

Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ?

AUTEURS :

D. Lhuilier, psychologue du travail, professeure émérite, Centre de recherche sur le travail et le développement - Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

A.M. Waser, sociologue, maître de conférences, Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE-CNAM)

EN RÉSUMÉ

Prévention de la désinsertion professionnelle, accroissement du nombre de restrictions d'aptitudes et d'inaptitudes médicales, de demandes d'aménagements du poste ou du temps de travail, de reclassement professionnel pour inaptitude... autant de questions dont l'intensité et la complexité vont croissantes. En effet, il s'agit bien de faire face au défi du maintien en activité – et pas seulement en emploi – des salariés travaillant avec une santé altérée.

Les stratégies usuellement déployées pour atteindre cet objectif sont en panne. L'intensification du travail, l'érosion des postes « doux », la réduction du recrutement de jeunes permettant la mise à l'abri des seniors... complexifient fortement la prévention de l'usure prématurée et la réintégration de salariés après une longue maladie ou une inaptitude médicale. La recherche-action présentée ici explore à la fois les processus en cause et les voies de construction d'un travail soutenable, entendu comme permettant au travailleur de maintenir sa santé, ses compétences, son employabilité.

MOTS CLÉS

Désinsertion /
Maintien dans
l'emploi /
Vieillessement

Une part croissante de salariés travaille avec une santé altérée. Ce constat s'explique par différents facteurs étudiés lors d'une recherche sur la vie avec la maladie chronique, entendue comme troubles plus ou moins graves mais durables. Il peut s'agir tout à la fois, comme explorés lors de l'investigation présentée ici, de séquelles d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (les troubles musculosquelettiques -TMS- notamment), de diverses maladies chroniques telles que diabète, cancers, maladies cardiovasculaires, ou de troubles de santé liés au vieillissement ou à des phénomènes d'usure prématurée au poste de travail [1]. Cette recherche souligne la difficulté majeure qu'ont les salariés à la santé altérée à se maintenir en emploi. En effet, les organisations du travail ne semblent pas avoir pris la mesure de ce phénomène. En poursuivant une évolution essentiellement orientée vers la rentabilité-réactivité, des contraintes multiples peuvent rendre caduques les régulations, les stratégies individuelles ou col-

lectives qui permettaient à ceux qui ont une santé fragile de se ménager, de tenir. Les exigences de productivité et d'adaptabilité aux multiples changements, organisationnels, de méthodes, d'outils ou d'objectifs demandent un surplus d'énergie et d'investissement de la part de tous les travailleurs, et plus encore de ceux qui ont une santé altérée. Ces changements ne sont pas toujours vécus comme négatifs. Mais le défaut de temps de transition, des changements trop fréquents, dépourvus de sens ou dont les objectifs sont contraires à ceux poursuivis par les travailleurs avec une santé fragile, contribuent à mettre en échec les tentatives de retour ou de maintien en activité des travailleurs qui cherchent à tenir deux objectifs : efficacité au travail et préservation de leur santé.

L'accroissement des sorties de l'emploi pour raison de santé (pré-retraite, invalidité, licenciement), le tarissement des postes « doux », l'augmentation des files actives de salariés à reclasser constituent autant de problèmes qui ne peuvent être traités par les seuls services

Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ?

de santé au travail ou des ressources humaines. L'allongement des délais pour un reclassement concourt au risque de désinsertion professionnelle. Il témoigne de l'inaptitude des organisations du travail à intégrer les variabilités individuelles, à prévenir les inaptitudes médicales et demandes de reclassement.

Dans ce nouveau contexte, comment envisager le rapport au travail et l'organisation du travail pour une poursuite, en santé, des activités professionnelles, y compris de celles reconnues comme pénibles ? Et comment repenser les processus d'aménagement du travail et de reclassement afin de prévenir deux écueils souvent rencontrés : la gestion solitaire et clandestine de la compatibilité entre sa santé fragilisée et les exigences du travail prescrit ne tenant pas compte du travail réel au risque d'une aggravation des « problèmes de santé » ; le ressentiment de ceux qui ont quitté leur poste et sont dans l'attente d'une réaffectation perçue comme semée d'embûches (perte de savoir professionnel, du vivre-ensemble, longue durée de l'attente d'un autre poste...) ? Sentiments d'injustice et d'abandon se conjuguent à l'anxiété d'être dessaisi de son avenir professionnel, de n'être qu'« un pion déplacé », privé d'une activité valorisée, valorisante.

Dans le prolongement de ces travaux précédents, la recherche-action (RA) conduite avec le service des ressources humaines d'une grande ville, présentée dans cet article, interroge la place des collaborateurs fragilisés. Elle vise à identifier les conditions permettant l'élaboration de stratégies individuelles, collectives et organisationnelles afin d'autoriser la poursuite de l'activité d'agents

avec des capacités de production fluctuantes. Quelles sont les régulations permettant de gérer individuellement et collectivement les situations de travail pénibles ? Quels types d'arrangements informels, de savoir-faire de prudence, se mettent en place au sein d'équipes de plus en plus souvent composées de salariés qui ont des problèmes de santé ? Quelle organisation du travail, formelle, informelle, peut soutenir ce travail de construction et de négociation de sa/la santé ?

Contrairement aux représentations dominantes qui considèrent que la place du malade serait celle que lui assigne l'arrêt maladie, hors du travail, et ce jusqu'à son rétablissement, entendu comme retour à l'état antérieur, « bien portant », les travailleurs à la santé fragilisée sont de plus en plus nombreux dans le monde du travail.

Une conjugaison de facteurs contribue à cette évolution [1]. Les transformations du travail peuvent favoriser une usure prématurée, notamment dans certains métiers reconnus comme associés à de fortes pénibilités. L'amélioration des techniques de dépistage et de diagnostic conduit à une meilleure identification des pathologies et à des diagnostics plus précoces. L'amélioration des thérapeutiques permet une reprise ou une poursuite du travail. Une attention plus grande est portée aux troubles psychiques et ils font l'objet d'une plus grande reconnaissance dans le champ de la santé au travail. Enfin, le recul de l'âge de départ à la retraite contribue au vieillissement de la population active, vieillissement synonyme de « problèmes de santé » chroniques, plus ou moins invalidants.

Pour avoir un ordre de grandeur de l'ampleur de la population concernée, selon l'enquête Emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ce sont 5,7 millions de personnes de 15 à 64 ans qui soit souffrent d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou durable les limitant depuis au moins 6 mois dans leurs activités quotidiennes, soit ont une reconnaissance administrative liée à un handicap ou une perte d'autonomie. Mais seules 45 % d'entre elles sont en emploi [2]. Les troubles de santé à une date donnée s'avèrent prédictifs de sortie d'emploi (vers le chômage ou l'inactivité) quelques années plus tard [3 à 5]. Un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) souligne que « *les effets délétères des problèmes de santé et du handicap sur l'emploi sont avérés avec de fortes inégalités sociales et de faibles chances de retour à l'emploi en cas de désinsertion professionnelle* » [6]. Ce même rapport précise que 10 % des postes, soit environ 2,3 millions des « couples salarié-emploi », ont fait l'objet d'une ou plusieurs mesures d'aménagement ou de restriction de la part de la médecine du travail à un moment donné. Une enquête menée par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) d'Aquitaine [7] s'intéresse non seulement à l'accroissement du nombre des inaptitudes médicales à tout poste pour raison de santé (+ 29 % entre 2006 et 2014 dans le régime général) mais aussi au devenir des salariés inaptes : 39 % sont licenciés sans projet ni solution, 27 % sont mis en invalidité, 26 % sont licenciés avec projet identifié, et enfin 8 % partent en retraite.

La croissance du nombre de pensions d'invalidité constitue encore un indicateur significatif de cette problématique. En effet, « l'entrée dans le régime d'invalidité s'analyse au final comme l'échec du processus de prévention de la désinsertion professionnelle » [8]. En 2015, près d'un million de pensions d'invalidité ont été servies, ce qui correspond à une augmentation de 16,6 % sur la période 2005-2015 et de 1,6 % en moyenne annuelle, tous régimes confondus. L'âge moyen est de 52 ans, la prévalence est de 10 % pour les plus de 55 ans [9].

L'ensemble de ces données révèle trois difficultés majeures : prévenir l'usure prématurée, se maintenir en emploi, revenir au travail après un arrêt ou un licenciement pour cause de santé dégradée.

