

## Prévention de l'inemployabilité et travail pour tous : une recherche-action à la Ville de Lille

Maryse Carrez, Mathilde Icard, Dominique Lhuilier, Malika Litim,  
Anne-Marie Waser

### ► To cite this version:

Maryse Carrez, Mathilde Icard, Dominique Lhuilier, Malika Litim, Anne-Marie Waser. Prévention de l'inemployabilité et travail pour tous : une recherche-action à la Ville de Lille. La Revue des Conditions de Travail, ANACT, 2018, pp. 108-122. <https://fr.calameo.com/read/0000881555653ee73653e?page=108> . hal-02139349

**HAL Id: hal-02139349**

**<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-02139349>**

Submitted on 24 May 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# PRÉVENTION DE L'INEMPLOYABILITÉ ET TRAVAIL POUR TOUS :

une recherche-action à la Ville de Lille

## Maryse Carrez

Directrice des relations sociales et du travail  
Ville de Lille  
mcarrez@mairie-lille.fr

## Mathilde Icard

Directrice générale adjointe chargée des ressources humaines  
Ville de Lille  
micard@mairie-lille.fr

## Dominique Lhuilier

CRTD, Cnam  
dominique.lhuilier@cnam.fr

## Malika Litim

UTRPP, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité  
malika.litim@univ-paris13.fr

## Anne-Marie Waser

LISE, Cnam  
am.waser@gmail.com

Cnam-Lise, 2 rue Conté, case 1LAB40, 75003 Paris<sup>1</sup>

**D**'importantes transformations des organisations du travail et des modèles de management, tout autant que les signes de dégradation de la santé des agents contribuent à la mise en visibilité, dans la gouvernance des organisations publiques, de la problématique des pénibilités et du reclassement. Un partenariat construit entre une collectivité territoriale et une équipe d'intervenants chercheurs, cliniciens du travail, a permis la réalisation d'une recherche-action (RA) sur la prévention de l'inemployabilité et « le travail pour tous ». Sont présentées ici les principales transformations recensées dans la littérature et les analyses relatives aux éléments du co-diagnostic sur les conditions (et leurs empêchements) du travail pour tous. Cette notion entend souligner les caractéristiques d'organisations du travail tolérantes à la singularité et à la variabilité des sujets au travail, à la fluctuation des capacités productives ; ou *a contrario*, d'organisations du travail qui fabriquent des processus de relégation et d'exclusion.

### MOTS-CLÉS

Santé, pénibilités,  
régulations, fonction  
publique, collectivités  
territoriales, prévention,  
inaptitude, reclassement,  
reconversion

## INTRODUCTION

Dans un contexte de faible recrutement et de vieillissement des agents titulaires, la fonction publique (FP) connaît les mêmes grandes transformations qui affectent le monde du travail et les salariés. La nouvelle gestion publique vise à améliorer le rapport coût/efficacité du service et à développer une « rationalisation » qui cherche à promouvoir une culture du résultat. Cette méthode pour faire plus ou mieux à un moindre coût n'est pas sans effet sur les conditions de travail et sur la santé des agents comme en témoigne la progression des absences pour raisons de santé, des TMS et du nombre d'agents en usure professionnelle. Cette évolution tient aussi à l'augmentation du nombre de personnes qui vivent et travaillent avec une santé altérée (Lhuillier et Waser, 2016). D'où la croissance du volume des restrictions d'aptitude et des inaptitudes.

La présente contribution, produite conjointement par les commanditaires et les chercheuses, vise à décrire la dynamique que la recherche-action a permis d'enclencher ainsi que quelques résultats tangibles. Aussi, après avoir examiné les transformations que connaît aujourd'hui la fonction publique territoriale et leurs impacts sur la montée des pénibilités et des inaptitudes pour raison de santé, nous présenterons la méthodologie de la recherche-action. Nous poursuivrons ensuite par les analyses spécifiquement centrées sur deux métiers et services et les principaux enseignements tirés des processus de transformation opérés comme des résistances rencontrées. Ceux-ci contribuent à éclairer une problématique centrale : les conditions (et leurs empêchements) du travail pour tous. La Ville connaît des difficultés pour faire face, tant sur le versant prévention que sur celui de la prise en charge des agents confrontés à une maladie, un handicap ou un accident. En s'engageant dans cette RA, de grande ampleur, la Ville, et en particulier son DGS et sa DGA-RH ont amorcé une transformation profonde, dont on peut d'emblée souligner qu'elle a suscité enthousiasme et résistance. Les résultats, encore récents, sont pourtant au rendez-vous, non seulement par des modifications concrètes, mais plus encore parce que cette RA a permis une évolution du dialogue au sein de la Ville, entre les différents acteurs, et par là-même a contribué à l'évolution de la gouvernance.

### — 1. LE RECLASSEMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Nous retiendrons ici les principales transformations qui contribuent à la mise en visibilité et à l'agenda de la gouvernance des organisations publiques de la problématique des pénibilités (CNFPT, 2014) et du reclassement (FNCDG, 2015).

#### **1.1. Le développement des sources d'inaptitude professionnelle**

La préoccupation croissante relative aux inaptitudes dans la FP est liée à la conjonction de plusieurs facteurs, les principaux étant le nombre accru d'accidents du travail, de maladies professionnelles reconnues, en très forte croissance, notamment les TMS qui constituent 80 à 90 % des affections d'origine professionnelle, et le développement des RPS (CNFPT, 2014). Les absences pour raison de santé, en nombre supérieur au secteur privé, sont aussi en forte augmentation.

La prolongation de la vie active, avec le recul progressif de l'âge de départ à la retraite contribue aussi, comme ailleurs, au vieillissement et à la croissance des problèmes de santé des travailleurs. Mais cette problématique se trouve accentuée dans la FP.

En effet, la révision générale des politiques publiques produit un assèchement des marges de manœuvre budgétaires, d'où une réduction des recrutements et du renouvellement générationnel normalement lié aux départs à la retraite. Cette tension dans les effectifs contribue, avec une pression à la productivité plus forte (Krynen et Yeni, 2011), à une intensification du travail. Les fonctionnaires

sont amenés à vieillir ensemble dans la longue durée de leur vie active sans plus bénéficier des possibilités de « mise à l'abri » par l'attribution des tâches les plus pénibles ou les plus exposées aux plus jeunes. Parallèlement, les possibilités de réaffecter les travailleurs en cas de problèmes de santé s'amenuisent elles aussi – en raison de l'externalisation d'un certain nombre de tâches périphériques, de la tendance à la disparition ou au « durcissement » des postes qualifiés doux, de la disparition ou du faible intéressement de certaines possibilités de mobilité verticale – ou sont loin d'être suffisantes compte tenu des effectifs concernés. Les limites des modes usuels de gestion du couple pénibilité-santé fragilisée sont de plus en plus manifestes.

