Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ?

Dominique Lhuilier

▶ **To cite this version:**

Dominique Lhuilier. Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ?. Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé, 2017, vol. 19 (n° 1), 10.4000/pistes.4942 . hal-02150612

HAL Id: hal-02150612
https://cnam.hal.science/hal-02150612

Submitted on 7 Jun 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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

19-1 | 2017
« Mal aux pattes à en pleurer » : penser les articulations entre santé physique et santé mentale au travail

Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ?

Synthèse de travaux empiriques

The Acknowledgement of Vulnerability at Work : A Review of Empirical Research

Qué reconocimiento de las vulnerabilidades en el trabajo? Síntesis de trabajos empíricos

Dominique Lhuilier

Édition électronique
URL : http://journals.openedition.org/pistes/4942
DOI : 10.4000/pistes.4942
ISSN : 1481-9384

Éditeur
Les Amis de PISTES

Ce document vous est offert par Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)

Référence électronique
Dominique Lhuilier, « Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 19-1 | 2017, mis en ligne le 01 janvier 2017, consulté le 07 juin 2019. URL : http://journals.openedition.org/pistes/4942 ; DOI : 10.4000/pistes.4942

Ce document a été généré automatiquement le 7 juin 2019.

Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ?

Synthèse de travaux empiriques

The Acknowledgement of Vulnerability at Work : A Review of Empirical Research
Qué reconocimiento de las vulnerabilidades en el trabajo? Síntesis de trabajos empíricos

Dominique Lhuilier

1 La montée en puissance contemporaine de la problématique de la vulnérabilité dans les sociétés occidentales, et notamment dans leurs mondes du travail, se signale par la fréquence du recours à ce terme comme à ses antonymes, résistance, résilience, robustesse… Ces attributs peuvent qualifier, suivant les disciplines qui les utilisent, aussi bien des organisations, des populations que des individus. Et les disciplines mobilisant cette notion nomade (Thomas, 2010) sont pléthoriques : économie, management des catastrophes, des risques environnementaux, droit, sociologie, anthropologie, philosophie, psychologie, médecine, santé publique, etc.

2 Quelques exemples témoignent de cet engouement : le programme lancé par l'Agence Nationale de la Recherche en 2008 et dont le bilan est dressé en 2013 porte sur « les vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social » ; en 2014, l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) retient l'axe de recherche « Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance » et les CREAI, Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées créés en 1964, deviennent au même moment les Centres régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Cette notion s'est imposée dans les grandes instances internationales (ONU, PNUD, FMI, OCDE, Banque mondiale…) qui ont tenté de lui forger des indicateurs statistiques. Des indicateurs de vulnérabilité économique (EVI) permettent ainsi de comparer les situations nationales, régionales… Les sciences environnementales et la gestion des risques naturels s'en sont saisi en privilégiant les notions d'exposition, de risques, de *coping* et de résultats (*outcomes*). La vulnérabilité apparaît comme une

caractéristique bien plus englobante que toutes les catégories antérieurement utilisées pour désigner les territoires, les populations, les individus en difficulté, tout en s'appliquant aisément à l'action catégorielle.

3 Notons ici que le terme de vulnérable n'a rien d'une catégorie indigène, aucun de ceux identifiés comme tels (le plus souvent les enfants, les adolescents, les précaires, les handicapés, les personnes âgées, les migrants...) ne se définissant ainsi.

4 L'origine médicale du terme vulnérable – du latin « *vulnerare* », blesser – dessine un entre-deux instable entre la bonne santé et la maladie : un être vulnérable est une personne qui, du fait d'une constitution fragile, est susceptible d'être blessée. Par extension, dérivé de ce sens organique (comme la métaphore de la fracture sociale), « les vulnérables » sont ceux qui sont à la limite de l'inadaptation sociale, ceux qui sont susceptibles de glisser dans un processus de perte d'appartenance et de ressources, dans un statut d'« individu par défaut » (Castel, 2003). La vulnérabilité désigne alors une zone intermédiaire entre l'intégration et la désaffiliation.

5 Le champ sémantique de la vulnérabilité est aujourd'hui essentiellement associé à des attributs dévalorisants. Le plus souvent entendue comme un état de moindre résistance aux nuisances et agressions, elle qualifie par la référence à un manque, un défaut, une perte, une insuffisance. La vulnérabilité est devenue un critère distinctif – on est « vulnérable » ou on est « résilient » – et un principe explicatif – parce que « vulnérable », on est tombé malade, devenu dépendant, non performant, inemployable... Elle renvoie non plus à un processus, mais constitue une forme d'attribution identitaire.

6 Nous chercherons ici à éclairer ces manières de voir et de dire contemporaines, ce qu'elles révèlent et ce qu'elles masquent, notamment du côté du rapport entre la santé physique et la psychique. Cette montée en puissance de la problématique de la vulnérabilité nous semble être un analyseur des modèles de l'Homme au travail, et ce, dans des contextes d'effritement du rapport salarial et des mécanismes de protection sociale, autrement dit de défaut de supports et soutiens pour réaliser les promesses de l'autonomie valorisée par la société libérale (Châtel et Soulet, 2003).

7 La problématique de la vulnérabilité se déploie ainsi sur le fond d'une conception abstraite de l'homme comme autonome, avec une image unidimensionnelle de l'individu libre et rationnel, saisi comme unique responsable de ses réussites et de ses échecs. Elle puise dans le dualisme normatif corps-esprit qui traverse la culture occidentale depuis des siècles. La promotion de l'autonomie procède d'une double occultation : celle de la vulnérabilité corporelle et celle de l'interdépendance qui lie corps et subjectivité. Ce déni de l'étayage de la vie psychique sur le somatique est un puissant instrument de négation des limites car « si nous étions de purs esprits menant des existences hors du temps, délivrés des contingences naturelles et sans besoins d'aucune sorte ; si nous étions des êtres ontologiquement « autonomes », nous serions alors des êtres invulnérables » (Maillard, 2011).

8 Pour étayer ces analyses inscrites dans le cadre théorique constitué par la psychosociologie clinique (Lhuilier, 2013), nous nous appuierons sur deux recherches réalisées récemment, mais aussi sur des travaux antérieurs qui traitent des processus d'exclusion dans le monde du travail (Lhuilier, 2002). Ces recherches traitent de la problématique « travail et maladies chroniques »[1]. Les progrès de la médecine comme le vieillissement de la population concourent à une augmentation des maladies chroniques. En Europe, 23 % de la population active des 27 pays membres déclarent souffrir d'une

maladie chronique. En France, on estime que 10 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques (Amrous et Barhoumi, 2012). Comment maintenir une activité professionnelle quand on vit avec une maladie chronique, quelle que soit la maladie en question (cancers, diabète, VIH, VHC, TMS, insuffisance rénale, sclérose en plaques, fibromyalgie, maladies psychiatriques...) ? Ces recherches explorent la question suivante : à quelles conditions le travail est-il vivable si on considère que c'est aussi au travail que se construit la santé ?