PRÉVENTION DE L'INEMPLOYABILITÉ ET MAINTIEN EN ACTIVITÉ

C'est dans cette perspective qu'une équipe de chercheuses du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) est venue à la rencontre de la Direction des ressources Humaines (RH) d'une grande ville. Celle-ci, après avoir tenté tout un ensemble d'actions pour réduire le taux d'absentéisme et enrayer l'afflux continu et massif d'agents vers la cellule de reclassement, décide de lancer une recherche-action (RA) afin de transformer pratiques et représentations en profondeur, d'aller à la source du problème. Les services RH et de santé au travail (SST) établissent un lien entre des « métiers pénibles » et un taux d'accidents de service, d'arrêts maladie et d'absentéisme bien supérieur

à d'autres métiers. Ils déplorent le peu de mobilité dans ces métiers et un taux de réussite dans les reclassements qui reste très insuffisant. Une large majorité d'agents engagés dans ces métiers « pénibles » souhaite y rester. Et les services et équipes résistent à l'intégration de ceux qui portent le stigmate d'une santé perçue comme déficiente et de l'incapacité médicale.

UNE RECHERCHE-ACTION DANS UNE COLLECTIVITÉ TERRITORIALE

La méthodologie de cette RA repose sur l'analyse de l'activité [10, 11], du travail réel, des métiers. Elle est au fondement des processus de transformation que cette RA cherche à développer : (re-)donner la main sur leur activité à ceux qui font le travail, soutenir l'organisation collective de leur activité, ouvrir des espaces de débat, expérimenter des pistes d'amélioration pour que le maintien en emploi puisse être significativement renouvelé. La prévention de la désinsertion professionnelle passe essentiellement par une transformation des modes opératoires individuels et collectifs, par une réflexion partagée sur les conditions d'un travail en santé. Cette approche rejoint le constat réalisé par Krynen et Yeni quand ils soulignent, à propos de l'incapacité médicale : « il faut passer d'une logique de protection statutaire en cas d'aléas de santé conduisant à une incapacité, à une logique de garantie de l'avenir professionnel de l'agent par construction de son employabilité. C'est la capacité de rester actif qui protège » [12].

Partant donc des situations concrètes de travail, l'exploration porte sur la double face de l'activité qui peut être à la fois une épreuve

et une occasion de développement. L'activité n'est jamais considérée comme déterminée mécaniquement par son contexte car elle le transforme et cherche à affranchir l'opérateur des contraintes de sa situation. Mais ceci suppose des conditions : la possibilité d'un retour réflexif sur l'activité pour en dévoiler les ressources alternatives et accroître les capacités d'expertise sur le travail et son organisation, la mise en visibilité des manières de faire de chacun pour permettre un échange d'expériences, la levée des freins au dévoilement des limitations de capacité productive, et les controverses et délibérations sur le travail afin de le faire évoluer dans un sens favorable à la santé pour tous, à la fois pour ceux qui ont « des problèmes de santé » et les autres... qui n'en ont pas encore⁽¹⁾.

DISPOSITIF ET ÉTAPES

L'installation de nouveaux espaces de dialogue sur le travail s'est traduite par la mise en place de six types de groupes de travail de nature différente et co-animés par un membre de la collectivité et un membre de l'équipe de recherche du CNAM.

Les groupes « métiers » ont rassemblé des agents volontaires exerçant des métiers où sont concentrés divers facteurs de pénibilité. Les groupes « usagers du reclassement » ont partagé leurs expériences, les ressources mobilisées et les compétences acquises dans ce processus allant des signes de limitations dus à une altération de la santé à la demande de reclassement en passant par l'incapacité médicale. Les groupes « acteurs du reclassement » ont réuni les agents des services RH, de la santé au travail, mais aussi des directions et services opérationnels. Un groupe « directeurs » a travaillé sur la place

1. « Il est normal de tomber malade du moment qu'on est vivant... La menace de la maladie est un des constituants de la santé » [13].

Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ?

prise par les questions de santé dans leurs propres activités de managers. Un groupe « représentants des 4 organisations syndicales de la ville » a réévalué le rôle et l'action des représentants du personnel et du Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans la prévention de l'inemployabilité et le développement des démarches préventives et collectives. Enfin, un groupe « projet » a constitué l'instance de pilotage de la démarche dans ses différentes étapes. Il rassemble à la fois les RH et les médecins de prévention, des directeurs, des représentants des organisations syndicales, des animateurs de groupes « métiers ». La première phase de cette RA a été la co-construction d'un diagnostic. Celui-ci s'élabore dans la mise en discussion de ce qui rend difficile la réalisation des tâches et des missions et les solutions qui existent pour y faire face. Ainsi, dans les groupes « métiers », les agents ont partagé leurs expériences, difficultés et stratégies pour les réduire ou les prévenir. Les agents « usagers », qu'ils soient « reclassés » ou en « attente de reclassement », ont exploré dans deux groupes distincts les processus qui les ont conduit de la pénibilité à l'avis d'inaptitude médicale en passant par les arrangements négociés au sein des équipes de travail. Enfin, les ressources organisationnelles, en particulier le pôle RH, le service en charge du processus de reclassement, la médecine de prévention, la mission Handicap, des managers de différents services de la ville, les organisations syndicales ont contribué, dans des groupes distincts, à ce diagnostic en analysant leurs activités respectives, leurs empêchements et transformations. La deuxième phase de la RA s'est appuyée sur des propositions d'expérimentations susceptibles de

lever les freins identifiés et ce dans différents secteurs et niveaux de cette collectivité. Un même principe de départ guide l'investigation et le choix des propositions : les changements préconisés doivent s'appuyer sur les expériences de terrain, au plus près de l'activité quotidienne de travail, sur le vécu des personnes confrontées à la maladie ou en situation d'usure. C'est l'expertise d'usage qui permet de mettre en place des actions concrètes et utiles.

Cette RA a été conduite sur une durée de près de trois ans et l'ampleur du travail réalisé à ces différents niveaux de l'organisation a fait l'objet de plusieurs publications [14, 15]. Les résultats de cette RA présentés ici retiennent deux axes : la régulation de la pénibilité et les aménagements informels déployés quand la santé est fragilisée.

PÉNIBILITÉ, AMÉNAGEMENTS ET PRINCIPES DE JUSTICE

PÉNIBILITÉ

Serge Volkoff distingue trois acceptions de la pénibilité : celle qui repose sur une approche probabiliste, fondée sur des résultats épidémiologiques mettant en évidence les corrélations entre nuisances et prévalence des pathologies ; celle qui correspond à un travail vécu comme pénible ; et enfin, celle éprouvée par les salariés ayant des problèmes de santé qui leur rendent les exigences du travail peu supportables [16]. De plus, comme « la santé parfaite » n'existe pas, des troubles infra-pathologiques, plus ou moins invalidants, vont impacter la pénibilité ressentie.

Le caractère plus ou moins gênant de ces troubles dépend de leur nature et gravité mais aussi, et

fondamentalement, des exigences du travail et des marges de manœuvre dont les opérateurs disposent dans leurs situations de travail pour pouvoir tenir ensemble travail productif et santé. En effet, « *malade ou non, on n'est pas le spectateur passif de son propre état. Dans le travail (comme dans la vie en général), chacun déploie des façons de faire, individuelles, collectives, qui se construisent et se transforment au fil de l'âge, de l'évolution de son propre organisme, de ses compétences et de son expérience professionnelle, etc. Il ne s'agit donc pas seulement de réfléchir à des situations de travail qui n'aggravent pas les manifestations liées à la pathologie, mais de concevoir des « moyens » de travail qui permettent de développer ces régulations (anticipations, vérifications, coopérations...)* » [17]. Le travail est pénible quand il est fait avec difficultés, efforts, douleurs, quand il est source d'ennui, d'anxiété..., quand les stratégies développées sont rendues inopérantes par le système de travail du fait des contraintes de procédures et de temps à respecter, du défaut de ressources collectives...

Il est important de souligner ici que les problèmes de santé n'impliquent pas mécaniquement des difficultés dans le travail. La croissance des inaptitudes médicales et des demandes de reclassement dans le monde du travail tient plus fondamentalement à la réduction des marges de manœuvre permettant un travail compatible avec sa santé, puisant dans les ressources de l'expérience et des collectifs de travail. Ce défaut peut être un puissant facteur de développement de l'usure prématurée au travail. Aussi, dans la démarche de cette RA, la prévention de la pénibilité est indissociable de la recherche des

différentes voies visant à préserver et développer des marges de manœuvre dans l'activité de chacun. Elle ne peut se réduire à la réparation et à la compensation [18], qu'il s'agisse des aménagements de poste ou du reclassement des agents en inaptitude médicale ou restriction d'aptitude.

