mais aussi les modèlent ; d'autre part, que ces liens entre changements et santé ne sont a priori ni positifs, ni négatifs, mais conditionnels, c'est-à-dire fonction des ressources et des possibilités d'agir au niveau individuel, collectif et organisationnel.

On retrouve également cet aspect ambivalent des changements dans l'une des études décrites par Céline sur l'analyse des changements dans le travail et leurs enjeux de santé, à partir de l'enquête « Santé et Itinéraire Professionnel ». Ils peuvent être l'occasion de développement propice à la santé, permettre de se mettre à l'abri de la pénibilité de certaines contraintes professionnelles ou de réduire la durée d'exposition à celles-ci. Ils peuvent également conduire à des effets négatifs sur les conditions de travail et de santé, selon la nature des changements. Je renverrai ici à la typologie des changements citée par Céline et leurs effets sur la santé ; tout en rappelant que dans cette typologie seuls les changements dits « intégration » constituent un progrès dans la qualité de vie au travail des salariés, c'est-à-dire contribuent à leur santé, incluant les capacités d'agir sur l'environnement et d'épanouissement personnel.

Pour revenir à la présentation de Corinne et Anne-Françoise, je retiendrai principalement trois idées. En premier lieu, que les questions de santé n'apparaissent pas ou peu organisatrices des parcours professionnels. Elles sont soit le résultat (salutaire ou non) de choix faits selon d'autres critères, soit des perturbations amenant à la mise en place de procédures de mobilités spécifiques, initiées par les médecins du travail, et dérogatoires par rapport aux « règles » habituelles des mobilités. « Quand la

santé s'en mêle… » - pour reprendre le titre d'une des diapositives de leur présentation-, ce sont les repères que les compagnons se sont constitués pour tracer leurs propres parcours au travers des différents chemins de mobilité possibles qui vacillent. « Quand la santé s'en mêle… », ce sont les perspectives professionnelles que ces compagnons doivent réévaluer voire parfois complétement reconsidérer. Mais aussi ces difficultés de santé, lorsqu'elles sont rendues visibles et viennent justifier les mobilités, sont un facteur de fragilisation collective et organisationnelle, en perturbant les logiques qui organisaient les parcours professionnels et les normes d'évolution et de progression professionnelles. Je retiendrai en second lieu le caractère ambivalent de ces mobilités du point de vue de la santé. Dans la situation analysée, les changements de travail ont pu contribuer à la fois à la réduction des pénibilités et à une progression en terme de compétence. Ils semblent également bénéfiques pour la santé, au moins à court terme. Néanmoins ces mobilités se révèlent être aussi des épreuves dans les itinéraires professionnels et pour les régulations collectives. Elles impliquent des mobilisations physiques, psychologiques et sociales, et requièrent des capacités importantes d'apprentissage et de transmission, re-sollicitées à chaque nouveau changement. Enfin, troisième point, la place des encadrants de proximité dans l'orientation des parcours professionnels. Parce que même si dans l'organisation des mobilités, il n'y a pas de critères de santé, en tout cas dits comme cela, il y a d'autres critères, des critères métier, des critères collectifs d'évaluation professionnelle, qui peuvent permettre aux salariés de sortir de certaines pénibilités dans des délais et des conditions acceptables. C'est me semble-t-il un point important puisqu'avec la place des encadrants dans l'orientation de ces parcours, on voit aussi que les processus dans lesquels se jouent les enjeux de santé débordent des lieux et des cadres où se traitent habituellement les questions de gestion de la santé, avec également d'autres acteurs qui indirectement et parfois invisiblement contribuent aussi à ces questions.

Mettre en visibilité et en débat les liens entre travail et santé (et les acteurs qui participent à tisser ces liens), c'est ce qu'a proposé également Marie Eve, en utilisant pour ce faire un cadre d'analyse des stratégies des travailleurs qu'elle a développé à l'occasion d'une étude auprès de saisonnières de l'industrie de transformation du crabe et dont elle a éprouvé la généralisation dans une entreprise de véhicules motorisés récréatifs. Ces études ont permis de mettre au jour la grande variété de types de stratégies déployées par les travailleurs pour demeurer au travail, en gérant leurs douleurs liées notamment à des TMS pour les salariées de l'entreprise de transformation du crabe, dans un contexte où la durée d'emploi conditionne l'éligibilité à des prestations d'emploi. Certaines de ces stratégies permettent de préserver à court terme la santé en sursoyant aux douleurs. Mais on peut s'interroger sur leur potentiel à prévenir ou du moins à ne pas aggraver les TMS, ou à engendrer d'autres pathologies à plus long terme. On l'a vu, l'utilisation de cette catégorisation des différentes stratégies auprès des travailleuses et d'autres acteurs des entreprises concernées a permis de mettre en débat les conditions de potentialités de ces stratégies pour se maintenir en emploi. Le cadre d'analyse proposé, adaptable à d'autres situations, relève également de ces outils donnant à voir, à comprendre, mais aussi à transmettre et à permettre cette « conscientisation » évoquée par Marie Eve, dans l'entreprise et parfois au-delà de ses murs auprès d'acteurs décisionnaires de politiques publiques, ici pour une prévention durable des TMS.