9 Dans un premier temps, nous retiendrons les formes de catégorisation et de traitement, observées dans les milieux de travail, de ceux qui, individuellement ou collectivement, se voient accoler l'étiquette de « vulnérables ». Nous analyserons ensuite l'impensé de la vulnérabilité ontologique au profit de processus de projection et clivage qui favorisent une conception désincarnée et idéalisée de la personne autonome. Enfin, nous nous attacherons plus particulièrement à l'expérience de la maladie : celle-ci contribue à déconstruire ces illusions, ces dénis. Les transformations du rapport au travail et des manières de faire opérées alors constituent des révélateurs de l'inadaptation des normes contemporaines du travail. L'humanisation du travail passe par la reconnaissance de la vulnérabilité non pas différentielle mais ontologique.

1. Risque, vulnérabilité et *empowerment*

10 Un tournant s'est opéré lors des années 80 : les notions d'insécurité, de fragilité, de précarité et vulnérabilité se généralisent en même temps que se déploie celle de risque (Beck, 2001). La prévention des risques est au centre des politiques publiques : risques environnementaux, risques financiers, économiques, sanitaires, etc. Des indicateurs de vulnérabilité sont discutés et rapportés à tous les étages du social, des pays membres du FMI aux catégories de populations à l'avenir incertain, au présent insécurisé, en passant par les entreprises cotées en bourse. La mise à l'agenda de la détection et de l'accompagnement des individus et des populations vulnérables est corrélative de l'émergence et la prolifération de la problématique du risque. En effet, la vulnérabilité est toujours conçue comme relative à un risque donné.

11 Il s'agit de définir, mesurer, prévenir les risques dans leur infinie déclinaison, et ce, afin de tenter de les prévenir. La perspective est essentiellement celle de la maîtrise des aléas dans un double mouvement de décollectivisation des protections et d'une individualisation du gouvernement de soi. Il convient alors de responsabiliser les individus, de les autonomiser afin qu'ils prennent les bonnes décisions aujourd'hui pour s'assurer de leur futur, pour prévoir les empêchements et dommages de demain. L'attribution causale des échecs à des vulnérabilités entendues comme défauts est le corollaire d'un

> « mouvement d'ensemble de report sur l'individu de la tâche de se construire et de se gérer comme sujet : il s'accompagne logiquement d'une remontée de la vulnérabilité à entendre comme inachèvement et incomplétude du sujet » (Soulet, 2008, p. 67).

12 Les campagnes de prévention recourent massivement à « une rhétorique du chiffre et à des syllogismes statistiques » (Peretti-Watel, 2010). Vue par les statistiques, la vulnérabilité est la probabilité de faire l'expérience d'une perte mesurable de « bien-être », comme le sinistre ou la maladie sont analysés comme conséquence de la concomitance entre vulnérabilité et risque. Synonyme d'une réduction des capacités à

faire face, la mesure de la vulnérabilité passe donc par l'évaluation du capital d'adaptation face aux risques et aux contraintes.

13 Dans le monde du travail, l'offre d'outils et de baromètres permettant de mesurer le bien-être au travail (ou son défaut) s'intensifie (Pelletier, 2010 ; La Fabrique Spinoza, 2013). Produits le plus souvent par des cabinets spécialisés dans l'audit social ou la santé au travail, ces questionnaires mobilisent différentes approches : mesures de l'absentéisme, de facteurs de stress socio-organisationnels, du climat social, des indicateurs du mal-être au travail inspirés du rapport Gollac (2010)... D'autres s'inspirent de la psychologie positive[2] et se focalisent sur le potentiel de bien-être, de bonheur, d'optimisme, d'engagement ou de performance du collaborateur. Ici, l'attention est portée tant sur la vie professionnelle que sur la vie privée. On retrouve dans ces outils de détection et de mesure la double face de la vulnérabilité, entendue à la fois comme externe (d'où la centralité de la notion d'exposition) et comme interne, renvoyant ici à la capacité à encaisser les chocs et à se rétablir.

14 On voit, tant dans la conception de ces outils que dans leurs modes d'utilisation, se répéter le scénario de l'imputation causale aux « victimes » : ceux qui témoignent d'un défaut de bien-être et qui se signalent par une forte « exposition » aux risques pourraient bien être responsables de ces déficiences, de par leur manque de résistance, de compétences, de ressources propres.

15 L'attribution de responsabilité a d'abord visé les victimes d'accident du travail. L'histoire du traitement de la question de la sécurité au travail (Monteau et Pham, 1987) montre la récurrence de la dichotomie facteurs humains/facteurs techniques et la tendance à rechercher les causes du côté des caractéristiques de la victime. Ce sont les recherches orientées vers le « facteur humain » qui vont aboutir à la notion de prédisposition aux accidents considérée comme une propriété intrinsèque à certains individus. Les premiers travaux de ce type, et notamment ceux de Greenwood et Woods (1919) qui énoncent l'hypothèse d'une « tendance initiale inégale aux accidents », tendent à montrer qu'un petit nombre de sujets subit la majorité des accidents. Il s'agira alors d'évaluer les caractéristiques propres aux accidentés : insuffisance de « plasticité fonctionnelle » ; défaut d'ajustement entre perception et réaction motrice ; attitude à l'égard du risque et estimation de fréquence des incidents et de leurs conséquences ; personnalité et accident comme expression d'une tendance à l'autopunition, ou symptôme d'agressivité ou d'anxiété...

16 De même, les victimes d'une perte d'« employabilité », ceux qui tombent dans la classique catégorie des « bras cassés » ou des « mains inutiles » (Omnès et Bruno, 2004), sont aussi bien souvent suspectés d'être eux-mêmes, du fait de leurs « défauts » à l'origine de leur relégation. Ceux-là sont renvoyés aux dispositifs institués de traitement et recyclage des rebuts du monde du travail. C'est aussi dans ces mêmes dispositifs que l'on trouve aujourd'hui nombre de ceux qui vivent avec une maladie chronique.

17 Aujourd'hui, d'une manière plus générale, toute difficulté au travail semble conduire sur la piste de la vulnérabilité. Dans le contexte social contemporain caractérisé par l'accroissement des épreuves et de la sélectivité, celui qui a moins réussi à ces épreuves que les autres sera, à posteriori, identifié comme « faible » (Soulet, 2005).

18 Le champ de ce qu'on appelle désormais « les risques psychosociaux » est de ce point de vue particulièrement édifiant. Or, derrière cette nouvelle catégorisation prolifère un risque majeur : celui de la chasse aux « fragiles », aux « vulnérables ».

19 La prévention des « RPS » s'accompagne le plus souvent d'un recours aux experts et elle s'organise autour de deux types de dispositifs (Clot, 2010) :

- Les uns visent le renforcement des capacités à faire face et le développement d'une culture de la prise en charge de soi. Le modèle de l'homme qui sous-tend ces injonctions à la « gestion des risques » est celui d'un être autonome, rationnel et producteur de sa propre santé (Sfez, 1995).
- D'autres dispositifs sont orientés vers la détection et le signalement des « individus à risques » : il s'agit d'identifier les « personnes en difficulté » et de leur proposer, voire prescrire, un accompagnement psychologique sous formes de coachs, numéros verts ou « ticket psy ». Il s'agit bien là d'une thérapeutique allégée pour ceux diagnostiqués « blessés ».

20 Cette seconde orientation consiste à repérer et à prendre en charge les éléments de fragilité. Parfois, la prévention conduira à améliorer certaines situations jugées fragilisantes, sous réserve que les changements ne transforment pas trop l'organisation du travail. Ce peut être le cas lors des retours à l'emploi après maladie par exemple : un mi-temps thérapeutique pourra être préconisé sans s'accompagner d'une prise en compte du travail et donc sans réévaluation de la division du travail.