Ajoutons encore, parmi les sources multiples d'inaptitude professionnelle au lourd impact économique et social, la pénibilité croissante d'une part des métiers de la fonction publique territoriale. Ainsi en est-il du travail en Ehpad ou encore dans les crèches, largement documenté par ailleurs.

### 1.2. Les pénibilités : la place du travail de santé ?

Depuis environ 15 ans, on observe un retour du thème de la pénibilité. Celle-ci ne concerne pas que ceux qui sont identifiés comme ayant « des problèmes de santé ». « En population générale la santé parfaite, si tant est qu'on puisse la définir, est une exception. De nombreux travailleurs présentent des troubles, plus ou moins invalidants et ces troubles ont un impact direct sur la pénibilité ressentie » (Volkoff, 2015 : p. 72).

Le caractère plus ou moins gênant de ces troubles dépend bien sûr 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 travail de santé.

Ce « travail de santé » recouvre des activités de soin de soi au double sens du *cure* et du *care*, des auto-prescriptions réglant le style et l'hygiène de vie, la réorganisation des actes exigés par la prescription médicale afin de les ajuster aux contraintes des différentes sphères de vie comme aux désirs et aspirations personnels, la réorganisation des tâches professionnelles, l'invention de nouvelles manières de faire pour construire des compromis entre exigences du milieu de travail et exigences de santé (Lhuillier et Waser, 2016).

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, etc.) » (Molinié, 2006 : p. 24). Il s'agit là d'une voie essentielle de réduction de la pénibilité et qui permet de s'approcher de la notion de « travail pour tous ». Le travail est pénible quand il est fait avec difficultés, efforts, douleurs, quand il est source d'ennui, anxiété... Quand les stratégies développées sont rendues inopérantes par le système de travail dont les contraintes de procédures à respecter, de butées temporelles, de radicalisation des conflits d'activité et de défaut de ressources collectives sont trop fortes.

Les problèmes de santé n'impliquent pas mécaniquement des difficultés dans le travail. Nous ferons ici l'hypothèse que la croissance des inaptitudes et des demandes de reclassement dans la FPT (FNCDG, 2015) tient au défaut de marges de manœuvre permettant un travail de 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. En ce sens, la prévention de la pénibilité est indissociable de la recherche des différentes voies visant à réparer et à compenser (Héas, 2010), qu'il s'agisse des aménagements de poste ou du reclassement des agents en inaptitude ou restriction d'aptitude.

## — 2. UNE RECHERCHE-ACTION POUR FAVORISER « LE TRAVAIL POUR TOUS »

C'est dans cette perspective qu'une recherche-action, d'une durée de 18 mois, est conduite dans le cadre d'une convention de collaboration entre une équipe de chercheurs du CRTD-CNAM<sup>1</sup> et la Ville de Lille, qui compte, avec les communes associées, 4500 agents. Cette RA fait suite à une démarche globale de lutte contre l'absentéisme et de prévention des risques professionnels ; démarche qui dans le cadre d'une méthodologie classique pour les collectivités avait donné lieu – suite à un diagnostic – à un plan d'actions à mettre en place. Or, en dépit de la qualité de ce plan d'actions et de la mobilisation de l'encadrement et des organisations syndicales durant la construction de ce plan, les processus n'avaient pas évolué.

L'objectif de la collectivité était bien de dépasser les difficultés rencontrées et d'engager une nouvelle démarche impliquant les services RH, mais aussi l'ensemble des acteurs de la Ville volontaires, pour permettre la valorisation des ressources des agents, le développement de leur puissance d'agir (tant dans le réel du travail que dans le processus qui mènera à construire de nouvelles normes de vie au travail, à leur éventuelle reconversion professionnelle) et la mobilisation des ressources collectives, organisationnelles ou institutionnelles pour améliorer les conditions de travail, la prévention des risques professionnels et le procès de reclassement.

La méthodologie de cette RA repose sur l'analyse de l'activité (Leplat, 2008 ; Dujarier et al, 2016), les cadres théoriques de la clinique du travail (Lhuillier, 2006), de la démarche inductive de la sociologie pragmatique (Bessy et Chateauraynaud, 1995 ; Boltanski, 1990) et sur les principes de l'intervention psychosociologique (Dubost 1987 ; Mendel et Prades, 2002).

L'analyse de l'activité, du travail réel, des métiers est au fondement des processus de transformation que cette RA cherche à développer. Et cette approche rejoint le constat réalisé par Krynen et Yeni quand ils soulignent, à propos de l'inaptitude dans la fonction publique :

« Il faut passer d'une logique de protection statutaire en cas d'aléas de santé conduisant à une inaptitude, 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 » (2011 : p. 62).

La clinique du travail a pour centre le sujet aux prises avec des situations concrètes de travail : subjectivité et activité sont au cœur des investigations théoriques et méthodologiques. Le travail est conçu comme une activité orientée à la fois vers le segment de réalité à transformer, vers autrui et vers le sujet lui-même. Cette activité est fondamentalement sociale, réalisée avec d'autres, pour d'autres, en fonction de règles et repères produits par d'autres. Le travail est 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 le sujet des contraintes de la situation.

Autrement dit, l'activité peut être porteuse d'une dynamique d'émancipation et de développement. Ce qui 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, la bienveillance indispensable pour faire contrepoids aux risques du dévoilement, et les controverses et délibérations sur le travail afin de le faire évoluer dans un sens favorable à la santé pour tous.

C'est l'ensemble de ces conditions que cherchent à développer les interventions en clinique du travail dans les organisations. Aussi, cette RA vise à (re-)donner la main à ceux qui font le travail sur leur travail, à soutenir l'organisation collective de leur activité, à ouvrir des espaces de débat, à expérimenter des pistes d'amélioration pour que le maintien en emploi puisse être significativement renouvelé.