Au cours de ce séminaire, d'autres outils nous ont été présentés, comme permettant d'accompagner « un travail d'analyse réflexive » auprès de l'entreprise. C'est ce dont nous parlait Willy à propos de l'utilisation des reconstitutions chronologiques des parcours de reclassement pour cause de TMS ; Gaëtan avec des chroniques de vulnérabilité au travail, à la fois produit d'échanges et support à des discussions collectives préalables à la demande d'intervention de maintien en emploi de travailleurs handicapés. Enfin, avec la présentation de Corinne et Anne-Françoise, nous avons aussi pu voir comment l'entreprise s'était emparée d'un des outils de « micro-démographie » qu'elles avaient conçu pour en faire un outil d'aide à la décision pour les chefs d'équipe.

La quantification, au travers du processus d'objectivation des liens qu'entretiennent les variables entre elles, participe également à cette mise en visibilité, préalable indispensable au débat. Céline nous le rappelait en conclusion de son intervention sur les différentes enquêtes statistiques s'étant

intéressées aux répercussions des problèmes de santé sur la suite de la vie professionnelle. Elle reprenait une citation de Marion Gilles qu'il me semble intéressant de redire ici, car elle rend bien compte du fait que les statistiques ne font pas que mesurer mais portent aussi une certaine définition des phénomènes mesurés : « Les statistiques, dit Marion Gilles, ne sont pas des reflets passifs des phénomènes qu'elles prétendent résumer, mais elles contribuent à les faire exister et à les former. » Je crois par exemple que nous en avons eu la démonstration avec ce que nous a présenté Marie Eve sur la quantification des stratégies développées par ces travailleurs et travailleuses.

Pour continuer sur ces aspects de méthode, les différentes interventions ont illustré leur diversité, leur complémentarité ainsi que l'intérêt de leur couplage pour rendre compte, analyser, mettre en perspective les liens entre santé et travail et la dynamique de construction de ces liens. Valentine évoquait d'ailleurs à l'instant la complémentarité des différents angles d'approche entre approches quantitatives et qualitatives. Les approches balistiques, de type quantitatif, reposent sur des modèles d'analyse de causalités statistiques entre variables de santé et variables de parcours. Nous sommes ici dans ce que nous a présenté Céline avec des enquêtes longitudinales sous différentes formes, rétrospectives ou prospectives. Mais aussi des approches quantitatives dans l'utilisation de la statistique à l'échelle de l'entreprise. Et les approches compréhensives –je tiens au terme - de type clinique, qui apportent un éclairage qualitatif aux problèmes de santé pris dans les singularités des parcours individuels. Elles donnent également un éclairage sur la manière dont les individus identifient, donnent du sens à ces événements de santé, y font face ou non en élaborant des stratégies d'anticipation, de préservation, de prévention, dont on a vu le large éventail dans les travaux de Marie Eve.

L'articulation entre ces approches quantitatives et qualitatives et la pertinence de leur accroche nous a d'ailleurs été montrée dans les interventions de Willy d'une part et d'Anne-Françoise et Corinne d'autre part, avec l'exploitation d'analyses d'activité, d'études de cas et de données de l'observatoire EVREST.

Enfin, je terminerai sur un rebouclage pour permettre la discussion qui j'espère pourra avoir lieu. Je voulais simplement rappeler ce qu'avait dit Valérie au premier jour du séminaire sur l'intention même du séminaire, qui était de proposer plusieurs déplacements par rapport aux questions de maintien en emploi telles qu'elles sont souvent abordées, d'où le titre du séminaire qui, comme le disait Serge, en utilisant le « ou » exclusif entre « maintenir en emploi » et « soutenir le travail » se voulait interpeller de manière un peu provocatrice certaines approches en matière de maintien en emploi. Les déplacements proposés étaient au nombre de trois : le premier consistait à compléter l'objectif d'emploi par le travail ; le second déplacement consistait à inscrire les réflexions autour du maintien en emploi dans le temps long où se combinent les trajectoires personnelles, les histoires d'entreprises et des métiers qui s'y exercent ; et le troisième déplacement s'attachait à considérer les questions de « gestion » de la santé au-delà d'où elles sont institutionnalisées et d'où elles sont aussi habituellement rendues visibles.