21 Ce recours accru au dépistage de salariés « fragiles » témoigne de l'importation dans le monde du travail d'un double modèle assistanciel, à la fois médico-hygiéniste (dépister la « vulnérabilité », comme on dépiste l'ébriété ou le VIH) et répressif (contrôle du souci de soi, de la compliance aux prescriptions de renforcement des capacités d'adaptation). Les instruments de dépistage sont ici le plus souvent des questionnaires d'évaluation de l'anxiété et/ou de la dépression. Une fois les difficultés au travail ramenées à la fragilité individuelle du salarié, sa prise en charge est externalisée.

22 Les représentations sociales de la problématique « alcool et travail » et les pratiques de prévention associées constituent encore un autre exemple de cette tendance à l'individualisation et à la psychologisation du gouvernement des « vulnérables ».

23 Ces représentations sont arrimées à l'idée de conduites personnelles déviantes qui nuisent à la sécurité et à la productivité. Elles mêlent étroitement usages, usages nocifs, dépendance et alcool, renvoyant toute consommation à la pathologie et au stigmate. Cette focalisation sur les risques associés aux produits et sur des individus devenus « à risques » conduit dès lors à laisser dans l'ombre la complexité des liens que les salariés peuvent avoir avec l'alcool dans les situations concrètes de leurs activités de travail, et notamment le fait que l'alcool puisse devenir dans certaines situations un instrument de travail (Renaud et coll., 2015).

24 Prévenir suppose ici encore « alerter », « repérer » et « orienter » les consommateurs d'alcool, organiser l'interdiction ou apprendre à gérer des situations d'incapacité et de troubles du comportement individuel.

25 Si la littérature en sciences humaines et sociales a montré que la force de cette problématisation tient à sa congruence avec une dynamique sociétale de médicalisation et de sanitarisation des questions sociales (Crawford 1980 ; Conrad, 1987 ; Fassin, 1996, 2004), ce processus est également renforcé par une littérature juridique et managériale qui individualise le travail et les responsabilités (Harris et Heft, 1992). Inspirant nombre d'actions de santé publique (Bergeron, 2010), ces approches individualisantes s'appuient sur des concepts de risque et de maladie plutôt que ceux d'activité, de fiabilité et de santé.

Les problèmes de santé au travail se trouvent alors renvoyés à des caractéristiques individuelles considérées comme extérieures au champ professionnel.

26 Toutes ces approches et les dispositifs qui y sont associés contribuent à fabriquer une représentation duale du monde du travail : il comprendrait d'un côté les sains, robustes, battants, efficients, performants, autrement dit les « aptes » ; et de l'autre, des autres, fragiles, vulnérables, déficitaires, soit les « inaptes », sommés de se soigner par l'exécution du programme qu'on leur prescrit. Il s'agit donc d'un programme *d'empowerment*, dans sa version individualiste, dépolitisée, verticale et instrumentale (Calvés, 2009).

27 À la rhétorique performante des « vulnérables », « fragiles », auxquels est assignée une identité négative, s'ajoute donc un traitement différentialiste qui renforce l'étiquetage et les processus d'élimination. Ainsi, la reconnaissance du statut de travailleur handicapé est censée donner accès à l'emploi, mais nos recherches montrent le poids du stigmate tel qu'anticipé par ceux qui pourraient faire cette demande de reconnaissance. C'est là un des motifs essentiels du non-recours : la plupart renoncent à faire valoir leurs droits (Huyez-Levrat, Waser, 2014).

28 Les aménagements de postes, de temps de travail sont évalués par les salariés reconnus en situation de handicap comme les exposant toujours au risque de la marginalisation, ou de tension avec les autres salariés. Ces tensions tiennent au non-respect d'un principe implicite mais néanmoins puissant : celui de la réciprocité dans les échanges entre collègues. Ainsi, quand la restriction du port de charge, par exemple, se solde par un report de la charge de travail sur les collègues, ceux-ci vont souvent dans un premier temps compenser les « inaptitudes » déclarées mais à la longue les réticences, voire les conflits, vont se manifester dans les groupes de travail. L'approche le plus souvent mobilisée dans la perspective du maintien en emploi est individualisante, au sens où les aménagements consentis le sont seulement pour la personne qui vit avec une maladie ou un handicap, sans tenir compte de l'ensemble du collectif de travail. Or, tout traitement différencialiste comporte en germe des risques de discriminations. Et quand bien même il s'agit de stratégies de discriminations positives qui viendraient contrecarrer des discriminations négatives, on perd, ce faisant, la question centrale du « comment transformer le travail » afin de faire en sorte que la diversité des manières de faire puisse trouver les voies d'un déploiement et d'une reconnaissance.

29 L'ambivalence est toujours au rendez-vous face aux différentes formes d'aménagement du poste de travail, ces quelques extraits d'entretiens collectifs en témoignent :

> « Avant, j'étais directrice de deux agences bancaires. Là, on m'a mise dans un fauteuil ergonomique et on m'a dit, voilà, c'est là ton poste ! »
> « Je suis à mi-temps : ça allège et ça complique à la fois ; j'ai du mal à suivre les dossiers, ça m'échappe, il y a des réunions que je rate ... »
> « Je dois reprendre mais avec des restrictions, pas de port de charge ; c'est une protection mais c'est source d'angoisse aussi pour moi. Je ne peux pas demander à quelqu'un de porter les charges pour moi, d'être mon larbin ! »

30 Les dispositifs mis en place pour mesurer, évaluer, corriger « l'inadaptation », « l'inaptitude », « les troubles psychosociaux » sont toujours exposés à l'ambiguïté de leurs objectifs comme des résultats obtenus. Ambiguïté résumée par une formule d'une « handicapée » :

> « On essaie de liquider les gens qui posent des problèmes plutôt que les problèmes que les gens posent » (Veil, 2012).

31 Une des voies possibles de ce processus de « liquidation » est la mise au placard. Elle opère une dissociation entre l'emploi et le travail. Ces formes de détournement des principes d'organisation du travail sont diverses, modifiant le volume et le contenu de l'activité. Elles vont de la privation totale du travail à l'attribution de quelques tâches ne correspondant pas à la fonction occupée, en passant par la prescription d'occupations dérisoires ou absurdes. Les salariés sont relégués hors des réseaux de fabrication des ressources et de la reconnaissance sociale. Remisés le plus souvent dans des espaces périphériques, les placardisés font l'expérience d'un apartheid spatio-temporel. Cette relégation vise essentiellement ceux qui échouent dans la catégorie des « inutiles » : parce que « trop vieux », ou « inaptes », ou « handicapés », malades ou usés par leur travail. (Lhuilier, 2002). La place que la personne occupait avant l'arrêt de travail pour raison de santé peut être supprimée *(« mon poste a été pris, mes affaires ont été squattées »)* et l'idée d'être remplacé résonne avec cette idée de la mort que certaines maladies, comme le cancer, ne manquent pas de réveiller. Mort sociale que réalise cet effacement et qui est évoquée comme « la double peine qui frappe ceux qui ont des problèmes de santé ».