Les objectifs poursuivis sont les suivants : explorer les conditions de maintien en emploi et en activité, par l'investigation des dispositifs formels existants et utilisés, mais aussi des processus plus informels qui président aux régulations ; conduire des analyses de situations de « terrain » aux différents niveaux concernés : au plan individuel, collectif, organisationnel, institutionnel ; identifier les ressources et freins au maintien en activités (et pas seulement en emploi) et les soumettre dans des groupes de pairs ; élaborer en groupes de pairs des propositions d'amélioration en vue d'expérimentation. Enfin, il s'agit d'améliorer les conditions de maintien en emploi et en activité et de prévenir l'inemployabilité par la mise en œuvre des expérimentations proposées par celles et ceux qui font le travail et validées par la hiérarchie avant d'en faire un bilan partagé.

Avant de proposer un dispositif ad hoc, la première phase a consisté à co-construire un diagnostic, à partir de la mise en discussion de ce qui rend difficile la réalisation des tâches et des missions. Les solutions qui existent pour y faire face ont été développées dans des unités ou services dont l'activité est jugée pénible/usante. Elle a aussi permis d'entendre les premiers concernés, c'est-à-dire des agents dont l'état de santé ne leur permet plus d'exercer leur métier, certains ayant intégré d'autres postes, d'autres étant depuis des années reclus chez eux, dans l'attente qu'un poste puisse enfin leur être proposé. Nous ne présenterons pas ici l'analyse de ces entretiens mais retiendrons l'état des lieux fait par la Ville.

### — 3. LES EFFETS CONCRETS DES TRANSFORMATIONS DE LA FP SUR LA SANTÉ ET LE MAINTIEN DANS L'ACTIVITÉ AUX ESPACES VERTS ET À LA RESTAURATION SCOLAIRE

Nous présenterons ici les éléments du diagnostic réalisé dans deux métiers – jardiniers et agents de restauration scolaire – identifiés comme « pénibles » par le service de santé au travail car produisant plus que d'autres des accidents de service, maladies et arrêts de travail. Cette investigation a porté sur les processus informels qui président aux régulations permettant le maintien en activité et *à contrario* sur les processus conduisant progressivement à des difficultés de maintien en activité, des relégations jusqu'au recours à l'arrêt de travail ou à la mise à l'écart.

L'analyse de situations dans ces deux secteurs explore les différents niveaux concernés par celles-ci : au plan individuel (l'agent qui a des problèmes de santé), collectif (son équipe) et organisationnel (l'impact sur l'organisation du travail du service).

À partir d'observations faites par les chercheuses sur le terrain et de récits de « situations tendues » livrés par les agents lors d'entretiens individuels et collectifs, un ensemble de régulations ont été mises à jour. Pour être analysées, elles doivent être resituées dans le contexte de transformations organisationnelles fortes qu'ont connues ces deux secteurs d'activité répondant à des objectifs de rationalisation et de recherche d'efficacité, qui s'inscrivent dans la nouvelle forme de gestion publique (*New Public Management*) basée notamment sur une culture du résultat et l'emprunt de pratiques et d'outils issus du privé.

### 3.1. Aux Espaces verts

Dans le secteur des Espaces verts, l'engagement dans le Grenelle de l'environnement, puis la loi Labbé interdisant, au 1<sup>er</sup> Janvier 2017, l'usage des phytosanitaires dans les parcs et jardins et voies publiques, associés à la réduction des effectifs, se sont traduits par de nombreux changements : recrutement de directeurs jeunes, ingénieurs et formés en gestion des espaces verts et des politiques urbaines, un audit organisationnel afin de porter les objectifs (biodiversité, développement durable par l'implantation d'espaces différenciés) et l'allocation d'un budget dédié. Cette évolution a conduit en une dizaine d'années à de profondes mutations du métier de jardinier. Si l'outillage performant et l'organisation en petites unités autonomes devaient compenser le non-remplacement des jardiniers partant à la retraite, force est de constater que les indicateurs de santé ne sont pas bons (accidents, inaptitudes).

En effet, le diagnostic partagé met en évidence plusieurs constats : une activité intense et répétitive durant la forte période de pousse (taille, tonte, etc.), un report de tâches des jardiniers à la santé fragilisée sur les jardiniers qui n'ont pas de restriction d'aptitudes, des tensions au sein des équipes dues à ce report de tâches, une perte de sens du métier associée à une faible reconnaissance du travail par les « gens des bureaux » générant des pénibilités structurelles.

Sur cette période longue de restructuration, les effectifs auraient été divisés par deux<sup>2</sup> avec un développement inédit du recours à la sous-traitance pour les opérations jugées risquées car générant, plus que d'autres, des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'intensification du travail liée à l'utilisation d'outils performants est ressentie par les jardiniers les plus anciens qui, à l'époque, pouvaient se ménager des temps morts pour souffler :

« L'organisme est plus sollicité... avant on taillait avec une cisaille sans amortisseur, on ramassait, il était midi... Maintenant c'est vrou vrou vrou, un truc de fou. On fait beaucoup plus avec moins de bonhommes. Seulement il y a des dommages collatéraux. On a beau mettre des protections, lunettes, bouchons... On a plus d'accidents... les gars travaillent jusqu'à ce qu'ils aient mal aux épaules » (agent de maîtrise principal, chef de secteur, 35 ans d'ancienneté).

Les objectifs assignés ne semblent pas tenir compte du nombre important d'agents âgés, en restriction, générant un report de charge sur les autres. Les jardiniers ont alors repéré des marges de manœuvre qui visent à donner des tâches moins usantes mais utiles à l'équipe, aux collègues avec des problèmes de santé : préparer les chantiers, apporter le matériel, entretien, rangement, expliquer aux résidents les nouveaux aménagements, faire le plein de gasoil des camions et des outils thermiques, etc. Si ces régulations permettent le maintien en activité de ces jardiniers, elles ne règlent pas la question du report de tâches pénibles sur une minorité : « Dans mon équipe (5), j'en ai trois qui ne peuvent plus prendre les outils thermiques. Qu'est-ce que je fais ? » (responsable d'équipe). L'externalisation des tâches réputées pénibles, la modernisation de l'outillage et l'organisation en petites équipes autonomes sur le mode d'un travail par objectif hebdomadaire ne semblent pas compenser suffisamment les limitations physiques liées d'abord à la montée en âge des jardiniers mais aussi à une lassitude d'un travail devenu bien plus répétitif que par le passé et aussi moins reconnu :

« (...) avant les gens étaient contents, on installait des fleurs partout dans la ville. C'était beau (...) on était fiers (...) et là, on réengazonne les massifs de fleurs. Les fleurs, ça coûte trop cher ».