Alors, pour me permettre une petite conclusion, une satisfaction personnelle mais que j'espère aussi collective, il me semble que les différentes interventions ont permis à leur façon d'opérer ces décalages pour rendre compte à la fois d'une réalité plus complexe, mais aussi penser de manière plurielle la place de la santé au fil des parcours professionnels.

Et c'est ici que je conclurai.

Corinne GAUDART

Merci beaucoup, Sandrine. C'était extrêmement complet et je pense que tu peux quasiment faire un article de synthèse. Il nous reste une dizaine de minutes si vous souhaitez réagir ou poursuivre aussi la discussion avec l'exposé de Valentine.

Un intervenant

Merci beaucoup. Je vais être très court : Bravo ! Je pense qu'on aura cet écrit dans les documents. On pourra retrouver ça ?

Corinne GAUDART

Bien sûr que oui. En plus, Sandrine a rédigé, donc c'est bien.

Un intervenant

C'est remarquable ce que vous venez de faire comme synthèse parce que quand on n'est pas trop de l'univers et qu'on se prend ce sujet de la santé, de l'emploi, etc., c'est quand même très complexe. Vous venez de le dire. On aborde ça sous tous les angles, etc., et on se noie très rapidement. Puis finalement, quand on déconstruit ça et que tout doucement on reprend chaque pièce du puzzle, on finit, moi qui suis un néophyte complet, à comprendre un petit peu. Et puis on se dit, mais qu'est-ce qu'on va faire de tout ça ? Comment ? J'en ai noté une vingtaine de pages. Et là, vous arrivez, toute souriante, et vous nous faites une synthèse magique et je ne peux que vous remercier.

Serge VOLKOFF

Ta synthèse m'amène à insister sur deux points par rapport à la logique même du séminaire et en lien avec les discussions qu'on a eues quand on a décidé de prendre ce thème et la préparation. Ce qui me frappe, c'est que, d'une part, parce que tu y es revenue par divers biais à plusieurs moments, probablement que finalement je revendique à nouveau le « ou » dans le titre. Finalement, tout bien pesé, ce n'est pas la même chose. Les deux préoccupations ont leur légitimité, mais penser le maintien en emploi et penser à soutenir le travail, ce n'est pas tout à fait la même histoire. L'idée que j'ai derrière, c'est que ce n'est pas la même métaphore du côté du parcours. Je pense que le maintien en emploi est somme toute assez évènementiel, pour reprendre les critiques que faisait Valentine tout à l'heure, avec cette idée qu'à un moment donné, il y a des blocages, il y a un blocage qui survient, et on essaye d'ouvrir quelque chose à l'intérieur de la barrière ou trouver un mode de contournement ou trouver une manière de passer par-dessus, etc. Or, à cette coupure transversale au parcours à laquelle renvoie la thématique du maintien en emploi, je trouve qu'il y a une lecture beaucoup plus en termes de resserrement à un moment donné. C'est-à-dire que le parcours est en train de devenir étroit, pour des raisons qui tiennent à la fois aux politiques de l'entreprise – ça a été rappelé tout à l'heure –, à la santé et aux compétences, à cet ensemble de couplage, et à un moment donné, c'est en train de se rétrécir et c'est ça à quoi il faut essayer d'être attentif. Donc c'est une autre lecture quand même, selon qu'on pense à un moment donné à un risque de coupure dans le parcours, ou un constat à un moment donné d'un peu d'étranglement. On pourrait presque l'évaluer en temps réel cet étranglement, chez des personnes qui ne sont pas en train d'être bloquées mais qui potentiellement peuvent le devenir à cause de ce goulet, ce resserrement.

Alors du coup, ça donne encore plus de poids à ce sur quoi tu as insisté, sur l'espace délibératif collectif dans l'entreprise. Et je me demandais par rapport à la liste des six conditions de démarche qu'énumérait et expliquait Gaëtan lundi matin. Alors, je ne sais plus si tu l'as défendu comme tel, moi je me vois presque le défendre comme tel. C'est non seulement les conditions d'une démarche aboutie pour le cas qu'on est en train de traiter, mais c'est probablement les conditions d'une démarche enrichissante pour pouvoir traiter les étranglements à venir pour d'autres non encore bloqués. Je ne sais pas si tu te reconnais Gaëtan dans ce que je viens de dire, mais ça me frappe. C'est-à-dire que probablement, c'est complètement ce que tu as dit toi, c'est une certaine manière de créer une culture d'entreprise de traitement des processus d'étranglement, qui au fond n'est pas très loin de devenir, du coup, une culture d'entreprise en général en santé travail. On n'est pas loin de pouvoir enrichir en

général toutes les capacités d'action et de délibération de l'entreprise en santé travail sur la base de ces situations-là. À condition d'en garder une forme de trace de la réflexion collective des acteurs internes ou externes d'ailleurs, de l'entreprise.