2. Inflation imaginaire et déni du réel : la corporéité effacée

32 L'expression des difficultés rencontrées, du négatif sous ses différentes formes, est de moins en moins « autorisée » dans un monde du travail arc-bouté autour de représentations valorisées de performance, voire d'excellence (Aubert et de Gaulejac, 2007 ; Dujarier, 2012). Et, dans le même temps, l'individualisation du travail est une caractéristique majeure des évolutions qui fabriquent cette classification de « personnes vulnérables ».

33 L'individualisation du travail se développe sous les effets conjugués de la flexibilité interne et externe, de l'intensification du travail par augmentation de la charge et des rythmes de travail, par réduction des effectifs, par l'attribution de nouvelles activités, notamment celles relatives aux procédures de qualité, par l'équivocité des prescriptions, la pression des clients, l'arbitrage entre des objectifs contradictoires, la complexification du travail et le défaut de moyens, l'envahissement de la vie privée, etc. (Askenasy et coll., 2006). Elle croît encore avec la fragilisation des cadres d'élaboration collective des repères et critères de l'action que sont les collectifs de travail et les communautés professionnelles. La précarité des équipes aux ajustements variables, la dilution de la référence au métier au profit de principes de mobilité, adaptabilité, polyvalence, la dégradation de la socialisation professionnelle et des conditions d'apprentissage, la réduction des temps de préparation, pause, formation, entretien des compétences professionnelles, échanges autour des pratiques de métier érodent les ressources collectives (Lhuilier et Litim, 2009). Les épreuves de la solitude en situation de travail sont encore alimentées par l'individualisation de la « gestion des ressources humaines » : individualisation des rémunérations, des temps et des rythmes de travail, des carrières, des parcours de formation, des dispositifs et critères d'évaluation, etc. La figure du salarié moderne est celle d'un « intérimaire permanent » (Castel, 1982), sans tradition ni racine, apte au changement, disponible et adaptable en toutes circonstances. Le glissement des qualifications vers la notion de compétences, comme la promotion de l'initiative de

l'autonomie et de la responsabilité, suggèrent que les appuis doivent être trouvés sur ses ressources propres.

34 Cette quête illusoire de l'autosuffisance ici sollicitée fait écho à l'idéologie individualiste qui occulte la nécessité de repères symboliques et de l'inscription dans une chaîne et une histoire collectives.

35 Dans un tel contexte, on voit se multiplier les signes d'une altération de la santé au travail [3]. On pense ici aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dont le nombre ne cesse de progresser et dont la gravité conduit à des mises en invalidité[4]. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) viennent en tête des maladies liées au travail. Ils montrent que les contraintes physiques de travail n'ont pas été résorbées par l'automatisation et autres nouvelles technologies. Mais l'usure tient aussi à l'accroissement de la charge psychique de travail : le corps porte les traces de la cadence imposée et d'une auto-accélération au service de l'anesthésie de la pensée. Le calibrage et l'intensification du geste imposent un formatage qui refoule les potentialités. Et cette opération de contre-investissement constitue une part importante du « travail » et de la fatigue associée. Les pathologies de l'activité empêchée ont été largement soulignées dans les analyses du travail taylorien. Cette amputation du mouvement qui génère une tension continue est source de dissociations délétères. Clot met en évidence des dissociations nouvelles qui tiennent à

> « l'équivoque appel à une initiative à la fois convoquée et répudiée, condamnant l'homme à un retrait et parfois à une solitude qui sont à la mesure de l'injonction ambiguë à participer dont il devient l'objet » (1999, p. 7).

36 Ces dissociations psychiques induites par une mobilisation subjective, à la fois sollicitée et récusée, sont à l'origine de ces frustrations, fatigue, stress, usure, *burn-out*, etc., fréquemment relevés dans les milieux du travail.

37 Les signes d'une usure physique et psychique au travail se multiplient. Mais, du fait de l'individualisation du travail, ils apparaissent de façon « dispersée » : « les répercussions de l'intensification du travail sont marquées par une forte variabilité entre les individus » (Volkoff, 2008, p. 34). Et ce, sans doute du fait d'un double défaut de stratégies collectives de préservation de la santé, et de stratégies individuelles d'économie de soi. D'où la grande variété interindividuelle dans les relations entre contraintes de travail et santé.

38 On peut considérer que ceux étiquetés « vulnérables » sont bien des révélateurs de l'idéologie productiviste aux commandes qui se déploie sur fond d'inflation imaginaire et de déni du réel.

39 Inflation imaginaire au sens où domine l'image d'un travailleur impliqué, autonome, responsable, et de préférence autosuffisant pour pallier les réductions des ressources collectives. Ce sujet imaginaire, érigé comme modèle, est un sujet rationnel plus que sensible (l'affect est menaçant, il convient de le contrôler, mieux encore de l'instrumentaliser), un sujet sans corporéité, dépouillé de son

> « reste de terre qui nous rappelle par trop la nature animale de l'humain » (Freud, 1913).

40 Déni du réel, de ce qui se présente comme obstacle, butée, défaut. Déni de ce qui s'appréhende dans l'expérience de l'échec, de l'impossible mais aussi d'une sollicitation à l'invention, au développement. Le réel renvoie aux limites et fondamentalement à la limite ultime, celle de la finitude.

41 Le corps, le plus souvent aujourd'hui oublié tant il résiste aux illusions de toute-puissance et de maîtrise, est au fondement du sentiment d'identité (Anzieu, 1987). Celui-ci s'appuie sur la conviction que l'on vit à l'intérieur de l'enveloppe charnelle et sur la certitude que le corps et le soi sont indissociables.

42 Or, le déni du réel est d'abord un déni du corps. La phénoménologie, notamment les travaux de Maine de Biran (1766-1824) qui considèrent le corps comme lieu essentiel du sentiment d'existence et de Michel Henry (2000) qui affirme « je suis la vie de mon corps », s'attache au corps subjectif, celui d'un corps incarné (et non d'un homme abstrait) au fondement d'une vie à la fois sensible et motrice. Le corps objectif, unité intégrée d'organes, constitue ici la délimitation et la contenance de la sphère de la subjectivité. Et l'origine de toute pensée se situe dans un état affectif du corps. L'aperception du corps, c'est-à-dire ce que le sujet éprouve affectivement des états du corps physiologique, s'opère grâce à l'effort sensible, sous la forme de l'expérience subjective de la résistance du corps au vouloir. C'est bien par la médiation de la corporéité que s'éprouve l'expérience des limites, celles révélées par l'épreuve de l'échec ou celles plus radicales de la maladie, de la sénescence et de la mort.

43 Avoir un corps est une grande menace pour l'esprit, comme l'écrit Marcel Proust (1927, p. 2392) :

> « Le corps enferme l'esprit dans une forteresse, bientôt la forteresse est assiégée de toutes parts et il faut à la fin que l'esprit se rende ».

44 Désincarner le sujet, le délivrer des contraintes que lui impose le corps est sans doute un fantasme transhistorique si on en juge par l'histoire des rapports entre l'âme et le corps dans la philosophie et les religions. De saint Augustin à Descartes, à Kant et à Hegel, la philosophie du sujet prolonge cette métaphysique de l'être dans la même dévaluation de la matière.