Un des objectifs poursuivis dans la phase « actions » de la RA est donc de s'emparer de ce qui rend le travail pénible et de solliciter les participants des groupes « métiers », autour des difficultés partagées pour une élaboration collective des solutions, doctrines ou règles en vue d'améliorations. Sont rendus compte ici les opérations et résultats obtenus dans deux groupes « métiers » : les agents de la restauration scolaire et les jardiniers.

Le partage de solutions entre pairs, l'élaboration de règles partagées avec ceux qui font le travail doit permettre de le transformer afin que la part de « construction » de soi, de sa santé puisse être jugée suffisamment bénéfique par rapport à l'usure au travail. Les expérimentations initiées au sein de ces groupes « métiers » visent à ce que les agents reprennent la main sur l'organisation de leur travail (individuel et d'équipe), en lien avec leur hiérarchie, afin de passer des recommandations de prévention, souvent vécues comme des contraintes supplémentaires, à des savoir-faire de prudence qui préviennent l'accident, mais aussi l'effort inutile, la fatigue [19 à 22], construits par l'expérience, la réflexivité et nourris de l'échange de pratiques. Dans ces deux métiers, les tâches à fort engagement physique, ainsi que le « sale boulot », sont vécus à la fois comme pénible et comme faisant partie du métier. Contrairement aux métiers dans

lesquels les tâches pénibles sont aussi celles qui sont très risquées, et souvent confiées aux travailleurs expérimentés, dans les métiers où la pénibilité est associée au sale boulot, entendu comme tâches peu valorisées voire dégradantes, on assiste à une délégation de ce sale boulot aux nouveaux venus, jeunes ou emplois précaires. Tout se passe comme si la montée en grade, en expérience, au sein d'une équipe autorisait à ne plus participer à ces tâches peu nobles. Dans le contexte de vieillissement des équipes et de limitation du recours à la sous-traitance, aux emplois précaires, la re-distribution de ces tâches interroge la place des salariés avec des limitations (mi-temps thérapeutique, reclassés, avec restrictions), moins malléables que les intérimaires, et la prévention des pénibilités. Redistribuer le sale boulot au sein d'une équipe a un fort impact sur la place des uns et des autres et sur le climat.

L'INDIGNATION COMME MOTEUR DES TRANSFORMATIONS À ENGAGER

Lors des premières réunions des groupes « métiers » (cantiniers et jardiniers), presque tous les participants saisissent l'occasion qui leur est donnée pour dire les maux au travail. Le niveau sonore dans la salle est tel que l'on ne s'entend pas. Les deux co-animateurs ont beau répéter qu'il serait préférable que les uns parlent après les autres, les histoires fusent, s'empêtrent, se noient dans le brouhaha. Les agents en ont gros sur le cœur. Ils aiment leur métier, la plupart l'a choisi. De nombreux jardiniers ont fait le choix de quitter les entreprises privées d'espaces verts pour trouver des conditions de travail décentes au sein de la Fonction publique territoriale. Mais ce qu'ils

vivent au travail au sein de la ville ne correspond plus à ce qu'ils en attendent : « *la ville ne fait rien pour nous... on est oublié... ils en ont rien à faire de nos problèmes* ».

Il a fallu attendre que la colère des uns s'apaise un peu pour en venir aux arguments, à l'analyse des situations de travail, à la prise en compte des points de vue pour lever les incompréhensions réciproques. D'une posture attentiste, le groupe est invité à se mobiliser dès lors qu'il s'est agi, non plus de parler en toute généralité, sans contexte ni sujet (« *on en a tous marre... le climat est pourri* »), mais de situations vécues à placer dans un environnement à décrire précisément et sans parler à la place des autres : que peut-on faire collectivement pour améliorer les conditions de travail pour tous ? L'ampleur de l'indignation signe la force de l'attachement au métier « *j'aime mon métier. Je ne veux pas faire autre chose* ». Depuis la révision générale des politiques publiques (RGPP), les conditions d'exercice des métiers ont fortement évolué [14]. Certains effets de cette politique de rationalisation sont jugés positivement, notamment une nette amélioration des conditions de travail dans ces deux métiers (restaurants entièrement rénovés suite à l'implantation de la restauration en liaison froide, outils performants dans les espaces verts) mais d'autres pèsent lourds dans la balance qui conduit à éprouver la part du travail « dur » comme un travail déshonorant.

Volontaires pour participer à ces groupes « métiers », cantiniers et jardiniers se sont mobilisés pour échafauder des recommandations qui devraient leur permettre de retrouver l'envie d'aller au travail : un travail

Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ?

constructeur de soi, de sa santé. L'espoir de changement porté par ces volontaires est à la hauteur des obstacles rencontrés au fur et à mesure des avancées de la recherche. C'est ainsi qu'un programme d'ampleur s'est déployé et a conduit à une prise en considération du travail réel, tel que vécu par les agents, pour aller ensuite vers une clinique, non pas individuelle, mais collective des situations à l'origine des maux du travail.

Dans certains services ou équipes, les agents n'ont bien sûr pas attendu les chercheuses pour découvrir que d'autres modes d'organisation permettaient de prévenir l'usure au travail, les accidents et de donner envie de travailler. Et les chercheuses n'ont pas dans leur trousse à outils le remède magique qui conviendrait à tous en toutes situations. Les échanges dans les groupes « métiers », une fois l'indignation et la plainte récurrente passées, ont permis de mettre en discussion les solutions que les uns et les autres ont expérimentées dans un contexte incertain et dégradé. Incertain en raison des menaces qui pèsent sur l'emploi : une politique d'externalisation de services municipaux, notamment chez les jardiniers, les inquiète. Dégradé en raison des relations tendues entre les différents niveaux hiérarchiques mais aussi entre fonctionnaires et certains publics (incivilités, dénonciations, menaces...).

LE TRAVAIL FAIT POUR « FAIRE ÉQUIPE »

Sur les travaux pénibles, Walzer [23] souligne la contamination des traits négatifs qui qualifient à la fois le travail « dur » et ceux qui en ont la charge : ces caractéristiques, telles qu'insécurité, atteinte à la

santé, danger, déshonneur, dégradation, se soldent par un statut négatif attribué aux personnes à qui il échoit. *A contrario*, Walzer montre à partir de l'analyse du travail des éboueurs de San Francisco, qu'une organisation coopérative de ce travail restaure l'engagement et la participation aux gains collectifs.

La coopération rend le travail pénible plus soutenable, il devient même source de fierté. Seule une équipe soudée peut faire face au travail « dur ». L'engagement physique dans le travail fait partie du métier. Il est en partie choisi parce qu'on « *peut bouger, être libre de ses mouvements, organiser sa journée* » et ne « *pas rester assis toute la journée derrière un guichet, un ordinateur* ». Avec l'âge ou la sur-sollicitation, une usure rend les mouvements parfois douloureux et l'engagement physique doit être mesuré car les capacités de récupération sont bien plus longues. Cependant, les restrictions d'aptitude, les aménagements formels du travail, les mises à l'abri des tâches éprouvantes physiquement ou psychologiquement pour ceux qui ont « des problèmes de santé », leur délégation aux plus jeunes, aux intérimaires, aux moins « râlours »... peuvent contribuer au développement de tensions dans les équipes. La division du travail est évaluée à l'aune de critères d'équité, mais aussi de réciprocité [24].

L'encadrement de proximité sait bien les conflits structurels qui traversent le double objectif visé : prendre en compte les situations singulières, la préservation des plus fragilisés et les exigences de l'organisation du service [25].

Le soupçon de fainéantise, de mauvaise foi ou de favoritisme pèse souvent. Il peut contribuer

à fabriquer deux clans : celui des « fainéants » (paradoxalement favorisés) et celui des « bosseurs ». Dodier [26] a montré que les questions de santé sont toujours rejugées sur la place du travail. En effet, les dispositifs médico-administratifs (arrêt de travail, restriction d'aptitude, inaptitude médicale, invalidité) ne suffisent pas à légitimer l'aménagement. La validation de la réorganisation du travail au sein d'une équipe semble nécessairement passer par une réévaluation des principes de justice permettant une redéfinition des équivalences entre tâches, agents.