Le plus préoccupant est l'absence de prévention pour les plus jeunes qui, pour tenir les objectifs, sont contraints de faire les tâches les plus physiques et souvent pénibles à la place des jardiniers qui ne peuvent plus les faire. Les coopérations ne sont donc pas bénéfiques pour tous. Elles développent un sentiment d'injustice en raison de l'iniquité de la répartition des tâches au sein de l'équipe.

### 3.2. À la restauration scolaire

Dans le service de la restauration scolaire, le problème identifié par tous comme majeur, récurrent et préoccupant est l'absentéisme. La Ville a réalisé des investissements importants pour construire une cuisine centrale et rénover l'ensemble des restaurants satellites. L'outil de production moderne devait permettre d'améliorer le service rendu aux usagers et la maîtrise de la qualité, de réduire les dépenses publiques par le contrôle des coûts des matières premières, de diminuer la masse salariale mais aussi limiter les pénibilités pour les agents qui passent alors d'une restauration traditionnelle à un restaurant en liaison froide. Les agents ont été formés à ce nouveau métier<sup>3</sup>, un audit interne a permis de redéfinir les ratios (nombre d'agents/restaurant), les départs à la retraite n'ont pas été remplacés et des agents intérimaires ont été recrutés. Notre intervention se situe au moment du passage en liaison froide. Le constat est sans appel : l'état de fatigue des agents de restauration lié à la répétitivité des gestes et à un collectif qui se délite se traduit par un absentéisme sans précédent que les cadres de proximité (responsables de restaurants et chefs de secteur) ne parviennent pas à réduire.

Les pénibilités évoquées sont nombreuses et d'autant plus surprenantes que les agents et les responsables des restaurants satellites reconnaissent que le travail est moins physique et moins stressant que celui qu'ils faisaient lorsqu'ils étaient en restauration classique : il y a les tâches parcellisées qui dissolvent le collectif, les manutentions (déchargement du camion de livraison), station debout prolongée (douleurs lombaires, jambes, cervicales), les incertitudes et recompositions permanentes dues aux absences.

Les pénibilités ressenties depuis le passage à la liaison froide semblent avoir entamé une bonne partie du pouvoir d'agir. Si la pression temporelle est inchangée (servir 300 repas avant 13h), le stress ressenti est moindre car les repas sont préparés au niveau de la cuisine centrale. Mais l'absence, voire l'absentéisme (Rousseau, 2012) d'agents titulaires, mais également d'intérimaires sollicités pour compenser et faire face à la charge de travail, pèse d'autant plus qu'il est devenu structurel obligeant ainsi au quotidien à des recompositions d'équipe. Ce report de tâches épuise physiquement et moralement ceux et celles qui s'accrochent à leur travail : « (...) parce que j'y crois... encore ». Les marges de manœuvre semblent faibles, empêchant certaines régulations :

« on se prêtait du personnel (...) mais attention il faut qu'il y ait un renvoi d'ascenseur... et aussi que le personnel soit bien traité (...) on s'arrangeait entre responsables de restaurant ».

Cette relation forte de don, contre-don qui liait les responsables de restaurants du temps de la restauration classique ne semble plus fonctionner aujourd'hui. Le recours massif, tout au long de l'année, au personnel intérimaire que les responsables de restaurant doivent former sur place produit une surcharge de travail et une instabilité qu'ils jugent préjudiciable au travail d'équipe. Un travail collectif sur les causes de l'absentéisme et les solutions s'impose.

## 4. UN DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS ET DE PRÉVENTION QUI A MONTRÉ SES LIMITES

Les agents municipaux confrontés à un accident, à une maladie ou à un handicap étaient jusqu'à présent :

- pour certains, accompagnés dans leurs démarches de « reclassement » qui les conduisent à changer de métier lorsqu'ils ne sont plus aptes à exercer les fonctions d'origine : environ 100 personnes bénéficient d'un reclassement chaque année (ex. : auxiliaires de puériculture ou agents techniques reclassés dans des missions administratives) ;



- pour d'autres, le retour à l'emploi se fait dans le service d'origine avec un poste parfois aménagé (allègement de certaines tâches, aménagement d'horaires demandés par la médecine du travail) ;
- ou en attente d'un nouvel emploi qui correspondrait mieux à leurs aptitudes et compétences. Certains sont d'ailleurs maintenus en arrêt-maladie dans l'attente d'une nouvelle perspective.

Au total, ce sont plus de 900 personnes qui sont concernées, soit 1 agent-e sur 4.

Une équipe pluridisciplinaire était chargée, au sein du pôle ressources humaines, d'organiser ces parcours et d'accompagner les agents. Malgré la forte mobilisation de cette équipe ainsi que des référents ressources humaines au sein de chaque direction opérationnelle, la prise en charge de cette problématique n'était pas pleinement satisfaisante.

D'un point de vue général, les agents confrontés à ces situations étaient principalement définis au regard de leur incapacité à travailler (du moins à occuper les postes estimés utiles et nécessaires) : les termes d'agents en « surnombre », « d'agents ayant des restrictions », de « situation sensible » étaient ancrés dans le vocabulaire des services.

Le discours général des encadrants portait sur les cohortes d'agents en restrictions qui peuplent certains services comme autant de charges à gérer et non de ressources à valoriser et à organiser. Ces représentations leur assignaient une identité et une place : hors de la collectivité (en arrêt parce qu'on n'a pas de poste à leur proposer, en congé de longue maladie mais « au moins on peut les remplacer »), hors du service (avec les propositions de certains chefs de service de « remettre l'agent-e à la disposition des ressources humaines »), hors du collectif de travail parfois (avec de l'hostilité des collègues qui supportent un report de charge).

Cet état de fait contribuait à accroître le taux d'absentéisme et les conséquences financières associées (les agents sont en maladie, à demi-traitement, éloignés du travail et sont remplacés par des agents en intérim dans l'attente d'une solution).