45 Or, et c'est là un enseignement fondamental de la psychanalyse, la vie psychique est doublement étayée sur le corps, dimension vitale de la réalité humaine et sur le groupe, la culture et la société (Kaës, 1984). « Le moi est avant tout un moi corporel » (Freud, 1923, p. 270), il est dérivé de sensations corporelles et l'empêchement du mouvement comme les injonctions au contrôle émotionnel constituent autant d'incarcération de la vie psychique. Le corps est toujours sollicité dans l'activité de travail, que cette sollicitation prenne la forme de la répression ou du développement du mouvement spontané, de l'économie psychosomatique, des sensations et des affects éprouvés. Le travail sous sa forme taylorisée est une police des corps, un corps machine, vidé de sa substance pulsionnelle par la répression. L'amputation de soi qui en découle est comparable à celle éprouvée dans les situations de désœuvrement imposé ou de sur-activité, lorsque l'activité est dissociée du sujet, formatée et ravalée à un simple « fonctionnement » dans un contexte d'intensification du travail (Lhuilier, 2002 ; Lhuilier, 2009a ; Lhuilier et coll., 2011). Quand l'activité est empêchée, l'énergie contrariée, inhibée, alors la tension intérieure qui en résulte peut trouver deux issues : celle du passage à l'acte, ou celle des décompensations psychosomatiques (nouvelles pathologies ou aggravation de pathologies chroniques jusque-là stabilisées).

46 Sur la scène du travail, l'inflation imaginaire de la toute-puissance et de l'autosuffisance ne peut compter indéfiniment sur le déni du réel qui l'accompagne. Travailler, c'est toujours aussi se trouver confronté à des inattendus, des limites, des difficultés. Ce que rappellent les éprouvés corporels notamment, à travers la douleur, la fatigue mais aussi

les affects. Le réel s'éprouve dans la corporéité ; elle nous permet de faire l'expérience d'une commune vulnérabilité. Et de reconnaître qu'elle ne peut être seulement l'attribut assigné à quelques-uns ou des « populations » identifiées comme telles (les « seniors », les « handicapés », les « harcelés », les « malades chroniques », les « inaptes »...) : elle est ontologique.

3. La vulnérabilité ontologique révélée par la maladie

47 La vulnérabilité est inscrite dans notre condition corporelle, temporelle et dans notre dépendance relationnelle à la fois originaire et structurelle.

48 C'est bien d'abord du fait de notre existence incarnée que nous sommes vulnérables : les transformations de notre corps dans le temps en témoignent et elles sont des aspects universellement partagés de la condition humaine. Aussi, la catégorie de « personnes vulnérables », c'est-à-dire en difficulté dans l'exercice et leur relation au travail, sert essentiellement, après celle d'« handicapés », à fabriquer de l'altérité pour se défendre du négatif.

49 La résistance à la reconnaissance de cette vulnérabilité humaine et sa neutralisation passe par des opérations de projection et clivage, mécanismes de défense qui permettent de se défendre du négatif, la vulnérabilité étant une condition négative de la vie. Au programme donc, la construction de l'altérité et la chasse aux « vulnérables ». La projection du négatif sur des personnes caractérisées par leurs déficits supposés (de santé, de ressources, de force, de performance...) fabrique une frontière entre les inclus et les exclus, entre les productifs performants et les imperfectibles. Ainsi, le malade, le faible, le dépendant est toujours l'autre, en tant qu'il est l'objet de bienveillance, de détection et de signalement, objet d'accompagnement par des sujets rationnels, indépendants et en bonne santé.

50 Aujourd'hui, ce déni pourrait bien se lézarder. Ceux qui ont des problèmes de santé et qui travaillent malgré tout sont de plus en plus nombreux, nous l'avons souligné ; le vieillissement de la population, le recul de l'âge de départ à la retraite, les progrès de la médecine qui réduisent la part des maladies aiguës au profit de celle des maladies chroniques, mais aussi la peur de perdre son emploi et le développement du surprésentéisme (Monneuse, 2013) en sont les principales explications. La représentation dominante qui considère le malade au travail comme une anomalie, au sens où il devrait nécessairement être en « arrêt de travail » fait l'impasse sur ces évolutions (Waser et coll., 2014).

51 Et les expériences des personnes qui vivent avec « des problèmes de santé, dans leur diversité, qu'ils soient liés à un handicap, à des suites d'accidents du travail, à des maladies (d'origine professionnelle ou non) telles que les TMS, le *burn-out*, le diabète, l'hypertension, les cancers, les hépatites, la maladie de Crohn, l'hémophilie, les affections psychiatriques, les insuffisances cardiaques, les séquelles d'AVC, et enfin le vieillissement pourraient bien être de puissants révélateurs du traitement de la question de la vulnérabilité humaine sous sa double face, négative et positive.

52 La maladie est d'abord un éprouvé qui signale que le corps résiste à ce qu'on lui commande, qu'il ne peut plus faire ce qu'il faisait avant. Réaliser alors qu'on est devenu comme étranger à soi-même, et durablement, est une épreuve ; celle-ci déconstruit beaucoup d'assurances, de certitudes, d'illusions... La révélation de la maladie

s'accompagne, le plus souvent, d'une prise de conscience de sa fragilité. C'est notamment le cas dans l'expérience du cancer, toujours massivement associé à la mort :

> « Le cancer, c'est une course de fond. Votre seuil de tolérance à la douleur augmente. Vous traversez ça comme un combattant. Et puis tout d'un coup les traitements s'arrêtent. Là, vous fondez en larmes. Vous devenez vulnérable. Une vulnérabilité dure à expliquer aux gens parce qu'elle est imprévisible. ça vous tombe dessus tout d'un coup » (Femme, 42 ans, cadre en entreprise).

53 Même si une vie malade n'est pas nécessairement synonyme d'une vie diminuée, elle est dans bon nombre de cas une vie mobilisée, modifiée par une double précarité, vitale et sociale. On observe alors de nombreux changements, aménagements et ruptures dans les parcours des personnes confrontées à la maladie chronique. Ces changements peuvent être liés à un ensemble de processus qui poussent hors du monde du travail ceux qui ne peuvent soutenir l'impératif de « l'employabilité » et de la performance productive. Ils tiennent aussi à l'ensemble des stratégies de construction de la compatibilité entre maladie-traitement-travail. Quand la maladie est la compagne obligée de la vie, les exigences à l'égard de celle-ci semblent accrues, comme si s'affirmait alors avec force l'idée qu'on ne peut plus perdre sa vie à la gagner. Que faire de cette vie marquée du sceau de l'incertitude ? Comment maintenir, solidifier son inscription dans le monde du travail tout en trouvant-créant des formes d'expression de la résistance du sujet face à son aliénation dans la maladie et la place sociale faite aux malades ?

54 La quête d'arbitrage, de compromis est incertaine et difficile : elle relève du bricolage, un bricolage pour construire un *modus vivendi* entre désirs et possibles, en puisant dans des ressources disponibles ou à conquérir (Lhuilier et Waser, 2016).

55 Les personnes malades ou reconnues handicapées parviennent difficilement à trouver un emploi et à s'y maintenir. Elles accusent, à 22 %, un taux de chômage plus de deux fois supérieur à la moyenne française (Amrous et Barhoumi, 2012). Les affections de longue durée engendrent des inégalités en matière de participation au marché du travail, de sous-emploi, de durée de travail et de départ prématuré à la retraite. Elles favorisent un phénomène général de retrait du marché du travail et constituent un véritable amplificateur des inégalités socioéconomiques.