Alors qu'un jardinier P. (54 ans, revenu d'un arrêt de travail pour une maladie grave) habitué à se dérober lors de tâches dures s'éloigne, son chef l'appelle, puis le cherche, afin qu'il aide à descendre le matériel du camion. « *C'est important, il faut qu'il aide. Ce n'est pas à nous de lui préparer son matériel, descendre la tondeuse, la démarrer* ». L'autonomie, la polyvalence sont des conditions de régulation afin de faire advenir le juste. Mais c'est aussi une condition pour que ce jardinier ait le sentiment de faire partie de l'équipe. Le travail de prévention de l'exclusion mais aussi d'inclusion est une activité à part entière. Tous, avec leurs compétences et incapacités doivent prendre part aux différentes tâches, le risque étant que les tâches les plus physiques échoient aux jeunes ou à ceux qui n'ont pas d'incapacités et qui, à juste titre, s'interrogent sur la prévention des pénibilités. Faire à la place d'autrui, c'est engager une relation dissymétrique et de dépendances réciproques jamais propice au développement. En allant chercher P., le chef d'équipe fait ce détour pour lui signifier qu'il est membre

à part entière de l'équipe même si les forces qu'il peut engager dans la tâche à partager ne sont pas égales à celles que les autres jardiniers engagent. « *Bien sûr, on aurait pu descendre du camion la tondeuse de P. Et d'ailleurs ça nous aurait pris beaucoup moins de temps* ». Il y a bien un prix à payer pour faire équipe.

LES CONDITIONS DE PARTICIPATION AU TRAVAIL DUR : « TOUT LE MONDE NE PEUT PAS LE FAIRE »

Au moment où le groupe « métiers » élaborait une demande d'expérimentation qui vise à intégrer des agents volontaires en reclassement dans les restaurants en sous effectif, certains participants étaient dubitatifs sur cette solution car le travail est réputé physique. Les discussions autour de cette question ont permis d'établir que tous les reclassés n'avaient sans doute pas des problèmes physiques et que certains seraient très certainement aptes à travailler en cuisine. La question s'est déplacée vers celle des conditions d'intégration d'agent titulaire reclassé et volontaire. Du stigmate de l'agent à reclasser, perçu comme déficitaire, l'évaluation s'est déplacée sur sa manière de travailler, sur son respect des règles sociales du travail, pour aller vers une cooptation : « *Il faut voir comment la personne travaille, voir si on s'entend* ». C'est bien un changement de représentation qui s'est opéré ainsi qu'une réflexion sur comment travailler, au sein d'une équipe, avec des agents qui peuvent avoir, à certains moments, des difficultés.

Pour rendre réaliste cette proposition, c'est tout un protocole d'accueil qui est exploré : journées découverte, expérimentations du type « Vis mon job », temps d'essai

dans une équipe... La question de fond est donc moins le nombre d'agents présents pour faire le travail que la qualité de la coopération au sein de l'équipe. « *Les restaurants qui vont bien sont ceux où il y a une bonne ambiance* ». Celle-ci semble liée au fait que les agents puissent choisir avec qui travailler. C'est moins le restaurant et les conditions matérielles offertes qui comptent que la composition de l'équipe de restauration, car les coopérations en dépendent, et le respect des arts du vivre ensemble au travail.

RENDRE JUSTE LA RÉPARTITION DU TRAVAIL : UN PRINCIPE DE PARTAGE DU TRAVAIL « DUR »

Dans un des restaurants satellites de la ville, les observations du travail, les entretiens et échanges en groupe « métiers » montrent que lorsque le travail est partagé au sein de l'équipe de telle sorte que tous les agents occupent, au cours de la semaine, chacun des postes et que le responsable du restaurant se soumet également à cette même règle, toutes les tâches se valent. Nettoyer les surfaces, bien que jugé plus pénible que les autres tâches, n'est pas moins noble que de servir les enfants. « *De toute façon il faut le faire... Quelqu'un doit le faire* ». Le fait que le responsable du restaurant assure une part de cette tâche, au même titre que les autres membres de l'équipe, contribue à valoriser ce travail pénible. Il n'est pas indigne et n'échoit pas qu'aux agents les moins qualifiés, les plus jeunes ou les plus précaires (les intérimaires).

Dans certains restaurants, comme souvent dans le monde du travail, les intérimaires sont utilisés pour les tâches les plus dures. « *Les intérimaires, ce ne sont pas des chiens,*

ils ont un prénom. Si on leur donne que du nettoyage, faut pas s'étonner qu'ils ne veulent plus travailler » indique une des responsables de restaurant en pointant là une dérive courante dans certains restaurants de la ville. La mise en partage de l'organisation du travail et, en particulier, des rotations des postes au sein de l'équipe a permis d'établir le fait que les restaurants où l'ambiance est bonne, où il y a le moins d'absentéisme, sont ceux ayant institué une rotation sur tous les postes à laquelle se soumet tous les membres de l'équipe, quel que soit le statut ou le grade. Chez les jardiniers, tous ne peuvent pas ou plus participer à toutes les tâches. Hernies discales, tendinites, opérations suite à une rupture de la coiffe des rotateurs, sont autant de symptômes d'un travail usant conduisant les équipes et le service à faire face, au quotidien, à des variations de capacités productives. Tous, jeunes et moins jeunes, sont concernés par cette variation, mais à des degrés différents. Avant la réorganisation du service Parcs et Jardins, il était convenu que les jardiniers de plus de 50 ans « *levaient le pied* ». Soit ils étaient promus agents de maîtrise et dirigeaient une équipe, soit ils restaient à la base pour l'entretien du matériel ou encore, pour ceux ayant le permis de conduire ou le certificat d'aptitude à la conduite en sécurité (CACES), ils conduisaient les engins en laissant aux jeunes le travail dur. Depuis la réorganisation, les responsables d'équipe participent à toutes les tâches avec leur équipe. Il n'y a donc plus la promesse de poste « doux » à l'intérieur de chaque équipe de jardiniers et la montée en grade ne met plus à l'abri des tâches pénibles. Les jardiniers ont alors élaboré une nouvelle doc-

Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ?

2. Couche de matériau protecteur posé sur le sol pouvant être composé de feuilles mortes, copeaux de bois ou autres.

trine pour gérer collectivement le travail dur.

L'observation d'un chantier perçu comme éprouvant physiquement montre comment le collectif (une équipe de 5) parvient à rendre juste la part de travail dur de chacun. Il s'agissait de pailler les végétaux d'un petit parc avec du mulch⁽²⁾ apporté par un des jardiniers O. (55 ans) qui monopolise le poste de chauffeur en raison de douleurs chroniques à l'épaule conséquences d'un accident de service. A. (43 ans), un autre jardinier de l'équipe, souffre, lui, d'une hernie discale reconnue en maladie professionnelle. Une observation attentive montre que sur ce chantier, il porte deux fois plus de bacs que les autres, mais il les remplit à moitié seulement pour soulager son dos. A. ne prend pas part aux pauses que les deux autres jardiniers font régulièrement. Le responsable de l'équipe (59 ans), sans incapacité connue, passe ce jour-là une large partie de la matinée à faire le tour des sites sous sa responsabilité afin de prendre des informations sur le travail à réaliser sur chacun d'eux en vue de programmer les chantiers de la semaine suivante. À son retour sur le chantier, un peu avant la coupure de midi, les jardiniers lui ont laissé un tas de mulch au pied du camion afin qu'il fasse sa part de travail dur, compte tenu du travail « non dur », mais reconnu utile par les jardiniers, qu'il a réalisé dans la matinée. Sans mettre en cause ce « reste à faire » pour lui, le chef prend pelle et bac et fait des rotations. Pour faire sa part de travail dur, c'est au chauffeur que revient la tâche de nettoyer le chantier : balayer le paillage sur le trottoir, ranger les outils et faire une rotation supplémentaire, empiétant sur l'heure du déjeuner,

pour apporter du mulch dans un autre parc. Selon les incapacités et la forme du moment, chaque jardinier occupe un poste qu'il choisit parmi les postes offerts sur le chantier proposé. Au cours de l'action, chacun juge sa part d'effort au travail commun et rééquilibre selon des conventions qui tiennent compte des contributions et des capacités de chacun.

Les limitations de capacités ou incapacités sont observées et jugées en permanence par l'ensemble de l'équipe. Le responsable de l'équipe, sans remettre en question la maladie professionnelle d'A., pense qu'il « *pourrait quand même en faire plus* », notamment avec le taille-haie que A. accepte de prendre, mais seulement pour un temps limité. Puisque tous les membres de l'équipe ne participent pas avec le même engagement à toutes les tâches, des tensions sont perceptibles. Rendre juste la part de chacun en pratique (en théorie, le principe d'équité est acquis) est d'autant plus aisé que les équipes sont stables (des remaniements d'équipe se font tous les ans ou deux ans), qu'il y a une variété de tâches, que les jardiniers ont une liberté d'organiser la répartition des tâches et aussi, et surtout, de choisir le bon moment pour faire les chantiers durs. En effet, bêcher une terre gorgée d'eau est épuisant, alors que lorsqu'elle est ressuyée, cette tâche est bien plus aisée.