Gérard CORNET

Sandrine, vous avez parlé d'approche augmentative. Est-ce que vous pouvez préciser un peu ?

Sandrine GUYOT

Gaëtan est mieux placé pour parler de cette dimension de l'approche de maintien dans l'emploi. On peut dire qu'il ne s'agit pas simplement d'être dans des solutions qui sont cumulées et additionnées les unes aux autres, mais dans une perspective plus exponentielle. Mais Gaëtan le dira mieux que moi.

Gaëtan BOURMAUD

C'est tout à fait ça, Sandrine. Je pense qu'il y a ce premier point qui semble être très évident dans le terme « augmentatif ». C'est bien l'idée, tu l'as reprise, d'image par les mathématiques, non pas d'une addition, mais d'un caractère exponentiel qui revient aux approches systémiques que la somme des éléments étant plus que le tout. On peut espérer qu'effectivement, il pourrait y avoir comme des solutions augmentées par de nouvelles, les uns les autres. Le deuxième aspect qui est lié à ça, c'était le principe de progressivité que tu as rappelé. Parce que finalement, un des premiers dangers serait de transformer toute la situation d'un coup, aboutissant à une situation nouvelle dont finalement on perd pour partie tous les éléments de compréhension qu'on avait tâché de construire précédemment. Et du coup dans l'idée aussi d'un principe progressif et augmentatif, c'est quelque part se donner la possibilité de réanalyser, de reprendre le fil qu'on avait tâché de tisser et de s'assurer qu'on tient le cap. C'est peut-être un petit peu ça qu'il y a aussi derrière l'idée.

Corinne GAUDART

D'autres commentaires ? Donc, ça veut dire qu'il est le moment de clore ce séminaire. Alors, on n'était pas très nombreux pour cette dernière matinée, mais tant pis pour les absents parce que moi je l'ai trouvé bien passionnante. Merci à vous d'avoir été assidus pendant ces deux jours et demi. On espère vous voir à la prochaine édition.

(Téléchargeables à partir du site ceet.cnam.fr)

N° 107 *Des heures et des années : les horaires au fil du parcours professionnel. Actes du séminaire « Âges et Travail », mai 2017.*

CORINNE GAUDART, SERGE VOLKOFF, VALERIE ZARA-MEYLAN, COORD., CNAM, CREAPT, CEET

mars 2019

N° 106 *Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico-administratives*

THOMAS BARNAY, BASSEM BEN HALIMA, MOHAMED ALI BEN HALIMA, EMMANUEL DUGUET, JOSEPH LANFRANCHI, CHRISTINE LE CLAINCHE (COORD. PROJET),

juin 2018

N° 105 *Fondements historiques et dynamiques de la réparation des cancers professionnels*

SYLVIE PLATEL

mars 2018

N° 104 *Travailler avec et pour un public : l'expérience des autres. Actes du séminaire « Âges et Travail », mai 2016*

CNAM, CREAPT, CEET

décembre 2017

N° 103 *Le travail d'encadrement. Quelles évolutions ? Quels parcours ?*

CNAM, CREAPT, CEET

janvier 2017

N° 102 *La Garantie jeunes du point de vue des missions locales : un modèle d'accompagnement innovant, mais source de bouleversements organisationnels*

NICOLAS FARVAQUE (COORD.), CLAIRE KRAMME, CAROLE TUCHSZIRER

novembre 2016

N° 101 *La Garantie jeunes en action. Usages du dispositif et parcours de jeunes*

MARIE LOISON-LERUSTE, JULIE COURONNÉ, FRANÇOIS SARFATI

novembre 2016

N 100 *Diversité et dynamiques des intermédiaires du marché du travail*

YANNICK FONDEUR, ANNE FRETEL, JEAN-MARIE PILLON, DELPHINE REMILLON, CAROLE TUCHSZIRER, CLAIRE VIVES

novembre 2016

N° 99 *Le recours à l'activité réduite : déterminants et trajectoires des demandeurs d'emploi*

SABINA ISSEHNANE (COORD.), FABRICE GILLES, LEONARD MOULIN, LEILA OUMEDDOUR, FLORENT SARI

octobre 2016

N° 98 *Les différents visages de l'encadrement en Europe*

LOUP WOLFF

AOUT 2016

N° 97 *Entre gestion dirigée et marché ouvert. Les cadres expérimentés du ministère de l'Écologie face aux restructurations de l'État*

ALEX ALBER, PARTICIPATION DE NADEGE VEZINAT

juillet 2016