56 La gestion de la maladie ou du handicap comme désavantage social, qu'il faudrait compenser grâce à des aides ou prestations, s'appuie sur une représentation de la maladie essentiellement pensée sous un versant négatif comme un déficit, attesté par des « taux d'incapacité » délivrés.

57 Or les recherches réalisées sur la vie des malades montrent que leur quotidien est loin de cette vie passive ou assistée. Une majorité d'entre eux souhaite poursuivre ou reprendre une activité, à la fois bien sûr pour des raisons financières, pour l'intérêt que peut revêtir l'activité, les relations au travail, mais aussi parce qu'elle est un puissant instrument de dégagement de l'emprise de la maladie et de l'enfermement dans le statut social de malade (Lhuilier et Waser, 2016 ; Vidal-Naquet, 2009). Aussi, ils déploient énergie et ingéniosité pour faire avec leurs symptômes et ne se reconnaissent pas dans ces représentations de malades, passifs ou victimes, qui les enferment dans un statut qu'ils refusent. C'est là aussi une des raisons de leur silence, du secret maintenu sur leur maladie dans l'espace professionnel :

> « Le problème, c'est la discussion avec les autres, si on parle de soi avec la maladie. Dans ces cas-là, on devient prisonnier de la maladie. Le plus dur, c'est de faire en sorte que ce soit la maladie qui vive avec moi et pas moi qui vive avec la maladie. Le plus dur est de dire : elle ne m'aura pas » (Homme, 56 ans, psychologue, VIH).

58 Certes, l'expérience de la maladie transforme la vie, temporairement ou durablement : elle est modifiée par les symptômes, le suivi médical, les effets secondaires des traitements, les altérations fonctionnelles, par la conscience de la fragilité, la labilité des états psychiques et somatiques, par le changement du regard des autres et par les interrogations existentielles sur le sens et la viabilité de sa propre vie passée, présente et future.

59 Mais ces transformations sont loin d'être évaluées seulement négativement : l'expérience de la maladie est à la fois synonyme de pertes et de gains.

60 La réflexivité qu'elle sollicite, l'introspection qu'elle favorise, permettent de réaliser les deuils à faire, comme les bénéfices de cette métamorphose de soi et de sa vie :

> « Le traitement, ça a un avantage énorme, ça fait voir la vie différemment. C'est un moment où on peut faire le point. J'ai vu des gens qui revoyaient totalement leur métier. Ils réalisent alors ce dont ils ne s'étaient pas aperçus avant. Moi, j'encourage les gens à se dire : mais quel sens tu donnes à ta vie ? Est-ce que ta vie elle a un sens déjà ? C'est une bonne question quand même ! Questionner sa vie, la réorganiser, examiner nos engagements. Ça amène des élans de vérité. Quand on a côtoyé la mort, il y a une sorte de sagesse peut-être, et puis cette question : sur quoi engager sa vie, son énergie ? » (Homme, 60 ans, consultant, VHC et greffe du foi).

61 La vie avec une maladie chronique et des soins associés révèle la vulnérabilité vitale et met à l'épreuve les capacités réactives adaptatives. Elle est à la source de transformations existentielles et du développement de nouvelles compétences acquises dans le souci et l'entretien de soi, de nouvelles sensibilités et ressources personnelles bien souvent insoupçonnées.

62 Il ne s'agit pas de présenter ici une version enchantée de l'épreuve de la maladie, mais de reconnaître à la fois la souffrance et les gains de cette expérience mutative. En matière de bénéfices, ils sont souvent exprimés à travers l'opportunité d'une réévaluation de sa vie passée et présente, au prisme de nouvelles exigences : affirmer des désirs propres, gagner en auto-détermination, résister à la conformisation aux normes et désirs des autres. Ce qui conduit à l'élaboration d'une nouvelle hiérarchisation des priorités existentielles. En ce sens, le rapport à soi-même et les rapports aux autres s'en trouvent profondément et durablement modifiés (Lhuilier et coll., 2014). Le Je s'affirme :

> « Maintenant, c'est moi d'abord. Toute ma vie a été comme ça. Quand je me suis mariée, c'était mon mari ma priorité. Après, c'étaient les enfants d'abord. Ensuite, ma priorité c'est devenu le boulot. C'est fini. » (Femme, 51 ans, responsable achats, cancer).

63 L'expérience de la maladie contribue à déconstruire des situations, des illusions, des dénis : elle est un formidable révélateur et elle déstabilise profondément. À cette déconstruction succède une reconstruction sur de nouvelles bases, plus arrimée à une intensification du rapport à soi et aux autres.

64 Elle est alors une confrontation à l'altérité, au double sens du terme : altérité à soi-même (« ne plus se reconnaître », « être quelqu'un d'autre »), altérité aux autres, les dits « bien portants » ceux qui n'ont pas en partage cette expérience « d'une extrême solitude », « d'une détresse primordiale », « d'une angoisse folle dans la proximité de la mort », autrement dit du réel.

65 Les malades, comme les travailleurs vieillissants, montrent, si on veut bien les entendre, les limites individuelles et collectives du travail soutenable (Volkoff, Gaudart, 2015). Ils cherchent comment construire des milieux pour travailler dans des conditions qui

permettent à la fois la préservation et le développement de la santé. Dans une relative marginalité et clandestinité, parfois plus manifestement, ils développent une autre manière de travailler, un autre sens au travail, voire des innovations sociales qui pourraient amener bien des réflexions partagées sur les normes du travail, sur l'organisation et l'évaluation du travail, comme sur la vie au travail, une vie toujours nécessairement et profondément incarnée (Lhuilier et Waser, 2014). Aussi, inscrire la question de la maladie dans l'espace public que constitue le monde du travail, c'est y réinscrire la question des limites, de la vulnérabilité dans un monde du travail où domine aujourd'hui l'idéologie de la toute-puissance, de l'excellence, fondée sur un déni du corps. Il s'agit là d'une nécessité à la fois sociale et politique que cette femme qui vit avec une sclérose en plaques et les séquelles d'un cancer du sein, souligne ici :

> « C'est important que le monde du travail reconnaisse les gens handicapés. Ce sont des régulateurs d'humanité dans notre société. On n'est pas des robots ! Dans le monde du travail, il faut juste être efficace, rien d'autre. [...] Quand on a été malade, on a une force supérieure à avant. Il y a une richesse des gens malades, une force de vie. Et on met plus d'humain dans nos relations, y compris dans les relations professionnelles. Les malades, c'est une sorte de thermomètre. Les autres dénient, fuient. Mais c'est faux bien sûr, ils ne sont pas invincibles. Aujourd'hui, les gens sont pressurisés au travail, malheureux. Et il est temps d'humaniser le monde du travail ! »

4. Pour conclure

66 La figure de l' « invulnérable » est celle d'un être sans chair, sans affect, sans sensibilité, sans réaction à l'événement, autosuffisant... une sorte de robot. Le corps est le lieu paradigmatique de la vulnérabilité et c'est bien l'oubli du corps qui fabrique l'impensé de la vulnérabilité (Maillard, 2011). Celle-ci, *a contrario*, permet d'éprouver le poids du réel, la fragilité des choses, celle des autres comme la sienne propre. Et cette reconnaissance du réel nourrit la créativité et l'inventivité. Elle est aussi garante d'une certaine humanité. Car l'humanité de l'homme se loge dans le déficit même qui appartient essentiellement à sa condition.