Il faut noter que le travail dur ne se résume pas aux tâches dans lesquelles un effort physique doit être engagé. Au contraire, l'effort physique peut être valorisé comme signe de virilité ; il peut être recherché comme un exercice d'entretien que certains trouvent aussi dans la pratique du sport par exemple. Le travail est dur

lorsque ceux à qui il échoit n'ont pas choisi de le faire : parce qu'il n'a pas de sens, qu'il est imposé à un moment qui n'est pas propice ou parce qu'il est perçu comme déshonorant.

PARTAGER LES TÂCHES INGRATES, DÉSHONORANTES : « LES GENS DOIVENT NETTOYER LEURS PROPRES SALETÉS »

Sans ce partage, ceux qui le font pour eux-mêmes et pour d'autres ne seront jamais des membres égaux d'une communauté politique [23]. Les déchets, le « brun » (déjections canines, humaines dans les parcs), les seringues souillées dans des lieux où se pratiquent un trafic de drogues, sont pointés du doigt par les agents comme relevant du « sale boulot » [27, 28] qu'ils n'acceptent de faire que sous conditions. Pour rendre ces tâches acceptables, il est nécessaire d'épurer le « sale boulot » de son indignité. La respectabilité des emplois en dépend. Comment choisir un travail, en être fier, avoir du plaisir à le réaliser si la part de tâches indignes, déconsidérées, est importante ?

Dans certains restaurants scolaires, la doctrine élaborée par le personnel éducatif en accord avec celui du restaurant est que les enfants doivent ramasser les gros déchets tombés ou jetés sous les tables (morceaux de pain, pelures d'orange...) et porter leur plateau vers un self de tri sélectif. « *C'est important, ils doivent tous participer au tri. C'est pour les responsabiliser* ». Ainsi, les enfants font leur part de « sale boulot », apprennent à ne pas jeter ou gaspiller et surtout respectent les agents de la restauration. Cependant, les agents polyvalents déplorent que cette participation au sale boulot s'arrête au restaurant alors que les

toilettes sont également sales. Les nettoyer en l'absence du regard des enfants ou du personnel éducatif est une chose. Mais pourquoi ces tâches échoient aux agents polyvalents de la restauration et non à tout le personnel, éducatif et de restauration ? N'y aurait-il pas là aussi à faire un travail avec les enfants sur le propre ? Et à intégrer ce « sale boulot » comme une tâche pareille aux autres ?

Lors des échanges en groupe « métiers », les jardiniers ont rapporté de nombreuses scènes vécues comme déshonorantes. « *Devant moi, le type a laissé son chien faire dans le massif qu'on venait de planter. Je l'engueule ?* ». Ramasser les déjections devant le maître serait comme « *accepter d'être son esclave* ». La doctrine qu'ils élaborent est que les gens doivent ramasser les déjections de leur chien. Ainsi, ils sont vigilants à ce que les rouleaux de sacs plastiques soient à la disposition des maîtres, que les poubelles soient vidées et que la direction Parcs et Jardins multiplie la création de cani-parcs.

Régulièrement confrontés à la souillure de certains lieux où se pratiquent prostitution et trafic de drogue, les jardiniers prennent la décision de tailler les haies à 1 m du sol pour dissuader ces pratiques. L'observation d'un chantier souillé, seringues, habits, serviettes jonchant la terre entre les massifs, montre les ressources que les jardiniers peuvent mobiliser pour faire leur travail de jardinier sans subir l'humiliation d'avoir à ramasser des débris sales et contaminés. Arrivés sur ce chantier, les jardiniers vérifient l'état de propreté d'un coin habituellement fréquenté par les prostituées et constatent qu'il est souillé. Ils alertent leur chef qui se déplace pour faire des photos qu'il adresse

à sa hiérarchie. C'est la première étape d'un protocole qui consiste à faire venir une équipe spécialisée pour décontaminer le site. Plutôt que d'attendre son arrivée, les jardiniers décident, ce jour-là, de ramasser eux-mêmes pour pouvoir faire le chantier prévu et ne pas accumuler de retard sur leur planning de la semaine. L'existence de cette équipe de décontamination fait que ce « sale boulot » n'échoit pas obligatoirement et seulement aux jardiniers. Ils ont donc la liberté de choisir de ramasser ou non. Ce n'est pas le cas pour les agents polyvalents des restaurants.

RECONNAISSANCE ET RESPECTABILITÉ

Méconnaissance et invisibilité du travail nourrissent le sentiment de déconsidération, de suspicion et d'injustice, « *Ils ne voient pas tout ce qu'on fait* », notamment lors de situations dégradées : absence d'un collègue qui conduit à faire à 4 ce qui doit être fait à 5, monter les vivres à pied car l'ascenseur est en panne depuis des mois... Dans les métiers comme ceux de la restauration scolaire, l'enjeu du service se présente quotidiennement comme un défi à relever, notamment les jours où il faut faire face à des obstacles qui se présentent voire s'accumulent au cours de la matinée. « *À midi, on a 300 gamins qui viennent manger et là, j'ai pas eu mon intérimaire pour remplacer K. (absente depuis trois jours)* ». Et il est inconcevable de faire le dernier service à 14h30 parce qu'il manque du personnel et que la vaisselle n'est pas lavée pour le second service alors que se présentent déjà les enfants du troisième service. Or il est fréquent que les agents de restaurant fassent à trois un travail prévu pour cinq. L'absence de solution, notamment à l'absentéisme, est interprétée comme

une forme de mépris de la part de la hiérarchie. Le travail en groupe « métiers » a permis de déplacer la question. La prise en considération des contraintes administratives (le remplacement d'une absence ne peut se faire qu'après un délai de carence) et de celles qui pèsent sur le directeur de la restauration (l'impossibilité de recruter de nouveaux intérimaires) ont conduit à changer l'angle d'analyse et la posture, comme l'indique cet échange entre agents lors d'une séance : « *Si le travail était intéressant, il n'y aurait peut-être pas tout cet absentéisme ? (...) Certains responsables de restaurant (...) devraient peut-être aussi s'interroger eux-mêmes sur le fonctionnement de leur restaurant (...). C'est aussi une question d'ambiance dans l'équipe (...). L'ambiance, c'est pas que le chef, c'est aussi l'équipe. C'est une alchimie entre les titulaires, intérimaires, polyvalents* ».

L'alchimie semble en partie tenir à la façon dont le responsable du restaurant investit ses fonctions. Les tâches qui lui reviennent (traçabilité des prises de température, feuille de jour, contrôle, prélèvement des échantillons, tâches administratives...) ne prennent pas tout son temps : il peut donc tenir un autre poste et travailler avec son équipe. Se sentir responsable de l'ambiance de travail, associer ambiance, absentéisme et travail différencié selon le statut ou le grade a permis aux participants de ce groupe « métiers » de prendre conscience qu'une partie des solutions était à leur portée. L'attente de secours qui a consisté à recruter du personnel intérimaire pour faire face aux absences a montré ses limites. En effet, les responsables de restaurant font le lien entre l'augmentation du nombre d'intérimaires et celle du nombre

Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ?

d'absences. D'où cet échange sur les causes de l'absentéisme et ce principe visant à rendre tous les emplois, toutes les tâches, respectables. Respecter les agents polyvalents ou intérimaires, c'est leur proposer un travail reconnu et partager le travail dur. À plusieurs reprises, au sein de ce groupe, il a été établi que le fait de déléguer le « sale boulot » aux intérimaires conduisait à s'exposer à de l'absentéisme de leur part. Faire équipe, stabiliser son personnel, avoir une bonne ambiance, passe par des principes discutés et reconnus : partager toutes les tâches, autoriser négociations et rééquilibres au sein de l'équipe en faisant advenir une réciprocité. Ce sont là les conditions de la coopération, du « faire ensemble », du sentiment d'être engagé dans une épreuve commune, d'être utile.