Certains sont encore plus éloignés que d'autres. Le service en charge de l'accompagnement des reclassements a une longue liste d'attente. Pour être sur le haut de cette liste, il faut avoir une perspective d'une perte de salaire (fin de droits à maladie ordinaire). Les agents en accident du travail ou maladie professionnelle ne sont pas considérés comme prioritaires puisque maintenus à plein traitement. Ceci n'est pas conforme aux principes de gestion humaine des situations et aux règles d'éthique portées par la collectivité.

En parallèle ou en miroir, la démarche de prévention des risques professionnels était principalement axée sur une approche sécurité (avec un document unique par bâtiment plutôt que par métier) avec une faible mobilisation et responsabilisation des encadrants. La vision prospective des métiers restait à construire avec une absence d'outils de GPEC.

## — 5. UNE RECHERCHE-ACTION FONDÉE SUR L'ENGAGEMENT DE CHACUN-E

### 5.1. De nouveaux espaces de dialogue

La méthode co-construite entre le CNAM et la Ville a fourni un cadre nouveau d'appréhension et de résolution des problèmes. Les services RH disposaient d'une collection de rapports et plans d'actions liés aux domaines de la prévention et des conditions de travail. Toutefois, durant des décennies, après chaque diagnostic, le constat était le même : l'incapacité de l'organisation à passer à l'action et opérer une réelle transformation.

La méthode retenue a permis d'impliquer chacun-e tant dans la construction des analyses permettant un diagnostic partagé que dans la conduite d'expérimentations visant à réduire les problèmes identifiés.

Suite à la phase du diagnostic, quatre types de groupes de travail, de natures différentes, ont été constitués et co-animés par une chercheuse du CNAM et des agents des services concernés ou chargés d'orientation du Pôle RH ou agente du CCAS :

- **4 groupes « métier »** : ils ont réuni des agents exerçant un même métier où sont concentrés les facteurs de pénibilité, et qui ont poursuivi les analyses de ce qui rend difficiles l'activité et le maintien en emploi (en phase de diagnostic) puis ont élaboré et proposé de nouveaux modes d'organisation (en phase d'expérimentation). Les métiers concernés : jardiniers, ATSEM, agents de restauration scolaire, agents des crèches.
- **2 groupes des usagers du reclassement** : ils ont été composés d'agents en cours de reclassement, de retour à l'emploi ou ayant réussi un tel parcours. Les agents ont partagé les ressources qu'ils mobilisent / ont mobilisées et les compétences acquises dans ce cadre.
- **1 groupe Passerelle** : il a regroupé les agents des EHPAD en attente de reclassement professionnel, de retour après congé de longue maladie ou accident de service, et pour lesquels le travail de groupe sur des postes réservés a permis de repenser les projets professionnels et les objectifs de reconversion (bilan de compétences, immersion, formation, parcours de réadaptation professionnelle).
- **2 groupes d'acteurs du reclassement** : ils ont regroupé les agents parties prenantes du Pôle RH et des pôles et directions opérationnels de la Ville. Le groupe « suivi du reclassement » a analysé les pratiques et proposé d'autres modes d'organisation et de fonctionnement visant à faciliter et amender le traitement et la prévention des pénibilités et de leurs effets individuels et collectifs. Le groupe « prévention » a proposé une méthodologie pour des organisations du travail respectueuses de la santé (prévention primaire), et des outils permettant un développement des carrières « fluide ».
- **1 groupe des directeurs** : animé par la DGARH, il a réuni des directeurs opérationnels qui se sont engagés dans la démarche en proposant ou en participant à des expérimentations de pratiques facilitant le retour et/ou le maintien en emploi.
- **1 groupe des syndicats** : animé par le CNAM, ce groupe a réuni des représentants des 4 organisations syndicales présentes dans la collectivité. Il a eu pour objectif de réfléchir sur le rôle des représentants du personnel et du CHSCT dans la prévention de l'inemployabilité et pour le travail pour tous, et de développer les démarches préventives et collectives.
- **Le groupe Projet** a été et reste l'instance de pilotage de la démarche, rassemblant à la fois des directeurs, des représentants des organisations syndicales, des co-animateurs de groupe métier, les RH et les médecins de prévention. Il discute les résultats obtenus dans les groupes de travail et oriente la démarche.

## 5.2. Résistances et transformations induites par la recherche-action

Rappelons le principe de départ : le changement doit s'appuyer sur les expériences de terrain, 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 approche n'est guère contestable, qui plus est par des professionnels RH. Mais la réalité est autre. La première année a été marquée par des réticences – bien sûr involontaires – à tenir compte de cette expertise d'usage. Ainsi, il a été notamment difficile de mobiliser les équipes RH pour inviter les agents en arrêt à participer aux groupes (et même en amont, à obtenir une liste d'agents en arrêt et suivis par les services), d'identifier les co-animateurs acceptant d'animer les groupes, difficile également pour l'encadrement d'accepter de dégager le temps nécessaire pour les agents en activité leur permettant de participer à la démarche au travers des groupes métiers. Ces réticences étaient importantes. Elles laissaient pressentir la certitude inconsciente du caractère irréversible de la démarche, une fois celle-ci installée.

Les transformations ont commencé à devenir visibles au bout d'un an. Les mouvements sont devenus concrets notamment à la suite d'une journée associant l'ensemble des directeurs et chefs de service :

- À cette occasion, notamment, fut diffusé un film (dont le scénario avait été construit avec les agents des groupes métiers) avec pour objectif de retracer leur quotidien de travail, leurs difficultés, les pénibilités auxquelles ils sont confrontés. Avec cette vidéo, chacun-e a été pris-e à témoin. Pour l'encadrement, c'est alors devenu l'affaire de tous. Le retour a été par contre plus nuancé pour les agents. Du fait des coupes et du montage, ils n'ont pas retrouvé la réalité de leur travail et des problématiques qu'ils souhaitent mettre en lumière. Filmer le travail est un métier qui reste encore à parfaire au sein de la collectivité. À ce stade, nous retenons la nécessité d'impliquer les agents concernés à toutes les étapes pour ne pas en faire un outil de communication.
- Des apports théoriques ont également été fournis par l'équipe de recherche, croisés avec les témoignages d'encadrants et d'agents concernés.
- Des ateliers ont ensuite été organisés avec l'ensemble des participants pour répondre à ces questions : « En vous référant à votre activité propre d'encadrement, quelles sont vos expériences de reclassement, retour au travail ? Quelles sont vos expériences de prévention des pénibilités du travail ? Difficultés rencontrées et ressources mobilisées ? Quelles propositions d'amélioration ? ».

Les pratiques des professionnels de l'accompagnement et de la prévention ont également évolué avec, progressivement, un changement de paradigme. Jusqu'alors, les actions des uns et des autres étaient juxtaposées pour aborder l'objet d'étude : l'agent-e à reclasser, la « situation à régler ». Cette segmentation cherchait à être dépassée par des réunions avec l'ensemble des acteurs du reclassement (services RH, médecine du travail, services opérationnels) pour traiter de situations individuelles.

On observe, depuis, des évolutions dans les pratiques de travail vers une approche transdisciplinaire. Les différents services et métiers restent certes mobilisés mais ils s'inscrivent dans une coopération visant une approche globale des situations. Ainsi, les services en charge des conditions de travail, de l'accompagnement, de la formation, de la santé et les services opérationnels, se mobilisent ensemble pour permettre aux agents aptes après un accident ou une maladie professionnelle de reprendre une activité :

« Ça demande un investissement, une remise en question de ses propres pratiques. Dans ces groupes, on s'est vite rendu compte de la nécessité de travailler ensemble, en transversalité. On est trop en mode tuyaux. Ce travail entre opérationnels et fonctionnels m'a surpris : on est très vite arrivés à des propositions de solutions simples. On a une meilleure proximité au terrain et aux besoins. On voit mieux l'action globale, ça mobilise ». « En fait, c'est devenu l'affaire de tous et pas seulement des RH à qui on adresse les agents qui doivent être reclassés ».

Les frontières entre les services deviennent plus floues avec cette transdisciplinarité. Les services dépassent leur champ traditionnel d'action pour appréhender la complexité et la globalité de la situation. Cela peut perturber et des évolutions d'organigramme sont désormais demandées (par exemple pour légitimer, dans un dispositif global, l'intervention de tous ces acteurs). Mais, indépendamment des choix organisationnels, la transdisciplinarité sera conservée : elle accélère le traitement des situations, elle rétroagit sur les pratiques et renforce la démarche de prévention.

Au terme de la deuxième année de recherche-action, nous pouvons également affirmer que le temps joue un rôle essentiel. Pour les services concernés : prendre le temps de l'écoute mutuelle, du partage, de la confrontation des points de vue. Pour les agents en reclassement : prendre le temps de se situer dans le groupe, de cheminer, de s'autoriser à avancer dans le groupe et individuellement. Ce temps dédié en amont permet ensuite des résultats très rapides.

### 5.3. Les transformations les plus marquantes

Ainsi, dans la deuxième année, plusieurs transformations ont déjà été opérées ou le seront rapidement, parmi lesquelles :

- **Groupes métier** : stabilisation des intérimaires et reconnaissance du travail que suppose leur information, intégration, formation ; mise à plat des règles d'affectation en y associant les agents ; accueil d'agents volontaires reclassés pour renforcer l'équipe ; films sur le quotidien de travail afin d'encourager d'autres agents à des mobilités sur ces secteurs ; intervention d'un-e ergonome pour observations sur site et améliorations des conditions de travail, film et retour en petits groupes pour améliorer l'organisation du travail individuel et collectif ; formation gestes et postures compte tenu des âges, pathologies, restrictions, etc. La progression des expérimentations dépend de l'engagement des différentes directions dans ce processus qui suppose de reconnaître l'expertise des agents sur leur propre travail comme sur les voies d'amélioration de ses conditions. Cet engagement est variable suivant les directions de Pôles et services.
- **Groupes des usagers du reclassement** : création d'une cellule « maintien du lien » pour rompre l'isolement et le repli sur soi – cellule composée d'agents ayant vécu ces situations d'arrêt et de retour en activité ; à partir de l'expérience des agents ayant vécu un parcours de reclassement, création d'un guide à double entrée (agents et encadrants) avec la définition du reclassement, des conseils, les démarches à suivre, les services et personnes ressources à mobiliser, etc.
- **Groupe Passerelle** : déploiement de ce dispositif avec présentation aux agents du groupe des métiers pour lesquels ils ont des compétences transférables et mise en immersion pour confirmer l'intérêt de l'agent-e pour le métier, expérimentations des temps de réadaptations professionnelles pour les agents en longue maladie.
- **Groupe des acteurs du reclassement** : inclusion d'un module prévention des risques professionnels à la formation manager, nomination d'ambassadeurs/tuteurs, c'est-à-dire des agents en parcours réussi pour accompagner les agents en retour, garder le contact avec les personnes en arrêt pour le maintien du lien avec la collectivité, repenser la prise en charge en pluridisciplinarité.
- **Groupe des directeurs** : formulation des besoins au sein des services pour des missions utiles et permettant de remettre en activité des agents ; création de « services incubateurs » permettant aux agents d'expérimenter de nouvelles activités et services proposées à la Ville afin de mettre en perspective expériences, compétences et projet professionnel de mobilité ; transmission par les services RH aux directeurs d'un fichier non nominatif indiquant les savoirs et savoir-faire des agents en

attente de reprise, élaboration et partage d'une procédure d'accompagnement des équipes par les psychologues du travail en cas d'incidents, mise en place des groupes d'analyse de pratiques à tester dans plusieurs services (cimetières, Ehpad, état civil, référents de site-animation).

Des outils ont également été créés par les groupes : guide du reclassement, procédure et conseils pour maintenir le lien avec les agents en arrêt, fiches d'auto-positionnement, dispositif d'immersion dans des services pour découvrir un nouveau métier, témoignages d'agents ayant réussi une reconversion, films sur le quotidien de travail d'agents afin de présenter concrètement les métiers au-delà de la fiche de poste.

## — 6. VERS UNE ÉVOLUTION DU DIALOGUE DES SYSTÈMES DE GOUVERNANCE ?

Les formations classiques dispensées aux fonctionnaires territoriaux abordent les questions de santé sous l'angle principalement du statut de la fonction publique ou des risques professionnels. Les interactions entre santé et travail sont très peu abordées.

C'est pour dépasser cette approche limitée que la ville de Lille a sollicité le CNAM autour du postulat de départ du « travail pour tous ». La démarche de recherche-action était nouvelle pour les services. L'analyse permanente des expériences a permis à chaque acteur de tirer les enseignements nécessaires et d'impulser les transformations. Cette méthode, pour les non-initiés, peut être perturbante au départ. Là où l'on attend des cours magistraux et des références bibliographiques pour lancer la démarche, des analyses de l'activité de travail et des groupes d'échange d'expériences et de réflexions ont été mis en place.

À tous les niveaux, services, encadrants, agents ont pu s'interroger sur les pratiques et processus et les faire évoluer en profondeur. La transformation opérée a été possible grâce à la méthode de la recherche-action. Elle permet également de faire dialoguer les groupes : les agents des groupes métiers (ex : restauration, jardiniers) avec les directeurs de la collectivité ; les usagers du reclassement avec les services acteurs du reclassement, les organisations syndicales avec l'administration. Une intervention classique de type diagnostic/formation n'aurait pas pu produire les mêmes résultats.

### **6.1. Une nouvelle place pour les organisations syndicales ?**

Les organisations syndicales représentatives du personnel ont été actrices du dispositif au travers de deux groupes. D'abord, avec le groupe des syndicats : les secrétaires et des membres du CHSCT des organisations syndicales représentatives ont accepté de participer à ce groupe animé par l'équipe de recherche du CNAM – seul groupe qui n'est pas co-animé par un-e membre de l'administration. Des déplacements de posture ont été favorisés par une analyse de leurs propres activités dans le champ de la prévention et du reclassement professionnel, tant dans les instances paritaires que dans l'accompagnement des adhérents ou agents. Les limites d'une approche essentiellement individuelle comme du défaut de coopération intersyndicale sur de tels domaines sont apparues à tous et ont suscité un engagement sur des pratiques alternatives plus efficaces.

Ensuite, au travers du groupe projet : les représentants des organisations syndicales y ont participé au même titre que les autres acteurs. La première réunion fut une reproduction des postures et rituels des instances paritaires. Dès la deuxième réunion, les débats ont pu se centrer sur le fond du sujet. Depuis, les mutations dans le dialogue social sur ce thème sont réelles.

### **6.2. Quel nouveau rôle l'encadrement peut-il jouer ?**

L'encadrement a été associé sous tous les angles du projet et à chaque étape, notamment en tant que soutien du projet au travers du comité de direction générale.

Il a agi également au travers du groupe des directeurs. Ce groupe a été réuni tout au long du projet pour analyser l'activité de direction, à partir de l'hypothèse suivante : pour comprendre le travail des agents, on doit aussi prendre en compte le travail de direction. L'activité réelle est liée pour bonne partie aux consignes de la direction. De plus, pour les encadrants, l'activité est traversée de contradictions, d'objectifs différents. En créant cet espace entre pairs, la prévention des pénibilités a été traitée sous l'angle général mais aussi celles concernant le métier de directeur.

Le groupe a fait des constats, a sondé les ressources possibles et a procédé à des expérimentations. Chaque directeur et directrice a été chargé-e d'expérimenter, les retours ont été commentés en groupe et progressivement un point de vue se construisait.

Au travers d'un objet de travail – la prévention des pénibilités et le travail pour tous – les directeurs ont abordé les contradictions qu'ils doivent gérer au quotidien, débattu de leurs pratiques professionnelles et construit ensemble des régulations qui leur permettent d'arbitrer et trouver des compromis ou des arbitrages entre les différents objectifs poursuivis (santé des agents et réduction des moyens, intérêts individuels et collectifs, qualité de service et qualité de la vie au travail, reconnaissance du travail réel et perspective gestionnaire).

### **6.3. Ce que portent les groupes d'usagers du procès institué de reclassement**

Les pratiques professionnelles ont également été transformées au travers des groupes d'usagers. Les agents en arrêt maladie ont été conviés à participer à des groupes sous deux formes différentes : les groupes d'usagers du reclassement ou le groupe passerelle.

Les groupes d'usagers ont été composés de 8 personnes chacun et se sont réunis toutes les 3 semaines pendant 6 mois :

« C'est un gros investissement. Avec le recul, je vois que ça vaut le coup », a constaté l'une des animatrices du groupe. « Les agents sont devenus des usagers-acteurs, ils sont prêts à s'investir et en contrepartie, ils ont de fortes attentes pour la suite, il faut des résultats concrets, il en va de la crédibilité du Pôle RH ».

Le groupe « passerelle » s'est adressé quant à lui à un collectif de pairs (expérimentés avec les professionnels en attente de reclassement de l'EHPAD). Il était orienté « action ». Durant quatre séances, l'objectif était de pouvoir formuler une demande dont la ville pouvait se saisir, par exemple, se positionner sur un poste, demander une formation. L'objectif pouvait aussi être de retrouver le désir de se projeter, la confiance dans l'avenir, d'acquérir des points de repères pour entreprendre ensuite des démarches. Conçu à l'attention d'un public issu d'un même métier, le groupe a également permis de s'interroger sur la manière de penser le reclassement et la prévention des pénibilités en EHPAD.

Les demandes et remarques des groupes ont parfois percuté les positions des acteurs du reclassement et les dispositifs institutionnels mis en place :

« Dans ces groupes, les agents ont parlé entre eux, mais ont aussi interpellé la collectivité en exprimant des revendications légitimes. Cet échange de points de vue a été éclairant des deux côtés ».

Le dialogue a été organisé entre les groupes d'usagers et le groupe des acteurs du reclassement :

« La recherche-action a déclenché des prises de conscience », « le dialogue entre les différents groupes a permis de confronter les points de vue », « de comprendre les contraintes et attentes de chacun ».

## CONCLUSION

### Les effets du collectif pour une mise en mouvement

La légitimité des diagnostics basés sur l'activité réelle, la perspective systémique et la transdisciplinarité associée ainsi que les approches collectives au travers des groupes mis en place ont dégagé l'énergie nécessaire pour une mise en mouvement :

« Il y a un avant et un après CNAM », disait l'un des animateurs de groupe. « Si le pôle RH n'avance pas, les directions avanceront sans lui ». « Les attentes sont fortes pour la suite, il faut des résultats concrets, une production ».

Le mouvement est réel. Il génère parfois des résultats très rapides. À titre d'exemples, en 3 mois, un dispositif de réadaptation professionnelle pour les agents en longue maladie a été mis en place (permettant aux agents arrêtés de poursuivre une activité ou des formations pendant cet arrêt) ; plus de 20 agents en accident de travail ont pu être positionnés dans des parcours de reprise.

Plus globalement, la force du collectif est désormais incontestée pour les professionnels RH comme pour les services. « Certains, en venant aux groupes, avaient déjà pris leur destin en main ; ils ont « autorisé » leurs collègues à en faire de même ». Cette force du collectif est d'autant mieux admise qu'elle n'est pas contraire aux approches individuelles, plus traditionnelles, en gestion des ressources humaines :

« Dans nos métiers, la connaissance des agents est essentielle », précise une co-animatrice, « elle peut passer en grande partie par le collectif et être complétée par des temps individuels ». « Le groupe n'empêche pas l'individuel », précise une autre animatrice. « Intégrer les personnes dans un groupe, c'est une façon de les reconnaître ». « Dans ces temps d'échanges, il faut réussir à repérer les enjeux individuels, les blocages, les fragilités ».

Comme ces personnes qui ont des difficultés liées à l'illettrisme, ensuite accompagnées dans des temps spécifiques. Comme celles – rares – qui ont décroché à l'issue des premières séances : « L'une d'elles est revenue, elle a ensuite été motrice pour le groupe ».

Cette recherche-action a fait également évoluer le système de gouvernance avec une autre voie possible que celle du management hiérarchique ou en mode projet. Le système retenu de gouvernance permet à chacun-e d'agir sur le réel au travers d'expérimentations avec la responsabilité des groupes sur leurs productions. Les points de friction ont pu, de ce fait, être plus importants au départ qu'avec une méthode plus classique.

Les objets abordés dans les lieux traditionnels de décision (comités de pilotage, lieux de dialogue social) évoluent avec un caractère plus prospectif qu'opérationnel (les débats sur les actions à mettre en place et les résultats obtenus ayant lieu au niveau des groupes). À ce stade, nous observons que le système mis en place renforce le rôle des décideurs qui se doivent de répondre aux propositions issues des groupes d'agents à partir de leur propre expertise. La conduite du changement est de type « organique », elle renforce le pouvoir d'agir et s'appuie sur les communautés d'usages. Elle correspond pleinement au mode de fonctionnement historique de la collectivité basé sur les réseaux. Cette gouvernance a été pensée dans un cadre strict permettant à la liberté d'expression et de proposition de se développer.

---



- <sup>1</sup> Ont également participé : Équipe de Lille : Charlotte Deroo, adjointe à la cheffe de service accompagnement des projets professionnels, Myriam Lefebvre, chargée de formation, Michel Provost, chef de service Dialogue social et vie au travail. Équipe du CNAM-CRTD : Julie Cochin, psychologue du travail, Sarah Lainez, conseillère en reclassement, Emilie Rerolle, psychologue du travail.
- <sup>2</sup> Centre de Recherche sur le Travail et le Développement du Conservatoire National des Arts et Métiers. L'équipe est composée de psychologues, sociologue du travail et d'une conseillère en reclassement.
- <sup>3</sup> La controverse sur le nombre de jardiniers alimente régulièrement les discussions entre jardiniers, encadrement et direction. Pour être comparable, ce nombre doit être rapporté non seulement au nombre de mètres carrés d'espace vert à la charge des jardiniers, à la spécificité du travail (espace différencié, prairie de fauche, composition florale, etc.) mais aussi à l'outillage (une tondeuse performante permet de faire en une heure ce qu'un jardinier faisait en une demi-journée avec une tondeuse à bac dans un parc non conçu pour faciliter son entretien). Les mutations profondes de ce service, avec une externalisation de tout un ensemble de tâches font qu'un ratio surface à charge/nombre de jardiniers n'a guère de sens. La construction d'indicateurs de gestion reste à élaborer.
- <sup>4</sup> Il ne s'agit plus de produire les repas mais de les réchauffer, les présenter et les servir.

## Bibliographie

- Bessy C. et Chateauraynaud, F. (1995)**, *Experts et faussaires, Pour une sociologie de la perception*, Métailié.
- Boltanski, L. (1990)**, *L'amour et la justice comme compétence. Trois essais de sociologie de l'action*, Métailié.
- CNFPT (2014)**, « La prise en compte de la pénibilité au travail dans les collectivités territoriales », in <http://cnfpt.fr/s-informer/etudes/prise-compte-penibilite-au-travail-fpt/national?gl=NzdhNjlmMmQ>.
- DARES (2015)**, Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé, in Dares, n° 68. <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-068.pdf>.
- DIRECCTE Aquitaine (2015)**, *Inaptitude médicale totale et définitive à tous postes dans l'entreprise*, Enquête 2014 Aquitaine.
- Dubost, J. (1987)**, *L'intervention psychosociologique*, PUF.
- Dujarier, M.-A., Gaudart, C., Gillet, A. et Lenel, P. (dir.) (2016)**, *L'activité en théories, regards croisés sur le travail*, Octarès éditions.
- FNCDG (2015)**, « Le reclassement pour inaptitude physique. De la procédure juridique à la mise en œuvre », En collaboration avec l'UNCCAS, in <http://www.handipole.org/IMG/pdf/-78.pdf>.
- Héas, F. (2010)**, « Pénibilité au travail : reclasser ou prévenir ? », in *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 12-1, <http://pistes.revues.org/1664> ; DOI : 10.4000/pistes.1664.
- Krynen, B. et Yeni, I. (2011)**, *Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, rapport IGAS, la documentation française.
- Leplat, J. (2008)**, *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*, PUF.
- Lhuillier, D. (2006)**, *Cliniques du travail*, Erès.
- Lhuillier, D. et Waser, A.-M. (2016)**, *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, Erès.
- Mendel, G., et Prades, J.-L. (2002)**, *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*, La Découverte.
- Molinié, A.-F. (2006)**, « Les salariés quinquagénaires, entre fragilisation et protection », in *Retraite et société*, n° 49, p. 11-37.
- Rousseau, T. (2012)**, *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*, Éditions de l'Anact, 183 p.
- Volkoff, S. (2015)**, « Les autres « pénibilités ». Fragilisation de la santé, et vécu du travail en fin de vie active », in *Retraite et société*, vol. 72, n° 3, p. 87-101.