67 La représentation du sujet héritée de la tradition libérale valorise l'autonomie et la rationalité. Nous entendions ici déplacer l'attention vers notre corporéité, notre affectivité, notre statut d'être de besoins et de désirs, ainsi que sur les limites et fragilités des pouvoirs humains. Prendre le corps comme point de départ et d'appui, restaurer une attention à la corporéité, c'est se relier à ses éprouvés et relancer la vie subjective incarcérée ou anesthésiée dans l'épuration de la sensibilité. Ce renversement de perspective place en son centre la réarticulation du corps anatomophysiologique au corps subjectif, du somatique au psychique.

68 Il s'agit de souligner aussi la dimension critique de la notion de vulnérabilité (Kim Sang Ong Van Cung, 2010) : elle conduit à interroger le modèle contemporain de l'homme au travail, désincarné, décontextualisé et atemporel. Un modèle qui écarte tout autant les malades que les travailleurs vieillissants, au motif de leur inadaptation. Inadaptation à quoi ? Le deuxième terme de l'interrogation importe tout autant que le premier. Le dit « inadapté » ou « vulnérable » est un révélateur :

- de l'inadaptation des normes du travail, de l'étroitesse des marges de régulation, invention, réélaboration individuelle et collective nécessaire à l'activité ;

- de la précarité fondamentale des pouvoirs humains. L'idée de capacité – ou capabilité (Sen, 2000) – ne renvoie pas à une logique du tout ou rien, mais à celle d'aptitudes qui admet des degrés d'actualisation suivant leurs conditions de développement ou d'empêchement ;
- de la division sociale de la puissance d'agir, inégalement répartie. Nombres de fragilités sont socialement induites, y compris celles qui relèvent aussi de causes naturelles comme le vieillissement ou la maladie.

69 Aussi, la portée politique de la question de la vulnérabilité et des obligations sociales qu'elle implique ne peut être euphémisée au profit d'une approche individualisante et responsabilisante.

70 La norme sociale, dans nos sociétés occidentales, tend à nier la fragilité et la mortalité. Ce faisant, elle méconnaît les valeurs positives de la fluctuation de nos capacités productives et de notre dépendance à l'égard d'autrui.

71 Si il(ou S'il ?) y a bien une dissymétrie des puissances d'agir, variable dans le temps et l'espace, celle-ci n'est pas solvable dans la bienveillance et la sollicitude à l'égard des « faibles », ni dans la mise en œuvre de dispositifs palliatifs, dans une ambiance de ségrégation qui pourrait rappeler certaines formes d'eugénisme. Cette dissymétrie déplace les relations, et ce faisant, les renouvelle. Car le déficit n'est pas toujours là où on le croit : quand le supposé « bien portant » rencontre le « malade », il peut renouer avec ses propres zones de fragilité et l'échange s'inscrit alors dans cette vulnérabilité partagée, ontologique, susceptible de mieux nous confronter au monde réel, positivement.

BIBLIOGRAPHIE

Amrous, N., Barhoumi, M. (2012). Emploi et chômage des personnes handicapées. *Synthèse. Stat*, 1, novembre.

Anzieu, D. (1987). *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.

Askenazy, P., Cartron, D., de Coninck, F., Gollac, M. (2006). *Organisation, intensité et qualité du travail* . Toulouse, Octarès.

Aubert, N., de Gaulejac, V. (2007). *Le coût de l'excellence.* Paris, Le Seuil.

Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité.* Paris, Flammarion.

Bergeron, H. (2010). Les Politiques de santé publique. Dans Borraz O., Guiraudon V. (dir.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 79-111.

Calvés, A.E. (2009). « Empowerment » : généalogie d'un concept clef du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, 200, 735-749.

Castel, R. (1981). *La gestion des risques*. Paris, Éditions de Minuit.

Castel, R. (2003). Des individus sans supports. Dans (s/dir.) V. Châtel et M.H. Soulet, *Agir en situation de vulnérabilité*, Québec, Presses de l'Université Laval, 51-84.

Chassaing, K., Lasne, N., Le Clainche, C., Waser, A.-M. (coor.) (2011). *Travailler avec un cancer. Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées*

pour tenir ensemble travail et santé. Rapport de recherche, 63, mars, Noisy-le-Grand, Centre d'Études de l'emploi.

Châtel, V., Soulet, M.H. (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Québec, Presses de l'Université Laval.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris, PUF.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, La Découverte.

Conrad, P. (1987). Wellness in the work place: potentials and pitfalls of worksite health promotion, *The Milbank Quarterly*, 65, 2, 255-275.

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services,* 10, 3, 365-388.

Crespin, R., Lhuilier, D., Lutz, G. (2015). Les fonctions ambivalentes de l'alcool en milieu de travail : bon objet et mauvais objet. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 107, 375-401.

Dujarier, M.A. (2012). *L'idéal au travail.* Paris, PUF.

Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, PUF.

Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*. La Découverte, Coll. Alternatives sociales, Paris.

Freud, S. (1913). Préface à l'édition allemande de J.C. Bourke, *Les rites scatologiques*. Trad. franç. Paris, PUF, 1981.

Freud, S. (1923). *Le Moi et le ça*. Paris, Payot, ed. 2010.

Gollac, M., Bodier, M. (s/dir.), (2010). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. DARES, ministère du Travail et de l'Emploi.

Greenwood, M., Woods, H.M. (1919). A report on the incidence of industrial accidents upon individuals with special reference to multiple accidents. In W. Haddon, E. A. Suchman and D. Klein, *Accident research,* New York, Harper & Row, 1964.

Harris, M.M., Heft, L. (1992). Alcohol and Drug Use in the Workplace: Issues, Controversies, and Directions for Future Research. *Journal of Management*, 18, 2, 239-266.

Henry, M. (2000). *Incarnation.* Paris, Le Seuil.

Huyez-Levrat, G., Waser, A.-M. (2014). L'avantage mutuel. Recherche-action sur le retour et le maintien en activité de salariés touchés par une maladie chronique. *La Nouvelle Revue du Travail*, 4. http://nrt.revues.org/1441

Kaës, R. (1984). Étayage et structuration du psychisme. *Connexions,* 44, 11-48.

Kaës, R. (1997). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, Dunod.

Kim Sang Ong Van Cung (2010). Reconnaissance et vulnérabilité. Honneth et Butler. *Archives de Philosophie*, 1, 73, 119-141.

La Fabrique Spinoza (2013). Bien-être et performance au travail. Rapport, 71p.

Lhuilier, D. (2002). *Placardisés. Des exclus dans l'entreprise*. Paris, Le Seuil.

Lhuilier, D., Litim, M. (2009). Crise du collectif et déficit d'histoire : apport de travaux sur le groupe et le collectif de travail. *Connexions*, 2, 94, 149-173.

Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions,* 1, 91, 85-101.

Lhuilier, D. (2011). *Cliniques du travail*. Toulouse, Érès.

Lhuilier, D., Amado, S., Brugeilles, F., Diallo, M., Rolland, D. (2010). Le travail et l'emploi à l'épreuve du VIH/VHC : régulations des systèmes d'activité et réévaluation du modèle de vie. *Activités*, *7*, 2, 2-26. www.activites.org/v7n2/v7n2.pdf

Lhuilier, D. (2013). Introduction à la psychosociologie du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie,* 15, 11-30.

Lhuilier, D., Waser, A.-M. (2014). Maladies chroniques et travail. *PISTES*, 16, 1. http://pistes.revues.org/2885

Lhuilier, D., Waser, A.-M., Mezza, J., Hermand, C. (2014). Restauration de la puissance d'agir par un travail en groupe : retour sur les fonctions et transformations des « clubs

Maladies chroniques et activité. *Pratiques psychologiques*, 20, 249-263. http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2014.09.001

Lhuilier, D., Waser, A.M. (2006). *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique.* Toulouse, Érès.

Maillard, N. (2011). *La vulnérabilité.* Genève, Labor et Fides.

Monneuse, D. (2013). *Le surprésentéisme. Travailler malgré la maladie*. Bruxelles, De Boeck.

Monteau, M., Pham D. (1987). L'accident du travail : évolution des conceptions, Dans C. Lévy-Leboyer et J.C. Spérandio (s/dir). *Traité de psychologie du travail*, Paris, PUF, p. 703-728.

Omnès, C., Bruno, A.S. (2004). *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*. Paris, Ed. Belin.

Pelletier, J. (2010). Quels indicateurs de la qualité de vie au travail ? *Travail et changement*, 334, 1-3.

Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. Paris, La Découverte.

Proust, M. (1927). *Le temps retrouvé*. Paris, Gallimard.

Sfez, L. (1995). *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Paris, Le Seuil.

Soulet, M.E. (2005). Reconsidérer la vulnérabilité. *Empan*, 4, 60, 24-29.

Soulet, M.E. (2008). La vulnérabilité. Un problème social paradoxal. In V. Châtel et S. Roy (s/dir.). *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 65-92.

Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Paris, Le Seuil.

Thomas, H. (2010). Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres. Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.

Veil, C. (2012). *Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail*. Toulouse, Érès.

Vidal-Naquet, P. (2009). *Faire avec le cancer dans le monde du travail*. Paris, L'Harmattan.

Volkoff, S. (2008). L'intensification du travail « disperse » les problèmes de santé. Dans de Terssac et coll. (s/dir) (2008). *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé,* Toulouse, Octarès, 29-40.

Volkoff, S., Gaudart, C. (2015). *Conditions de travail et « soutenabilité » : des connaissances à l'action*. Rapport de recherche, CEE, 91.

Waser, A.-M., Lhuilier, D., Huyez, G., Brugeilles, F., Lénel, P. (2014). Maladies chroniques, handicap et gestion des situations de travail. *Sciences sociales et santé*, 32, 4, 79-106.

NOTES

1. L'une, réalisée entre 2011 et 2014, soutenue et financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida-VIH et les hépatites virales (ANRS), a pour titre : Le travail et l'emploi à l'épreuve de la maladie chronique : analyse comparative (hépatites virales, VIH, cancers, diabète). L'équipe de recherche est composée de Dominique Lhuilier, Frédéric Brugeilles, Dominique Rolland, avec le concours de Julie Cochin.
L'autre, réalisée entre 2010 et 2014, soutenue et financée par l'Institut national du cancer (INCa) et le Cancéropôle d'Île de France, a pour titre : Agir sur les individus et sur les collectifs pour un retour à l'emploi favorable à la santé des travailleurs atteints de cancer et bénéfique à l'entreprise. Elle a été réalisée par Anne-Marie Waser, Dominique Lhuilier, Joëlle Mezza, Guillaume Huyez, Pierre Lénel, Frédéric Brugeilles, Kathy Hermand et Nathalie Rousset.
Ces recherches-actions comportent deux volets : l'un centré sur l'expérience des malades (entretiens individuels et dispositif collectif des clubs « Maladies chroniques et activité »), l'autre centré sur l'analyse des modes de traitements des « problèmes de santé » dans trois organisations (secteur du nettoyage industriel, de la grande distribution, du travail intérimaire) : observations du travail, entretiens individuels et collectifs, animation de groupes de pilotage.
2. La psychologie positive se définit comme l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions. Son objectif est de développer la capacité d'aimer et d'être aimé, de donner du sens à nos actions, d'être responsables de ce que nous pouvons changer, d'être résilients face à ce que nous ne pouvons pas éviter. Cf. Lecomte J. (dir.) (2009). Introduction à la psychologie positive, Paris, Dunod.
3. En 2014, en France, plus de 620 000 accidents du travail, dont 530 mortels, et plus de 51 000 maladies professionnelles ont été reconnus au titre du régime général. Voir encore les enquêtes réalisées par la DREES et la DARES.
4. Les effectifs des bénéficiaires de pensions d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé en France de 2,1 % par an, en moyenne, sur la période 2003-2010.

RÉSUMÉS

La montée en puissance de la notion de vulnérabilité dans le monde du travail est associée à des attributs dévalorisants. Les formes de catégorisation et de traitement de ceux qui, individuellement ou collectivement, se voient accoler cette étiquette de « vulnérables » contribuent à fabriquer une représentation duale du monde du travail. L'occultation de la vulnérabilité ontologique au profit de processus de projection et clivage favorise une conception désincarnée et idéalisée de la personne autonome. L'expérience de la maladie contribue à déconstruire ces illusions. Aussi, les malades au travail apparaissent comme des révélateurs de l'inadaptation des normes contemporaines du travail arrimées au déni de notre condition d'êtres corporels et temporels. La portée politique de la question de la vulnérabilité et des obligations sociales qu'elle implique est ici soulignée : sa reconnaissance est une condition de l'humanisation du travail.

The notion of vulnerability, which is increasingly present in the work world, is associated with demeaning attributes. The categorization and treatment of those who, individually or collectively, are labelled “vulnerable” contribute to the creation of a two-tier representation of the work world. The shift away from ontological vulnerability to a psychological projection and division process fosters a disincarnated and idealized conception of the self-reliant person. Nonetheless, disease and illness contribute to the deconstruction of this illusion. Sick people at work reveal how poorly adjusted contemporary work standards can be, anchored as they are in the denial of the fundamental corporal and temporal nature of our being. The political impact of work vulnerability and the social obligations that it implies are highlighted here : by acknowledging them, we humanize work.

El significativo aumento de la noción de vulnerabilidad en el mundo del trabajo se asocia con atributos despectivos. Las formas de categorización y tratamiento de las personas que, individual o colectivamente, son etiquetados como "vulnerables" contribuyen a fabricar una representación dual del mundo del trabajo. La ocultación de la vulnerabilidad ontológica en beneficio del proceso de proyección y escisión favorece una concepción desencarnada e idealizada de la persona autónoma. La experiencia de la enfermedad ayuda a descomponer estas ilusiones. También, los enfermos por causas ocupacionales aparecen como reveladores de la inadaptación de normes laborales contemporáneas de conjunto con la negación de nuestra condición de seres tangibles y temporales. El alcance político de la cuestión de la vulnerabilidad y de las obligaciones sociales que ello conlleva es aquí subrayado: su reconocimiento es una condición de la humanización del trabajo.

INDEX

Mots-clés : vulnérabilité, travail, maladies chroniques, handicap, déni du corps
Palabras claves : vulnerabilidad, trabajo, enfermedades crónicas, discapacidad, negación del cuerpo
Keywords : vulnerability, work, chronic disease, handicap, denial of the body

AUTEUR

DOMINIQUE LHUILIER

Centre de recherche sur le travail et le développement – Cnam, dominique.lhuilier@cnam.fr