De jeunes jardiniers ont fait le récit, lors des réunions des groupes « métiers », de situations où ils ont tenté de répondre par la violence à la violence (passage à l'acte sur un habitant qui piétinait délibérément, devant le jardinier, un massif de fleurs qui venaient d'être plantées). Un jardinier plus expérimenté fait part, en groupe, de sa pratique : il va à la rencontre des passants mécontents pour expliquer le travail du jardinier dans le contexte de la rationalisation des politiques publiques conduisant à ne tondre certains espaces plus que deux fois par an : « *pour les gens, ça fait sale. Il faut expliquer l'intérêt mellifère, en terme de biodiversité* ». Un autre encore analyse les agressions, violences subies comme une expression d'un mécontentement qui serait non pas adressé aux jardiniers mais plus généralement à la ville, à la société. « *C'est pas après nous qu'ils en veulent. On prend les coups, comme les pompiers ou la*

police, parce qu'on est sur la voie publique ». La tension dans les rapports avec le public provient en partie de l'invisibilité que tout travail comporte et qui nourrit la suspicion de fainéantise. Les récits des jardiniers sur les plaintes déposées via des applications pour smartphones mises en place par la ville d'actes répréhensifs montrent l'importance de la construction d'une représentation de chaque métier. « *L'autre jour, on a attendu le camion, pour pouvoir charger un tronçonneau tombé sur la chaussée et il y a eu des dizaines de photos envoyées au cabinet du maire pour dénoncer notre inactivité !* ». Cette scène où des jardiniers sont assis durant l'attente du camion a été interprétée par certains passants comme une preuve de fainéantise. La consigne donnée par leur chef a été celle de l'activisme : « *vous devez bouger, rester debout au moins, même s'il n'y a rien à faire* ». Ces dénonciations, qui dans un premier temps ont blessé les jardiniers, se sont transformées positivement avec l'exercice de la justification qu'elles ont sollicité. Régulièrement convoqués par le responsable du service pour répondre, au cabinet du maire, de photos de jardiniers en inaction, les responsables d'équipe ont appris à justifier leurs actions par une remise en contexte. C'est tout un ensemble d'éléments, souvent invisibles, d'incidents (parfois récurrents) qui pèsent sur l'exercice du métier qui est ainsi mis en lumière : camion bloqué par la circulation ou pour un pneu crevé, machine en panne, déplacement inutile en raison d'une mauvaise information ou de défaut de coordination entre services...

Pour contribuer à lever une part de cette invisibilité du travail réel, et à donner accès à une représentation de l'ensemble du panorama des

métiers au sein de la collectivité, les échanges dans les différents groupes liés à cette recherche-action ont porté sur les ressources à construire. Ce qui a conduit à l'élaboration de films-métiers, conçus, tournés et commentés par les opérateurs de métiers volontaires afin de montrer le réel du travail. L'enjeu est aussi ici celui de la respectabilité des métiers de chacun par une meilleure (re) connaissance des contraintes, injonctions paradoxales, mais aussi des joies, de la fierté du travail accompli.

AMÉNAGEMENTS ET RECLASSEMENTS

Les résultats de cette recherche-action rejoignent les observations faites par d'autres chercheurs sur les inaptitudes médicales et les processus d'aménagement, de reclassement. Si ceux-ci peuvent être des instruments de protection de la santé des opérateurs déjà fragilisés, ils peuvent aussi les exposer à des formes de relégation, créer des tensions entre collègues qui se voient dans l'obligation de compenser ce que « l'inapte » ne peut plus faire. Et ce dans des contextes où les marges de tolérance au report de tâches se réduisent du fait de l'intensification du travail. L'exploration des formes de régulations et d'aménagements informels favorisés ou empêchés révèle que l'inaptitude est moins le résultat d'une pathologie médicale, que l'aboutissement d'un processus d'exclusion déjà amorcé pour d'autres raisons (rupture dans les régulations collectives, difficultés d'adaptation à un nouvel environnement de travail ou de nouvelles tâches, relations conflictuelles avec les collègues et/ou la hiérarchie...) [29].

Ici, l'accent est mis sur la portée de démarches qui tiennent ensemble

prévention primaire, secondaire et tertiaire. Car « *si le salarié est inapte, c'est bien sûr parce que ses capacités physiques ou psychiques se sont dégradées, mais tout autant parce que l'environnement social du travail se révèle inadapté à son nouvel état de santé* » [30]. La prévention de la désinsertion professionnelle passe donc par une transformation du travail, non pas seulement de celui qui est reconnu « inapte » mais du travail de tous : il s'agit bien de viser un travail soutenable.

Il est donc nécessaire de concevoir une organisation qui puisse permettre que tous (reconnus ou non par le service de santé au travail) bénéficient d'aménagements à tout moment, ajustés à la situation, temporaires, discutés avec les collègues et l'encadrement, à charge de revanche vis-à-vis des collègues selon le principe de la triple obligation sociale mise en évidence par Marcel Mauss [31] : donner, recevoir, rendre. « *C'est normal, il faut qu'on l'aide... Ça fait trois semaines que je l'ai mise sur un poste facile. Mais là, il faudrait qu'elle en fasse plus, sinon je vais avoir des problèmes avec les autres* » (responsable de restaurant). En effet, les aménagements ne tiennent dans le temps que s'ils s'inscrivent dans une logique d'avantage mutuel (avec une compensation du report de tâche) et si tous peuvent bénéficier d'aménagement à un moment donné. L'obligation de reclassement [32, 33] se traduit le plus souvent par une gestion au cas par cas, peu anticipée et où prévaut la dimension fortement discrétionnaire du processus à l'œuvre (reconnaissance des qualités professionnelles, degré de proximité relationnelle entre le salarié et son équipe) [34]. De plus, « *paradoxalement, entrer en inaptitude réclame de bonnes capacités*

d'adaptation : gérer l'incertitude de sa situation, s'adapter à un nouveau métier, à une nouvelle équipe » [29]. Pour être apte à un emploi d'inapte, il faut à la fois satisfaire aux attentes professionnelles (répondre aux règles du métier) et à l'attente médicale (accepter d'être définis par des défaillances) ; ce qui installe, souvent durablement, dans ces zones de relégation que sont les prolongations de l'arrêt maladie ou les « placards pour inaptés » [35]. L'incertitude pèse de tout son poids sur « l'inapte » suspendu à une décision à venir. Les observations faites dans cette RA rejoignent les nombreux travaux qui soulignent l'importance de la dimension temporelle dans les processus de retour au travail, « réadaptation », reclassement. Il est ici essentiel de prévenir l'installation dans la longue durée de ces périodes d'attente et de retrait de l'activité [36 à 38].

CONSTRUIRE LA/SA SANTÉ AU TRAVAIL TOUT AU LONG DE LA VIE

CONSTRUIRE SA SANTÉ, C'EST ÉLABORER DES NORMES DE VIE

La santé n'est pas seulement la vie dans le silence des organes, elle est aussi une possibilité d'organisation de la normativité vitale et sociale [39]. La santé advient en produisant, à l'intérieur des normes sociales, une possibilité vitale autre, qualitativement différente, puisée dans le registre archaïque des normes naturelles définies par le « besoin » [40]. Le besoin vital, précise Canguilhem, cité par Leblanc [40] ne fonde pas l'acte social mais l'acte social réinvente le besoin vital. Ainsi, « *la tâche, contrainte ou non, devient un moyen au service de l'activité*

propre du sujet » [41]. Elle doit donc être redéfinie pour servir ses propres normes de vie. « *Je me porte bien, note Canguilhem, dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi* » [13]. C'est pourquoi l'activité n'est pas seulement réalisation de tâches mais aussi et surtout production d'un milieu d'objets matériels, symboliques et de rapports humains. Elle permet la création d'un milieu de vie, y compris au travail, et ce même dans les métiers où l'activité est réputée pénible.

SANTÉ GLOBALE : PHYSIOLOGIQUE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE

Constitué de normes sociales, un milieu de vie construit la santé globale s'il :

- autorise une liberté d'action, une alternance de périodes d'activité, de confrontation aux différents mondes sociaux (professionnel, voisinage, familial, militant, culturel, sportif...), afin d'organiser son travail, de trouver des stratégies de compensation, de récupération, d'élaborer des savoir-faire de prudence ;
- donne des occasions de se mettre à l'épreuve : faire des choses que l'on n'aurait pas faites si on n'y était pas poussé et qui, une fois faites, procure énergie, plaisir, fierté ou doute. Ces épreuves permettent de nouveaux apprentissages, des remises en questions, de gagner en autonomie, de prendre part à une activité collective, de se fixer de nouveaux objectifs... ;
- permet de transformer le cadre et le contexte dans lequel les activités ou tâches réputées dures, répétitives, contrares à ses valeurs, se déploient et se transforment

Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ?

afin qu'elles deviennent des activités reconnues et dans lesquelles chacun puisse se reconnaître. On l'a vu, c'est parce qu'elles sont partagées, valorisées et associées au métier qu'elles « obligent ».

CONSTRUIRE UNE LIBERTÉ D'ACTION

La construction de sa santé, tout au long de sa vie, dans les différentes sphères d'activités, tient à la liberté d'action (choisir de faire, avec qui, comment, pourquoi) qui seule autorise l'expression des normes de vie perçues comme plus importantes que les recommandations de prévention.

Cette construction suppose de se donner les moyens, individuellement et collectivement, de construire une liberté d'action : elle permet à chacun de réinvestir son travail, l'organiser, d'y vivre (et non seulement d'en vivre). Cette liberté d'action semble paradoxale dans la logique salariale et le contrat de subordination qui l'encadre, mais elle est une nécessité vitale : pouvoir décider de ses actions, du sens, de la hauteur de l'investissement, du moment de l'engagement... Sans cette liberté, dans un univers trop contraint, les normes de vie ne peuvent se déployer.

DÉCLOISONNEMENT TEMPOREL

La prévention de la désinsertion professionnelle suppose d'intégrer une perspective diachronique et de restaurer la continuité entre la prévention primaire des accidents et maladies d'origine professionnelle, de l'usure prématurée, la prévention secondaire face aux troubles infra-pathologiques ou dès l'apparition des problèmes de santé avérés, et enfin tertiaire, pour réduire les effets sur l'emploi et sur l'activité d'une santé dégradée. « *Ce séquençage dans le temps introduit*

également la notion de parcours : parcours professionnel tout d'abord où il s'agit de suivre un salarié tout au long de sa vie professionnelle et quels que soient les statuts professionnels, la nature des contrats et leurs éventuelles ruptures ; mais aussi parcours personnel couvrant plus de 45 ans de vie à l'âge adulte, parcours potentiellement émaillé d'événements de santé, pathologies chroniques et survenue de handicaps, liés ou pas au travail, qui menacent l'insertion professionnelle et dont il convient d'éviter l'aggravation par le travail » [6].

DÉCLOISONNEMENT DES ACTEURS

Cette approche de la santé dépasse les cadres institutionnels du champ d'action des services de santé au travail ; elle convoque pour la transformation non pas seulement les experts de la santé, mais aussi le « milieu de travail ». Elle implique par ailleurs un sujet actif, c'est-à-dire en capacité de produire de nouvelles normes de vie, « hors travail », au travail et de transformer ces milieux afin qu'ils répondent à ces normes.

EXERCER SES DROITS DANS DES CONDITIONS DE RÉCIPROCITÉ

Il s'agit de se donner les moyens, individuellement et collectivement, d'exercer ses droits dans les situations sociales dans lesquelles chacun est engagé. Ici, ces droits ne concernent pas seulement le droit de grève ou de retrait qui peuvent être utilisés par les agents lors de situations critiques ; ils intègrent le droit à en faire moins pour se préserver, à charge de revanche. L'acceptation sociale de la variation des capacités productives et le déclenchement de coopérations se fait d'autant mieux que la reconnaissance de cette variation n'est

pas en sens unique et qu'elle ne bénéficie pas uniquement qu'à certains membres de l'équipe. S'engager intensément, travailler plus que ses collègues, « lever le pied » selon sa forme du moment, selon les retours que l'on obtient sur ses actions, construit son rapport au travail. Ce dernier n'est pas sans lien avec les normes de vie, toujours évolutives. Les travaux pénibles, s'ils autorisent un développement de ses capacités, peuvent être perçus comme autant d'expériences potentiellement enrichissantes. Ce qui compte, c'est que l'opérateur puisse choisir le moment, l'intensité avec laquelle il se prescrit cette tâche, qu'elle entre dans ses normes de vie et que ce travail en plus soit reconnu par les autres, troqué contre un travail *en moins* le jour où ce même opérateur ne sera pas en forme.

CONCLUSION

Le travail de santé est une construction des normes de vie. « *Je ne veux plus de stress au travail... Je veux faire des choses qui ont du sens... Pour mon dos, je dois limiter la charge* ». Ces résolutions individuelles se heurtent quotidiennement aux prescriptions, au rythme, au contexte dans lequel les activités se déroulent. Au travail, chez soi, la tentation de suivre le cours de l'action, d'en faire plus ou trop est grande. Le travail de santé suppose de négocier, avec soi-même et avec les autres, des aménagements temporaires ou durables en vue d'une prise en compte des symptômes, d'une amélioration ou d'une reconstruction de ses capacités. Mais faire autrement, être différent des autres appelle une justification et une acceptation. Car révéler une

fragilité, exprimer ses difficultés de santé, c'est lever un voile sur un ensemble de mécanismes protecteurs (déli, mensonge) et de croyances (invulnérabilité) au risque d'une mise à l'écart, pouvant conduire à une désinsertion sociale, professionnelle [42]. *A contrario*, taire ses difficultés, c'est courir le risque d'avoir à subir des conditions qui peuvent s'avérer délétères pour sa santé.

L'élaboration de nouvelles normes pour vivre et travailler avec une santé altérée, permet de redessiner sa place dans un monde social peu enclin, mal équipé pour gérer les projets, rythmes, variations des capacités productives de chacun. L'aide de pairs, de proches, de collègues, de professionnels permet de soutenir l'élaboration d'arguments et de stratégies pour faire face à ces défis et avancer dans une voie qui permette de tenir ensemble activité et santé.

POINTS À RETENIR

- Une part croissante de salariés travaille avec une santé altérée.
- En poursuivant une évolution essentiellement orientée vers la rentabilité-réactivité, les contraintes qui pèsent sur l'activité de travail se multiplient et peuvent rendre caduques les stratégies permettant à ceux qui ont une santé fragile de se ménager tout en répondant aux exigences productives.
- L'accroissement des sorties de l'emploi pour raison de santé, le tarissement des postes « doux », l'augmentation des files actives de salariés à reclasser constituent autant de signes de la nécessité de prévenir la désinsertion professionnelle.
- Une recherche-action conduite avec le service des ressources humaines d'une grande ville vise à identifier les conditions permettant l'élaboration de stratégies individuelles, collectives et organisationnelles favorisant la poursuite de l'activité d'agents avec des limitations ou des capacités de production fluctuantes.
- La prévention de la désinsertion professionnelle passe par une réflexion partagée sur les conditions d'un travail en santé et une transformation des modes opératoires individuels et collectifs.
- La prévention de la pénibilité est indissociable de la recherche des différentes voies visant à préserver et développer des marges de manœuvre dans l'activité de chacun.
- Les restrictions d'aptitude, les aménagements formels du travail, les mises à l'abri des tâches éprouvantes pour ceux qui ont « des problèmes de santé », leur délégation aux plus jeunes, aux intérimaires... peuvent contribuer au développement de tensions dans les équipes.
- La prévention de la désinsertion professionnelle passe par une transformation du travail, non pas seulement de l'« inapte » mais du travail de tous : il s'agit bien de viser un travail soutenable.
- Construire la/sa santé (entendue comme santé globale : physiologique, psychologique, sociale) au travail tout au long de la vie suppose une activité normative, celle qui permet d'instituer de nouvelles règles de fonctionnement pour soi et avec les autres.
- Cette approche de la santé implique à la fois les experts de la santé, mais aussi le « milieu de travail » (collègues, hiérarchie, fonctions RH...), ainsi que le sujet lui-même.

BIBLIOGRAPHIE



Travailler avec une santé altérée :
comment prévenir la désinsertion
professionnelle ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | **LHUILIER D, WASER AM** - Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique. Collection Clinique du travail. Toulouse : Éditions Erès ; 2016 : 340 p.
- 2 | **BARHOUMI M** - Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? *DARES Anal.* 2017 ; 032 : 1-10.
- 3 | **SAUREL-CUBIZOLLES MJ, BARDOT F, BERNERON B, FROMET M ET AL.** - État de santé perçu et perte d'emploi. In: Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions. Colloque. Paris, 18-19 novembre 1999. Collection Colloques. Toulouse : Octarès Éditions ; 2001 : 53-66, 244 p.
- 4 | **JUSOT F, KHLAT M, ROCHEREAU T, SERMET C** - Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. IRDES, 2007 (www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes/Qes125.htm).
- 5 | **METTE C** - Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé. Un maintien en emploi plus difficile. *DARES Anal.* 2015 ; 68 : 1-7.
- 6 | **ABALLÉA P, DU MESNIL DU BUISSON MA** - La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Rapport n° 2017-025R. Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), 2017 (www.igas.gouv.fr/spip.php?article646).
- 7 | **DIRECCTE Aquitaine** - Inaptitude médicale totale et définitive à tous postes dans l'entreprise. Enquête 2014 Aquitaine ; 2015.
- 8 | **ABALLÉA P, MARIE E** - L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque. Rapport n° RM2012-059P. Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), 2012 (www.igas.gouv.fr/spip.php?article293).
- 9 | Programme de qualité et d'efficacité 2016. Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA. Partie 1 Indicateurs de cadrage. Sécurité sociale, 2016 (www.securite-sociale.fr/Programmes-de-qualite-et-d-efficience/).
- 10 | **LEPLAT J** - Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie. Paris : Presses Universitaires de France (PUF) ; 2008 : 244 p.
- 11 | **DUJARIER MA, GAUDART C, GILLET A, LENEL P (Eds)** - L'activité en théories. Regards croisés sur le travail. Collection Travail et activités humaines. Toulouse : Octarès Éditions ; 2016 : 254 p.
- 12 | **KRYNEN B, YENI I, FOURNALÈS R** - Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé. Rapport n° RM2011-174P. Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), 2011 (www.igas.gouv.fr/spip.php?article252).
- 13 | **CANGUILHEM G** - Le normal et le pathologique. Collection Quadrigé. Paris : Presses Universitaires de France (PUF) ; 1966 : 224 p.
- 14 | **LITIM M, LHUILIER D, WASER AM** - Le travail pour tous : une recherche-action en collectivité territoriale. *Psychol Trav Organ.* 2019 (<https://doi.org/10.1016/j.pto.2018.05.002>).
- 15 | **CARREZ M, ICARD M, LHUILIER D, LITIM M ET AL.** - Prévention de l'inemployabilité et travail pour tous : une recherche-action à la Ville de Lille. *Rev Cond Trav.* 2018 ; 8 : 108-22.
- 16 | **VOLKOFF S** - Les autres « pénibilités ». Fragilisation de la santé, et vécu du travail en fin de vie active. *Retraite Soc.* 2015 ; 72 (3) : 87-101.
- 17 | **MOLINIÉ AF** - Les salariés quinquagénaires, entre fragilisation et protection. *Retraite Soc.* 2006 ; 49 (3) : 11-37.
- 18 | **HÉAS F** - Pénibilité au travail : reclasser ou prévenir ? *Pistes.* 2010 ; 12-1 : 1-12.
- 19 | **BÉGUIN P** - Concevoir pour les genèses professionnelles. In: RABARDEL P, PASTRÉ P (Eds) - Modèles du sujet pour la conception, dialectiques, activités, développement. Collection Travail et activité humaine. Toulouse : Octarès Éditions ; 2005 : 31-52, 260 p.
- 20 | **CRU D** - Règles de métier. In: DEJOURS C (Eds) - Plaisir et souffrance dans le travail. Orsay : Association pour l'ouverture du champ d'investigation psychopathologique (AOCIP). Tome 1 ; 1995 : 43-49, p.
- 21 | **CRU D** - Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics. Collection Clinique du Travail. Toulouse : Éditions Erès ; 2014 : 221 p.
- 22 | **PUEYO V** - Quand la gestion des risques est en péril chez les fondeurs. In: MOLINIÉ AF, GAUDART C, PUEYO V (Eds) - La vie professionnelle. Âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail. Toulouse : Octarès Éditions ; 2012 : 257-84 : 395 p.
- 23 | **WALZER M** - Sphères de justice. Une défense du pluralisme et de l'égalité. Collection La couleur des idées. Paris : Éditions du Seuil ; 1997 : 475 p.
- 24 | **HUYEZ-LEVRAT G, WASER AM** - L'avantage mutuel. Recherche-action sur le retour et le maintien en activité de salariés touchés par une maladie chronique. *Nouv Rev Trav.* 2014 ; 4 : 1-19.
- 25 | **HAÏLÉ-FIDA S** - Quelle place pour la maîtrise de proximité dans la détection et la prise en charge de l'usure professionnelle ? Le cas d'une société de transports urbains de voyageurs de la région Rhône-Alpes. *Rev Ires.* 2005 ; 48 : 101-25.
- 26 | **DODIER N** - Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail. *Rev Fr Sociol.* 1986 ; 27 (4) : 603-28.
- 27 | **HUGHES EC** - Le Regard sociologique : essais choisis. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) ; 1996 : 344 p.
- 28 | **LHUILIER D** - Le « sale boulot ». *Travailler.* 2005 ; 14 : 73-98.
- 29 | **LAÉ JF** - L'inaptitude à la RATP, de la protection à la sanction. *Soc Contemp.* 1991 ; 8 (4) : 107-25.
- 30 | **LE BIANIC T** - L'inaptitude au travail : une construction sociale ? *Éduc Perm.* 2003 ; 156 : 55-66.
- 31 | **MAUSS M** - Sociologie et anthropologie. Collection Quadrigé. Paris : Presses

- Universitaires de France (PUF) ; 2013 : 540 p. ; 1973 : 482 p.
- 32 | **DESBARATS I** - Obligation de reclassement et obligation de sécurité : quelle articulation en matière de santé au travail ? *Pistes*. 2010 ; 12-1 : 1-15.
- 33 | **FANTONI-QUINTON S** - Étendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France. *Pistes*. 2010 ; 12-1 : 1-10.
- 34 | **MARESCA B, DUJIN A** - Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne ? *Prat Organ Soins*. 2011 ; 42 (1) : 19-26.
- 35 | **LHUILIER D** - Placardisés : des exclus dans l'entreprise. Paris : Éditions du Seuil ; 2002 : 232 p.
- 36 | **BARIL R** - Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. *Pistes*. 2002 ; 4-2 : 1-34.
- 37 | **FANTONI-QUINTON S, FRIMAT P** - Maintien au travail et maladie : un exemple d'accompagnement individualisé en région Nord. *Santé Publique*. 2011 ; 23 (3) : 251-59.
- 38 | **MEZZA J** - Les pratiques d'orientation en direction des personnes malades chroniques. *Pistes*. 2017 ; 19-2 : 1-26.
- 39 | **CANGUILHEM G** - Ecrits sur la médecine. Paris : Éditions du Seuil ; 2002 : 124 p.
- 40 | **LE BLANC G** - Canguilhem et les normes. Paris : Presses Universitaires de France (PUF) ; 1998 : 126 p.
- 41 | **CLOT Y** - Travail et pouvoir d'agir. Collection Le travail humain. Paris : Presses Universitaires de France (PUF) ; 2008 : 296 p.
- 42 | **LHUILIER D** - Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ? Synthèse des travaux empiriques. *Pistes*. 2017 ; 19-1 : 1-18.

RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL EST AUSSI SUR INTERNET



Ma sélection | Fils RSS | Summaries in English | La revue en PDF | Contactez la rédaction

RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL

Rechercher [OK] Index de la revue de A à Z →

Grand angle | Vu du terrain | Pratiques & métiers | Suivi pour vous | Mise au point | Outils repères | Infos à retenir

Accueil

Travail de nuit, quelles pratiques de prévention ? État des lieux en région Alsace

Une enquête a recensé les pratiques de prévention des risques liés au travail posté/travail de nuit, en Alsace, et identifié les freins associés à la mise en œuvre de ces pratiques. Les mesures de prévention détaillées dans cet article sont des exemples de bonnes pratiques, sans être des recommandations scientifiques car toutes n'ont pas fait l'objet de protocole standardisé voire d'évaluation à l'heure actuelle.

→ Lire l'article

Le numéro en cours
Au sommaire

Sèche-mains : quelle installation choisir ?
Lire l'article

En bref

- Bulletin juridique de janvier 2019 de l'INRS
- Santé et sécurité au travail : quels leviers pour une culture de prévention en entreprises ?
- Prévention des risques pour les personnes en situation de handicap
- Semaine européenne de la vaccination - 24 au 30 avril 2019
- Nouveautés dans MIXie-France

TOUTES LES BRÈVES

Fiches thématiques

- Allergologie professionnelle
- Radioprotection : secteur médical
- Risques psychosociaux : outils d'évaluation
- Tableaux de maladies professionnelles : commentaires

Vos questions / nos réponses

- Les dernières questions posées
- Les questions les plus consultées
- Posez vos questions

Agenda / Formations

- 14/03/2019 Données de santé : communication au sein d'une équipe pluridisciplinaire, et au-delà - (UBO)
- 15/03/2019 La reprise du travail après un événement cardiovasculaire (niveau 2 - Étude de cas cliniques)
- 20/03/2019 Troubles musculosquelettiques (TMS), maintien en emploi

TOUTES LES DATES

En pratique

- La revue en pdf
- Abonnez-vous
- Proposez un article
- Recommandations aux auteurs

→ Participez à la recherche !

RETROUVEZ SUR LE SITE
rst-sante-travail.fr

TOUS LES ARTICLES PUBLIÉS DANS LA REVUE
RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL