

Capacités ou incapacités au travail au fil des parcours. Connaître, reconnaître, accompagner

Séminaire « Âges et travail » du CREAPT*

Paris, 26-27 mai 2025

EN RÉSUMÉ

AUTEUR :

S. Guyot, département Sciences appliquées au travail et aux organisations, INRS

Croisant plusieurs champs disciplinaires (sociologie, psychologie, histoire, médecine du travail et ergonomie), le séminaire 2025 du Centre de recherche sur l'expérience, l'âge et les populations au travail (CREAPT) s'intéresse aux notions de « capacités » et « d'incapacités » dans le travail et à la manière dont elles sont mobilisées par les politiques publiques, les professionnels de la prévention et de la santé au travail, les professionnels du droit et les acteurs d'entreprise.

MOTS CLÉS

Travailleur âgé / Travailleur vieillissant / Vieillessement / Travailleur handicapé / Handicapé / Maintien dans l'emploi / Santé au travail / Conditions de travail / Organisation du travail

* Centre de recherche sur l'expérience, l'âge et les populations au travail

Les capacités ou les incapacités de travailler, telles qu'elles sont perçues et évaluées, jouent un rôle déterminant dans le déroulement du parcours professionnel, tant du point de vue du maintien en emploi que de la progression au sein des organisations. Pourtant, ces termes ne font pas l'objet d'une définition et d'un usage stabilisé parmi les acteurs des organisations engagées dans leur évaluation. Ils individualisent en outre les questions relatives à la santé au travail en ignorant le rôle des conditions d'emploi et de travail dans leur « fabrication » ou leur « révélation ». Le séminaire du Centre de recherche sur l'expérience, l'âge et les populations au travail (CREAPT) s'interroge sur

les modes d'évaluation des capacités ou des incapacités des travailleurs et les conséquences de ces évaluations (ou de leur absence) sur les parcours professionnels. À partir d'interventions de chercheurs et de professionnels de différents domaines, il est l'occasion de débattre de plusieurs questions servant de fil rouge à ces journées:

- Comment envisager théoriquement les notions de « capacité » et « d'aptitude » au travail ?
- Comment se construisent les dispositifs relatifs à la capacité, l'aptitude ou au maintien en emploi ?
- Qui sont les acteurs évaluant, reconnaissant et accompagnant les personnes et quels sont leurs rôles ?
- Quelles stratégies, individuelles

Capacités ou incapacités au travail au fil des parcours. Connaître, reconnaître, accompagner. Séminaire «Âges et travail» du CRÉAPT

et collectives, les personnes mettent-elles en place, en tirant parti de leur expérience, pour demeurer capables ou aptes à travailler et se maintenir en emploi?

- En quoi les conditions de travail éprouvées au fil de la vie laissent-elles des traces et sont-elles vectrices d'inégalités dans les parcours?

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA CAPACITÉ AU TRAVAIL : ÉLARGIR LA NOTION D'ACCESSIBILITÉ AUX CONDITIONS DE TRAVAIL

Cette présentation de **M. Boudinet** (*Centre d'études de l'emploi et du travail – CEET, Groupement d'intérêt scientifique – GIS CREAPT, Centre de recherche sur les inégalités sociales – CRIS*) s'attache à clarifier la notion de capacité au travail à partir de théories et de résultats empiriques en sociologie du handicap et de la santé. Elle retrace en premier lieu l'évolution de la définition du handicap selon les modèles adoptés : du modèle médical, prédominant dans les années 60, aux modèles plus récents, social et interactif. Ce sont les mouvements militants de lutte des personnes en situation de handicap qui ont conduit à un renversement progressif de paradigme : du handicap vu comme caractéristique de l'individu liée à une déficience ou une limitation fonctionnelle (modèle médical), à la conséquence d'obstacles sociaux (modèle social) et enfin, aux résultats d'une interaction entre un problème de santé et des facteurs contextuels (modèle interactif ou biopsychosocial). Outre ces évolutions, le handicap a longtemps été assimilé à l'incapacité de travailler avant qu'un changement de perspective n'ait lieu à

la fin du XIX^e siècle et au début du siècle suivant. Avec l'émergence de l'État social et les conséquences de la Première Guerre mondiale, les premières politiques de l'emploi des personnes en situation de handicap ont été mises en place dans une logique de réadaptation individuelle. S'en est suivi un empilement de politiques publiques générales de santé au travail et d'autres spécifiques au handicap utilisant de multiples termes (invalidité, capacité de travail, capacité de gain, aptitude au travail, employabilité) aux acceptions différentes. Alors que la notion de capacité de travail apparaît centrale dans ces différents dispositifs de l'action publique, sa définition n'est pas pour autant consensuelle.

Dans la dernière partie de son intervention, à partir d'enquêtes de terrain, M. Boudinet illustre cette notion par les parcours professionnels des personnes en situation de handicap. Elle revient ainsi sur une étude qu'elle a réalisée en 2017-2018 auprès d'établissements et services d'accompagnement par le travail (ESAT). Alors que ces établissements sont considérés comme des passerelles d'insertion vers le milieu ordinaire, la plupart des travailleurs handicapés n'envisagent pas ou redoutent cette transition. Cette enquête montre que le monde professionnel leur est souvent décrit par les personnels d'encadrement des ESAT comme inadapté, discriminatoire et violent, que ce soit dans l'accès à l'emploi, les conditions de travail et les relations sociales. La capacité de travail des salariés handicapés est évaluée au travers de ce qui est nommé «*la capacité d'adaptation à l'extérieur*». Elle recouvre à la fois la capacité à travailler à des rythmes de production soutenus, l'existence d'un «*savoir être*» impliquant un rapport distancié à la hiérarchie et

la réalisation d'un «*travail en plus*», invisible, afin de leur permettre de travailler dans un milieu qui ne tient pas nécessairement compte de leurs ressources. En somme, la capacité de travail est vue sous le prisme d'une adaptation à des conditions de travail éprouvantes et à des formes plus générales de discrimination. La seconde étude présentée est issue de la thèse de doctorat de l'intervenante. Elle met en évidence, à partir de cas, la manière dont les orientations professionnelles des travailleurs handicapés dans le milieu ordinaire sont marquées par des représentations sociales sur les métiers «*compatibles*» ou non avec le handicap. Les acteurs des institutions publiques (école, France Travail, Cap emploi, maisons départementales pour les personnes en situation de handicap...) façonnent ces représentations, en étiquetant les professions selon que les tâches associées seraient ou non adaptées à des déficiences ou à un état de santé particulier. Celles-ci contribuent à forger le caractère «*immuable*» de certaines professions, pour partie déjà intériorisé par les personnes en situation de handicap. Cela les met à distance de métiers pour lesquels elles pourraient être compétentes ou auxquels elles aspireraient. On constate également ce même phénomène lors des expériences professionnelles des travailleurs handicapés : les entreprises proposent peu d'aménager le travail de leurs salariés pour prendre en compte leurs capacités réduites de travail. Enfin, l'intervenante présente des résultats statistiques tirés de l'exploitation de l'enquête Conditions de travail de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) en 2019. Ils concernent les relations entre conditions de travail et handicap, et plus particulièrement les

moyens dont disposent les salariés selon qu'ils ont déclaré ou non un problème de santé durable et des limitations dans la vie quotidienne. Les personnes en situation de handicap sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à déclarer ne pas disposer de moyens de faire leur travail correctement, que ce soit en matière de coopération et de soutien social, d'informations, de matériels, de logiciels informatiques, de formations et de temps suffisants. Toutefois, il n'est pas possible ici de déterminer si ce sont les conditions de travail qui sont « productrices » de handicap ou, à l'inverse, le handicap qui, du fait de discrimination, induit de mauvaises conditions de travail. La notion de capacité de travail relève d'une construction sociale, conclut M. Boudinet. Elle dépend des politiques publiques, des institutions et des parcours professionnels des personnes en situation de handicap. Aussi est-il nécessaire d'engager une discussion plus politique sur la manière dont on aménage ou non les environnements de travail en considérant le handicap et plus largement les caractéristiques de santé ; car l'accessibilité du travail dépasse la seule question du handicap, « *les corps valides [étant] essentiellement des corps éphémères* ».

MOBILISER L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS POUR ACCOMPAGNER LE RETOUR À L'EMPLOI : ANALYSE ERGONOMIQUE DE L'ACTIVITÉ ET DU RÔLE DES ERGOTHÉRAPEUTES EN ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Par disposition réglementaire, la préparation et l'accompagnement

de la réinsertion professionnelle sont devenus depuis 2008 une mission à part entière des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR). Comment les ergothérapeutes de ces entités participent-ils au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion des patients ? Comment mobilisent-ils les expériences vécues des patients pour les aider à développer de nouvelles manières de faire dans les situations de travail ?

L'étude ergonomique, présentée par **L. Roger (Conservatoire national des arts et métiers – CNAM, Normandie)** éclaire ces questions dans un contexte où il apparaît nécessaire de faire évoluer l'accompagnement en centre de rééducation, au-delà des seules approches médicales. Ces évolutions font écho à celles en ergothérapie. Auparavant centrées sur la restauration et l'amélioration des capacités ou la compensation des déficiences, les pratiques s'orientent maintenant vers la prise en compte des occupations des personnes dans leur environnement naturel et le développement de leur possibilité d'agir.

L'étude en question s'est déroulée en 2022 dans un centre de rééducation en hospitalisation de jour, au sein duquel une cellule emploi avait été mise en place pour accompagner les patients dans leurs projets de retour à l'emploi. Ce centre accueille en moyenne 92 patients par jour, porteurs d'affections neurologiques, orthopédiques, ou rhumatologiques invalidantes. Le service d'ergothérapie est composé de 12 professionnels disposant d'un plateau avec plusieurs espaces pour la réalisation de diverses tâches par les patients. Sur la base d'une prescription médicale, le plan de traitement est défini par l'ergothérapeute à l'issue d'une évaluation préalable et d'un diagnostic

d'intervention au cours duquel les objectifs sont négociés avec le patient. Les séances de réadaptation peuvent avoir notamment pour but de le réentraîner à certaines tâches ou encore de rechercher à compenser ses déficiences. De durée variable, elles peuvent être individuelles ou collectives ; plusieurs accompagnements sont éventuellement réalisés simultanément par un seul ergothérapeute. Elles s'appuient sur la réalisation de mises en situation pratiques. Chaque séance fait l'objet d'évaluation entre le professionnel et le patient ainsi qu'en toute fin de l'intervention pour estimer avec lui les résultats obtenus et les potentiels écarts avec les attendus. Cette évaluation finale peut servir à la validation de l'aptitude au poste de travail qui est réalisée par le médecin du travail.

Dans le cadre de cette étude, des entretiens, des observations et des ateliers réflexifs avec plusieurs ergothérapeutes ont été réalisés pour analyser leurs pratiques de travail, notamment en matière de mise en situation et de mobilisation de l'expérience des patients. Les résultats des analyses montrent que la démarche d'intervention des ergothérapeutes ne varie pas selon les objectifs thérapeutiques considérés, domestiques ou bien professionnels. Une fois ceux-ci précisément déterminés, les séances de réadaptation vont consister à mettre le patient en situation en simulant des situations problèmes. Les professionnels construisent ces mises en situation en s'adossant principalement sur des données médicales et techniques pour déduire les capacités du patient au regard de l'objectif de l'intervention. Que ce soit dans l'élaboration des mises en situation ou bien lors des échanges pendant la simulation des actions, le travail est

Capacités ou incapacités au travail au fil des parcours. Connaître, reconnaître, accompagner. Séminaire «Âges et travail» du CREAPT

essentiellement abordé dans ses dimensions génériques : contexte général, succession et prescription des tâches, matériel utilisé, environnement physique... Les aspects liés à l'activité et à l'organisation du travail restent très marginaux. Les ergothérapeutes n'interrogent pas ou peu les patients sur des situations précises, sur leurs expériences vécues, sur leurs logiques d'action, sur leurs stratégies ou bien encore leurs raisonnements en situation. Lors des débriefings, les interactions avec les patients portent principalement sur les difficultés ressenties lors de la séance de réadaptation, la congruence entre situations simulée et réelle et les conditions envisagées de reprise du travail.

Pour partie, les mises en situation créées prennent appui sur l'expérience des patients dans la perspective de développer leur pouvoir d'agir. Néanmoins, comme le souligne L. Roger, en ne considérant du travail que le versant prescriptif, il en est oublié que travailler consiste également à anticiper les aléas et gérer les imprévus. Aussi suggère-t-elle, en conclusion, de tenir compte des conditions réelles du travail dans les mises en situation et de faire des simulations ergonomiques de l'activité. Il y aurait également tout intérêt que les ergothérapeutes soient impliqués dans l'accompagnement des personnes bien en amont des projets de retour à l'emploi, notamment dans d'autres dispositifs d'essai en situation de travail comme les essais encadrés.

DEVENIR TRAVAILLEUR HANDICAPÉ POUR ACCÉDER À UN AMÉNAGEMENT RAISONNABLE

L'article L. 5213-6 du Code du travail engage la responsabilité de tout employeur à prendre les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder, d'exercer, de conserver un emploi ou d'y progresser. Le principe d'aménagement raisonnable s'inscrit dans cette démarche visant à répondre aux besoins spécifiques des salariés dans un souci d'inclusion et d'égalité de traitement. Ces mesures sont prises sous réserve que les charges consécutives à leur mise en œuvre ne soient pas disproportionnées. Des subventions versées par les fonds d'insertion (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées – AGEFIPH – ou Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique – FIPHFP) ou par des accords de branche peuvent compenser en partie ces dépenses : leur obtention est conditionnée à la possession (ou à la demande) par le salarié d'un titre d'obligation d'emploi dont le plus répandu reste la reconnaissance administrative de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Pour l'employeur, cette RQTH constitue un moyen à la fois d'accéder aux subventions accordées par ces organismes, de remplir ses obligations d'emploi et de solliciter l'intervention d'un éventuel chargé de maintien du Cap emploi pour être accompagné dans ces démarches. Quant aux salariés, la demande de RQTH peut relever d'une volonté de justifier auprès de son employeur et de ses collègues la réalité de ses problèmes de santé ou de négocier des conditions de travail plus satisfaisantes. Mais elle peut également être vécue comme une épreuve identitaire douloureuse.

T. Jung (Laboratoire d'études sociologiques sur la construction et la

reproduction sociale, Université de Clermont Auvergne, et chargé de maintien au sein d'un Cap emploi) s'interroge dans son intervention sur les tensions entre les objectifs affichés d'inclusion et les effets concrets de la RQTH ainsi que l'accession à un aménagement raisonnable pour les travailleurs handicapés. Il s'appuie pour cela sur ses travaux de recherche mêlant enquête ethnographique et enquête par entretiens, plus particulièrement auprès de chargés de maintien du Cap emploi et d'acteurs des fonds d'insertion ou représentants les Cap emploi auprès des pouvoirs publics.

Pour analyser la transition statutaire de travailleur «normal» à travailleur handicapé, l'intervenant mobilise le concept de rite de passage.

La première phase de séparation marque symboliquement le fait que le salarié n'est plus considéré comme un travailleur en mesure de s'acquitter des tâches attendues par son employeur et le collectif de travail. Cette phase se présente de deux manières. D'une part, le salarié peut être incité par son employeur à faire une demande de RQTH afin que l'entreprise puisse bénéficier de subventions. La RQTH agit ici comme «*un porte identité*», réduisant le salarié à de supposées difficultés d'employabilité. Si certains employeurs peuvent se montrer plus proactifs en tentant d'agir précocement, la RQTH entretient toutefois l'idée que l'entreprise serait en droit d'attendre une compensation financière au vu des efforts consentis pour les aménagements raisonnables. D'autre part, au regard des représentations du handicap (absentéisme, faible productivité, coût des aménagements) entretenues dans cette configuration, le salarié concerné anticipe le stigmate qui pourrait découler

de l'obtention d'une RQTH, ce qui explique en partie pourquoi certains travailleurs retardent leur demande de reconnaissance et leur accession aux aménagements.

La seconde phase représente un état de liminalité : le salarié se situe dans une zone de reconnaissance indéterminée ; plus tout à fait un travailleur « normal », mais pas encore un travailleur handicapé. Ici, s'ils sont sollicités par le médecin du travail, l'employeur, le salarié ou des travailleurs sociaux des organismes de sécurité sociale par exemple, alors les chargés de maintien réalisent un premier travail d'accompagnement auprès du salarié. Il s'agit d'amener ce dernier à s'identifier à la catégorie administrative de travailleur handicapé en usant de stratégies de tact au cours des interactions, notamment : omission de certaines informations (comme le fait qu'une RQTH peut être attribuée de manière définitive) ou usage de l'humour pour « dédramatiser » la situation. Ce tact poursuit le but de limiter l'anticipation du discrédit du fait de l'obtention d'une éventuelle RQTH par le salarié concerné. Pour accroître leur capacité d'incitation, les chargés de maintien (tout comme certains employeurs) placent le travailleur devant un « faux dilemme » : faire une demande de RQTH pour pouvoir accéder à un aménagement raisonnable ou ne pas voir sa situation considérée. C'est mettre ainsi le salarié dans la position de « choisir » entre deux solutions, dont l'une est présentée de manière suffisamment dépréciée pour faire de l'autre la seule option raisonnable. La troisième phase du rite est celle de la réintégration au groupe, avec l'accession au statut de travailleur handicapé ouvrant les droits aux aménagements. Mais alors que dans un rite de passage, on abandonne un ancien statut pour un

autre davantage valorisé par le groupe social, le statut associé à la RQTH se traduit par une dégradation induite par l'expérience de la stigmatisation. Le travailleur acquiert un statut qu'il tient pour déprécié dans l'entreprise.

Dans quelle mesure peut-on parler d'inclusion, s'interroge T. Jung, lorsque le droit commun ne suffit plus à répondre aux besoins des personnes en situation de handicap – obligation de sécurité par exemple – et que les dispositifs spécifiques prévus en compensation contraignent les salariés concernés à une dégradation statutaire ? Il invite à évaluer ces dispositifs en confrontant l'action publique déclinée par les professionnels et les employeurs à l'ensemble des effets produits chez les travailleurs handicapés.

QUI DEVIENT INAPTE ? ET POURQUOI ? LES APPORTS DU DISPOSITIF IODA

Malgré le nombre important de personnes inscrites à France Travail à la suite d'une déclaration d'inaptitude médicale (plus de 100 000 en 2017), peu de données existaient jusqu'alors sur le profil de ces travailleurs et les raisons médicales motivant ces avis. Dans le cadre du Plan régional de santé au travail d'Occitanie, le projet IODA (Inaptitudes en Occitanie : diagnostics et analyses) a été conçu en 2018 pour répondre à cette carence et permettre de mieux cibler les actions territoriales de prévention de la désinsertion professionnelle.

M. Niezborala (Prévaly, Service de prévention et de santé au travail, Toulouse) présente les résultats de ce dispositif de mesure de l'incidence de l'inaptitude, fondés sur le recueil de données sur plus de

1,2 million de salariés suivis par 23 services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) entre septembre 2019 et août 2020. Les travailleurs inaptes représentent environ 0,8 % de la population suivie. Les pathologies de l'appareil locomoteur et les pathologies psychiatriques constituent chacune un peu plus d'un tiers des motifs d'inaptitude. Toutes pathologies confondues, être une femme, être âgé de plus de 55 ans, exercer le métier d'ambulancier, aide à domicile/aide-ménagère ou ouvrier de production dans l'agroalimentaire augmentent très sensiblement les risques d'inaptitude. L'inaptitude n'est pas pour autant qu'un « problème de travailleur vieillissant », comme le note l'intervenant : la moitié des inaptitudes concerne des moins de 40 ans.

Les salariés inaptes du fait de pathologies de l'appareil locomoteur ont un profil identique à l'ensemble des salariés inaptes. En revanche, les métiers diffèrent selon la nature précise des pathologies. Par exemple, les inaptitudes pour cervicalgie touchent plus particulièrement les coursiers, livreurs et chauffeurs de taxis ; les lombalgies, les employés de magasinage et les employés de la petite enfance ; les troubles musculosquelettiques (TMS) des poignets, les employés de l'hôtellerie, de la coiffure et de l'esthétique.

Pour les inaptitudes liées aux pathologies psychiatriques, si les femmes sont toujours plus à risque que les hommes, la dimension d'âge est moins marquée et vise des salariés plus jeunes. Ce sont en outre les personnes exerçant les métiers de standardiste, de cadre

1. Les résultats du rapport IODA sont téléchargeables via le lien : https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2021/07/2021-06-21_IODA_Rapport_final_VF.pdf.

Capacités ou incapacités au travail au fil des parcours. Connaître, reconnaître, accompagner. Séminaire «Âges et travail» du CREAPT

infirmier, de responsable de petits magasins ou de cadres d'exploitation de magasin qui ont le plus haut risque de devenir inaptés. Là aussi, les métiers les plus exposés varient selon qu'il s'agit d'inaptitude liée à des épisodes dépressifs, des troubles anxieux ou à un facteur de stress sévère. Concernant les épisodes dépressifs, ce sont les professions techniques des banques et des assurances qui sont très fortement touchées et, dans le cas des troubles anxieux, les postes de cadres de santé, cadres administratifs et secrétariat supérieur. Selon M. Niezborala, ces résultats mettent bien en évidence que l'inaptitude ne résulte pas de fragilités individuelles, mais semble dépendre des métiers exercés et des conditions de travail. Cela permet ainsi d'envisager des actions de prévention ciblant une pathologie, un métier, et éventuellement des groupes définis par leur âge ou leur sexe.

L'inaptitude constitue le stade ultime d'un processus de dégradation de la santé qui peut commencer tôt dans la vie professionnelle et affecter le devenir professionnel. Les résultats d'une étude réalisée en 2022 par Prévaly auprès de 1915 salariés de moins de 30 ans travaillant en CDI en sont l'illustration : une interaction santé/travail perçue comme négative, même à des âges précoces, augmente de manière très significative le *turnover*. Cette même étude, sur un échantillon plus large de 7 064 salariés, montre que les salariés déclarés inaptés ont environ 36 fois plus de risque de ne plus figurer dans les effectifs de l'entreprise trois ans plus tard que ceux n'ayant aucune restriction. En revanche, avoir bénéficié d'un aménagement de poste augmente sensiblement la chance de rester en emploi. Les salariés inaptés et ceux ayant eu un aménagement de poste se distinguent en

outre selon la pathologie, la catégorie socioprofessionnelle et la taille de l'entreprise. En 2023, une étude de Prévaly comparant 337 salariés déclarés inaptés et 280 ayant bénéficié d'une demande d'aménagement au motif de pathologies psychiatriques conclut que les salariés ont plus de risque d'être déclarés inaptés que d'avoir un aménagement de poste quand ils ont des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur, quand ils sont ouvriers ou employés et quand ils travaillent dans une entreprise de moins de 50 salariés.

Cependant, l'inaptitude ne concerne qu'une part très relative des salariés ayant des difficultés de santé en lien avec le travail, au regard du nombre de ceux atteints de déficiences et d'incapacités. Il est fort probable, d'après M. Niezborala, que les salariés déclarés inaptés (en général licenciés) ne soient pas représentatifs de la population des salariés atteints de pathologie chronique. Les caractéristiques de ces derniers et leurs difficultés restent largement ignorées, la majorité d'entre eux, selon M. Niezborala, quittant bien souvent leur poste sans qu'un médecin du travail ne soit intervenu. En ce sens, l'inaptitude est «*un miroir déformant de l'incapacité et de la déficience*». Il faut pouvoir se préoccuper des premiers stades du processus de dégradation de la santé. C'est ce que devrait permettre IODA 2 en s'intéressant aux incapacités et aux propositions d'aménagement de poste, auprès d'une population de salariés élargie au secteur agricole avec la participation de la Mutualité sociale agricole.

LES RESTRICTIONS MÉDICALES CHEZ LES PERSONNELS AU SOL

D'UNE COMPAGNIE AÉRIENNE : UNE ANALYSE MULTI-NIVEAUX

C'est par le prisme des restrictions médicales que **L. Reboul (CNAM - Centre de recherche sur le travail et le développement, GIS-CREAPT)** aborde le sujet du séminaire, en s'appuyant sur les résultats d'un projet ANR (Agence nationale de la recherche) mené sur les fragilisations au travail en 2015, dans le cadre de sa thèse en ergonomie. Elle propose d'analyser ces résultats, issus d'une recherche-intervention auprès des personnels au sol d'une compagnie aérienne, à partir d'une grille multi-niveaux (organisationnel, collectif, individuel). Ce type d'analyse implique d'adopter une lecture processuelle des restrictions médicales — vues comme l'aboutissement d'une usure due à une exposition répétée à un cumul de contraintes — et de s'intéresser aux infrapathologies susceptibles d'évoluer en restrictions. Cela nécessite également de dépasser les approches «*individualisantes*» et «*défensives des relations santé/travail*» pour s'orienter vers des approches permettant de repérer les atteintes collectives à la santé et les conditions favorables au développement de stratégies individuelles et collectives de préservation de la santé. L'étude a mobilisé plusieurs méthodes : analyse des restrictions à partir des fichiers médicaux et analyse des bilans sociaux, entretiens et analyse du travail des personnels au sol et des chefs d'équipe ainsi que des entretiens avec les acteurs en charge des questions de santé et de travail au sein de l'entreprise.

Les métiers de bagagiste et d'agent de service au client sont notamment concernés par les restrictions médicales (physiques et liées aux horaires de travail). Si celles-ci augmentent avec l'âge, les travailleurs

de 30 à 40 ans connaissent aussi un nombre important de restrictions «physiques» alertant sur une fragilisation précoce de certains salariés. La pénibilité de ces métiers résulte de contraintes physiques (manutention, efforts de tirer-pousser, postures penchées ou accroupies pour les bagagistes; station debout prolongée et longs déplacements pour les agents de service au client), ainsi que d'horaires atypiques (de 5h à 00h00) et d'une forte pression temporelle (liée à la planification des vols). Ce sont aussi des fonctions à forts enjeux (sécurité/sûreté des vols, qualité du service, ponctualité avec des délais stricts), qui nécessitent de gérer les retards et annulations, les multiples procédures, la diversité des clients, la collaboration avec plusieurs autres intervenants... Le vieillissement que connaît cette population est renforcé par l'absence d'embauches et la succession des plans de départs volontaires au cours des dernières années. Cette réduction des effectifs s'est également accompagnée de changements technico-organisationnels dans les métiers pouvant entraîner une intensification du travail et une augmentation des problèmes de santé : individualisation du travail et sous-traitance des opérations de chargement et de déchargement chez les bagagistes, digitalisation de la relation de service chez les agents de service aux clients.

Au niveau organisationnel, le dispositif de restriction médicale reste l'outil central de gestion de la santé des personnels au sol. Les chefs d'équipe et les agents sont incités à «formaliser les problèmes de santé» par les procédures de restriction médicale afin d'assurer l'équité entre les salariés. Peu de solutions alternatives existent à ce niveau. L'arrêt des embauches a réduit les possibilités de changement vers

des postes moins pénibles ou d'évolution vers des fonctions de responsabilité reconnaissant l'expérience. Les postes «doux» se sont raréfiés du fait de leur externalisation partielle, et les reclassements peinent à prendre en compte l'ensemble des éléments de santé des agents et leurs compétences.

Au niveau collectif, les possibilités de réguler les enjeux de santé et de pénibilité dépendent en grande partie de la stabilité des collectifs. La flexibilisation des équipes, notamment chez les bagagistes, amène les chefs d'équipe à consacrer un temps important à constituer et reconstituer, au gré des aléas de production, des équipes «équilibrées» en termes de santé, de compétences et d'affinités. Même si cet équilibre n'est pas toujours atteint, l'objectif reste d'assurer une meilleure fluidité du travail et une gestion plus équitable de la pénibilité au sein de l'équipe. La tolérance des agents face aux «faiblesse momentanées» de leurs collègues peut toutefois être moindre lorsque les membres de l'équipe se connaissent peu; elle peut conduire à des stratégies de repli pour tenter de se préserver.

Au niveau individuel, les chefs d'équipe cherchent à établir des plannings soutenables pour les agents, limitant l'enchaînement et l'accumulation de tâches pénibles, et tenant compte des horaires de début de poste, des phases du cycle de travail, de l'âge des salariés et du maintien ou développement des compétences. Avec la réduction des effectifs et l'augmentation des tâches pénibles, les chefs d'équipe rencontrent parfois des difficultés pour concilier tous ces critères. Le risque est alors de sursolliciter des agents aux compétences spécifiques ou de confier des tâches délicates à des salariés moins expérimentés (c'est-à-dire difficiles au

regard de leur expérience). Pour les agents, les gênes et les difficultés dans le travail peuvent préfigurer une restriction médicale et poser la question de leur capacité à durer dans la fonction ; car si la restriction protège d'expositions contraignantes, elle restreint aussi les «futurs possibles» des agents en termes de diversité des postes accessibles.

Revenant en conclusion sur les dispositifs de gestion de la santé, L. Reboul suggère de penser les enjeux de santé et de compétences en simulant les parcours professionnels des agents afin d'identifier les «parcours-usure» et les «parcours soutenables», ainsi que leurs leviers et freins. Face à des organisations du travail qui tendraient à une individualisation et une flexibilisation accrues, elle souligne l'importance de renforcer les collectifs de travail en leur donnant les ressources nécessaires à leur développement. Elle insiste enfin sur la nécessité de valoriser, reconnaître et soutenir le travail de prévention de la pénibilité accompli par les chefs d'équipe lors de la planification des tâches des agents au sol.

SAISIR ET PRENDRE EN CHARGE L'USURE DES CORPS AU TRAVAIL. UN SIÈCLE DE DÉNOMINATION ET DE DISPOSITIFS (FIN XIX^E SIÈCLE - DÉBUT XXI^E SIÈCLE)

L'attention portée à l'usure des corps n'est pas une histoire récente. Dès la fin du XIX^e siècle, elle est à l'origine de la création d'une multitude de catégories et de dispositifs visant à indemniser la perte de revenus du travail liée aux atteintes à la santé. La notion d'incapacité — catégorie médico-légale

Capacités ou incapacités au travail au fil des parcours. Connaître, reconnaître, accompagner. Séminaire «Âges et travail» du CREAPT

reposant sur la constatation d'un état de santé jugé incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle— est au cœur de ces dispositifs. Comment le système français de prise en charge de la santé des travailleurs s'est-il construit sur cette notion ? Si d'autres voies étaient possibles, pourquoi n'ont-elles pas réussi à s'imposer ? Telles sont les questions qui constituent la trame de l'intervention d'**A.S. Bruno (Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne, Centre d'histoire sociale des mondes contemporains – CHS, CEET)**.

Cette conception individualisée et médicale de la santé des travailleurs trouve ses fondements dans la logique assurantielle du risque professionnel qui s'impose au terme de controverses nées de la question de l'indemnisation des accidents du travail (AT). La loi de 1898 sur la réparation de ces derniers institue un lien direct et exclusif entre l'atteinte à la santé et l'exercice de l'activité professionnelle. La réparation, obligatoire et automatique, est financée par l'employeur mais reste forfaitaire. Sur des bases légales, le montant de l'indemnité est fixé par le juge civil à la moitié de la réduction de capacité de gain que l'accident fait subir au salarié. Si le système peut apparaître simple, la règle est porteuse d'une large marge d'appréciation, notamment sur ce qu'on entend par capacité professionnelle et sur la manière d'en évaluer sa réduction. En l'absence de barèmes de tarification fondés sur des bases médico-légales et établis par le législateur, les juges ont toute liberté pour fixer les taux d'incapacité, qui varient, pour une même atteinte au corps, dans des proportions importantes selon les juridictions. L'évaluation du dommage subi devient une source importante de contentieux dont l'inflation participe à la

contestation des principes de la loi, tout comme le caractère forfaitaire de la réparation. L'introduction de barèmes administratifs et l'intégration de la gestion du risque professionnel dans la Sécurité sociale vont réduire, un temps, cette conflictualité.

Au tournant du XX^e siècle, la notion d'atteintes aux corps produites par le travail traverse aussi les débats sur la retraite ouvrière. Fixé à 65 ans, le seuil de l'incapacité de travail présumée est assorti d'une retraite anticipée là encore fondée sur l'objectivation médicale de l'état de santé individuel des ouvriers, à rebours des compensations statutaires accordées à certains agents publics pour dangerosité ou pénibilité. Sous la critique syndicale des « retraites pour les morts », le législateur sera conduit à abaisser l'âge légal de la retraite à 60 ans (1912) et les discussions s'apaiseront sans que la promesse d'établir des tables de mortalité par professions soit tenue. Elles reprendront lors du vote de la législation sur les assurances sociales (1930) pour aboutir à un régime du risque professionnel inchangé et à un régime de retraite refondé sur les bases précédentes (retraite à 65 ans, retraite anticipée en cas d'invalidité). Mais la protection apportée par ces dispositifs se révèle insuffisante lorsqu'éclate la crise des années 1930. L'usure au travail réapparaît alors sous la notion d'inaptitude : le critère d'aptitude, étroitement lié à l'émergence du contrat de travail salarié, est alors inversé pour devenir un instrument d'éviction des travailleurs à la santé fragile, parmi lesquels nombre de travailleurs vieillissants. C'est sur la base de l'incapacité médicalement constatée que se construit le dispositif de retraite pour inaptitude, donnant accès à une retraite anticipée à l'âge de 60 ans. Mais il reste confidentiel en raison de conditions

d'accès trop strictes. Il est réformé dans les années 70, permettant un meilleur accès à la retraite anticipée, investie d'abord par des travailleurs parvenus au terme d'une longue carrière ouvrière puis, après l'abaissement de l'âge légal à 60 ans, par des travailleurs aux carrières hachées dont la reconnaissance en inaptitude est la seule façon de parvenir à une retraite à taux plein. À rebours de cette histoire centrée sur la notion d'incapacité individuelle médicalement constatée, la loi de 1975 sur la retraite des travailleurs manuels s'inspire de réflexions et négociations collectives sur les conditions de travail. Pour la première fois, le droit à une retraite anticipée se base sur l'exposition des travailleurs à des contraintes de travail susceptibles de nuire à la santé, anticipant des effets différés. Mais le dispositif ne tarde pas à disparaître en raison notamment des durées de cotisation prévues, qui en réduisent fortement l'accès. Ce sont dès lors essentiellement les systèmes de protection chômage, maladie et de pré-retraite qui viennent compenser les conséquences d'une usure prématurée des travailleurs vieillissants. L'échec de cette loi vient également entériner l'absence de consensus autour d'une définition scientifique des facteurs de pénibilité à même de guider la prévention. Elle préfigure les difficultés ultérieures pour mettre en place la retraite pour pénibilité. En matière d'AT, on trouve cette même difficulté de mise en place d'une prévention collective fondée sur la connaissance des atteintes à la santé. Longtemps, la prévention des risques professionnels est restée du seul ressort des employeurs, l'introduction progressive, avec la création de la Sécurité sociale, d'une articulation entre prévention et réparation n'étant que partiellement parvenue à changer la donne, en raison

d'obstacles administratifs et statistiques. Si des progrès en matière de prévention sont indéniables à l'échelle de l'histoire de l'industrialisation, ils dépendent néanmoins des indicateurs utilisés (taux de fréquence vs taux de gravité ; AT vs maladie professionnelle – MP) et ils se reposent en de nouveaux termes à chaque transformation du système productif.

En somme, le défaut d'accord entre partenaires sociaux sur d'autres critères d'objectivation des situations à risque, conjugué aux limites de l'appareil statistique, a freiné l'émergence de dispositifs durables. À cela s'ajoute l'attrait d'une définition médicale de l'incapacité, simple et malléable – au prix d'une approche individualisante de l'usure des corps qui fragilise la prévention collective.

EXPÉRIENCES DE VULNÉRABILITÉ AU FIL DES PARCOURS PROFESSIONNELS ET DYNAMIQUES DÉVELOPPEMENTALES OBSERVÉES LORS DES RUPTURES DE PARCOURS : COMPRENDRE, RECONNAÎTRE LE TRAVAIL DE SANTÉ ET L'ACCOMPAGNER

Le handicap invisible constitue la très grande majorité des situations de handicap. Pourtant, les travaux restent encore peu nombreux tant sur les difficultés spécifiques des personnes présentant ces formes de handicap (dilemme de divulgation ou dissimulation du handicap) que sur leur parcours de travail en lien avec la santé. La recherche-intervention² présentée, conduite par une équipe interdisciplinaire, s'intéresse à cette dernière thématique. Elle documente plus particulièrement le vécu des parcours

2. Celle-ci a été soutenue par le GIS-GESTES, pour la phase 1, dans le cadre d'un projet d'amorçage « Santé et Travail » ; puis, par la Fondation des maladies rares, pour la phase 2, visant à développer le projet initié. De plus, un partenariat a été construit avec une équipe médicale et le Centre de référence de la maladie de Willebrand.

3. Le schéma est une organisation invariante de l'activité pour une classe de situations donnée.

des personnes atteintes de la maladie de Willebrand (maladie rare hémorragique) en se centrant sur les épisodes de vulnérabilité au travail et sur les ressources que ces personnes mobilisent. Outre cette visée compréhensive, elle poursuit également un objectif de transformation, en cherchant à développer les capacités d'agir et le pouvoir d'agir des participants à cette recherche mais aussi, plus largement, des acteurs impliqués dans leur accompagnement et la mise en place de dispositifs capacitants, que ce soit dans le milieu médical, associatif ou du travail.

La recherche présentée par **G. Bourmaud et C. Gouédard (Laboratoire Paragraphe, axe Création, conception, compétences, usages – C3U, Université Paris 8)** s'organise autour de trois questions théoriques. La première porte sur les dynamiques développementales – entendues comme les processus par lesquels l'expérience se reconfigure face à des situations nouvelles – amenant les personnes à transformer leurs ressources conceptuelles au fil de leur parcours. Ces dynamiques renvoient à l'idée d'un « *sujet capable* » de développement et de créativité. Elles contribuent à la redéfinition de son rapport au travail et à la santé. La seconde question interroge le rôle des schèmes³ du sujet et de leur évolution dans les reconceptualisations sous-jacentes à ces dynamiques. Enfin, la troisième question s'intéresse aux remaniements identitaires et capacitaires au cours des transitions et bifurcations professionnelles survenant sur le parcours.

Pour répondre à ces questions, la recherche s'est appuyée sur une démarche combinant des entretiens biographiques rétrospectifs, des chroniques de vulnérabilité réalisées par les participants et

visant à représenter sous une forme visuelle les liens entre parcours de travail et de santé, des entretiens approfondis focalisés sur les épisodes de vulnérabilité majeurs et des focus groups. Dans une première phase, 13 personnes, dont 8 atteintes de la maladie de Willebrand, ont participé à l'étude ; une seconde phase (en cours) a réuni 15 personnes ayant cette pathologie. La méthode d'analyse a consisté à étudier chaque parcours puis à les croiser pour en tirer les phénomènes saillants. Ces phénomènes sont ensuite co-analysés dans des séminaires d'analyse réflexive avec les partenaires impliqués dans le projet (notamment le Centre de référence de la maladie de Willebrand – site coordonnateur – et l'Association française des hémophiles).

À partir de l'exposé de cas analysés, les intervenants montrent comment des ruptures et des épisodes de vulnérabilité dans le parcours professionnel (licenciement, refus d'aménagement, dégradation de la santé par exemple) peuvent remettre en question des schèmes organisateurs de l'agir et amener les personnes à en construire de nouveaux, expression de l'évolution de leur rapport au travail, à la santé et à la maladie, et de leurs valeurs au travail. Ces reconceptualisations qui caractérisent leur travail de santé face à des situations déstabilisantes peuvent conduire à de nouvelles « *genèses identitaires* » (par exemple, accepter ses limites, faire valoir ses droits et sa « *voix au chapitre* ») et à l'émergence de nouveaux projets professionnels. Ainsi, le cas de Sahra, ingénieure consultante, illustre la déconstruction d'un schéma de « *survie* » au profit d'un schéma de « *vivre en santé* » et d'émancipation. Initialement animée par une logique de « *tenir au travail* » (faire comme les autres,

Capacités ou incapacités au travail au fil des parcours. Connaître, reconnaître, accompagner. Séminaire «Âges et travail» du CREAPT

invisibiliser sa maladie, concilier soin et activité sans relâche), Sahra, confrontée à plusieurs arrêts de travail, en est venue à modifier ses priorités (prendre soin d'elle) et à se donner de nouvelles règles d'action (ralentir, s'écouter, se déculpabiliser). Les reconceptualisations qui sous-tendent cette évolution l'ont conduite à modifier ses orientations professionnelles, intégrant désormais la maladie dans la construction de son parcours et dans le choix de son métier.

Grâce à la démarche mise en œuvre, la recherche a permis aux participants de prendre conscience des événements déterminants de leur parcours de vie, du chemin parcouru, des impacts restés implicites de la maladie sur leur travail, de l'importance de se préserver. Elle a été l'occasion pour eux de reconsidérer leur parcours pour trouver de nouvelles perspectives et viser un projet tenable. Les chroniques de vulnérabilité, en particulier, se sont avérées un instrument de dialogue avec eux-mêmes, susceptibles d'être aussi utilisées avec certains acteurs du monde professionnel pour faire entendre leurs difficultés. Les chercheurs ont en outre identifié avec les participants plusieurs axes de travail possibles autour des points d'attention soulevés : la banalisation de la maladie, la mise à l'arrière-plan des dimensions psychologiques de la maladie, les tensions entre visible et invisible, l'identité de «malade», la coordination entre médecins, l'épuisement et la gestion de la fatigabilité au travail. Les savoirs d'expérience construits par les personnes vivant avec la maladie de Willebrand, mis en exergue par les analyses conduites, constituent un ancrage précieux pour travailler chacun de ces points.

G. Bourmaud et C. Gouédard terminent leur intervention

en soulignant que le travail de reconceptualisation réalisé par les participants de l'étude rend compte de leur engagement subjectif : il participe à renouveler leur pouvoir d'agir et d'être «auteurs» de leur vie et de leur devenir au travers des nouvelles ressources élaborées pour agir. Toutefois, la construction du parcours professionnel ne peut être seulement du ressort de la responsabilité individuelle. Elle s'inscrit dans des dynamiques collectives, institutionnelles et politiques. Elle soulève en ce sens l'importance d'une coordination entre le système de santé et celui du travail à la lumière de l'évolution des parcours analysés, afin de dresser de nouvelles perspectives en vue de mieux accompagner le travail de santé.

L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE RÉPARATION DES MAUX DU TRAVAIL VU DES TRIBUNAUX. MALENTENDUS ET INÉGALITÉS

Les salariés dont l'AT ou la MP n'est pas reconnu comme tel par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) restent indemnisés dans le cadre de la couverture maladie ordinaire. Ils ne peuvent bénéficier des avantages liés à la législation des risques professionnels dont notamment : l'exonération du ticket modérateur, les indemnités journalières majorées et illimitées jusqu'à la date de consolidation, la rente à vie en cas de séquelles permanentes importantes. Confrontés à ces situations, certains salariés, convaincus du lien entre leur état de santé et leur travail, choisissent de contester les décisions des CPAM devant les pôles sociaux des tribunaux judiciaires (qui ont succédé aux

tribunaux des affaires de sécurité sociale ou TASS en 2019).

Même si la majorité des AT déclarés sont reconnus, et que peu de refus de reconnaissance sont contestés, ces affaires judiciaires constituent selon **D. Serre (Centre européen de sociologie et de science politique – CESSP et Centre de la recherche sur les liens sociaux – CERLIS, Université Paris Cité)** un observatoire intéressant pour rendre compte des luttes autour de la définition des AT et également des MP. Elle propose dans son intervention de franchir les portes des tribunaux et de voir comment le droit, dans sa mise en œuvre, se saisit de la question des «incapacités» causées par le travail. Pour cela, elle se réfère à une enquête réalisée entre 2015 et 2021 dans huit tribunaux⁴, reposant sur des observations d'audiences, des entretiens avec des juges et une analyse des jugements traitant de la reconnaissance des AT.

D. Serre dresse tout d'abord le constat de malentendus au cœur des demandes de réparation des AT portées par les salariés. Non représentés par un avocat dans plus de la moitié des cas, ils méconnaissent les règles du droit qui s'appliquent à la qualification de l'AT. Alors que la logique juridique cherche à établir la matérialité de l'accident (sa survenue sur le temps et le lieu du travail), ils insistent, eux, sur leur sérieux et leur sincérité. Contre des juristes de CPAM rompus aux procédures contentieuses, ils présentent souvent des arguments éloignés des critères juridiques attendus par les tribunaux en mettant en avant leur rapport pratique au corps et au travail. Sans avocat lors des audiences, leur chance d'obtenir la reconnaissance de l'origine professionnelle de leur accident est faible.

Dans l'enquête réalisée, les juges partagent cette analyse d'un accès

4. *Ce travail d'enquête a fait l'objet d'un ouvrage publié en 2024 : D. SERRE, «Ultime recours : les accidents du travail et les maladies professionnelles en procès», aux éditions Raisons d'agir.*

inégalitaire à la réparation selon la situation des salariés. Mais, si certains tentent de rééquilibrer le rapport de force entre les parties en faisant preuve de pédagogie (expliquer la règle, aider à présenter les dossiers...) ou en jouant sur les marges d'interprétation du droit, d'autres privilégient une stricte égalité de traitement en se limitant au seul examen des éléments soumis. Les pratiques de compensation adoptées par certains juges restent toutefois sélectives. Elles ciblent principalement les travailleurs manuels, peu qualifiés et «*meurtris dans leur corps*». À la différence des inégalités sociales, les inégalités de genre sont, elles, ignorées par des juges soucieux d'égalité entre les sexes, bien que les AT affectant les femmes soient moins fréquemment reconnus par les CPAM. Leurs pratiques de jugement indifférenciées se traduisent paradoxalement par un taux de réussite plus faible pour les femmes que pour les hommes. Les difficultés des femmes à faire reconnaître leur accident s'expliquent en partie par leurs conditions de travail (plus souvent à domicile, isolé, relationnel, sur des horaires décalés...), produites par la ségrégation sexuée des métiers et des postes, ainsi que par la prévalence plus élevée d'accidents psychiques chez les femmes – pour lesquels la présomption d'imputabilité est plus difficile à établir. En outre, elles bénéficient peu des pratiques des juges visant à atténuer les inégalités, en raison notamment des stéréotypes de genre associés à leur travail (perçu comme moins pénible) et à leur sexe (fragilité émotionnelle, «*hystérisation*...»). Selon D. Serre, cette attention sélective des juges s'ancre dans une conception «*ouvriéro- et androcentrée*» des risques professionnels, qui a été construite juridiquement en référence à l'homme

ouvrier du XIX^e siècle et qui porte toujours cet imaginaire social dans les routines jurisprudentielles.

Les malentendus portent aussi sur l'appréciation de l'incapacité. Le taux d'incapacité permanente, qui ouvre droit à une rente d'AT, s'il est supérieur à 10 %, est calculé à la date de consolidation de l'accident. Or de nombreux salariés assimilent la consolidation à une guérison complète, au retour à l'état antérieur à l'accident, et non à la stabilité des séquelles permanentes malgré les soins reçus. Cette confusion conduit fréquemment à des contestations devant les tribunaux concernant la date de consolidation, qui marque la fin de l'indemnisation liée à l'AT. Le contentieux est également important autour des taux d'incapacité permanente, qui déterminent le montant des rentes versées. Les avocats non spécialisés sont parfois à l'origine de ces malentendus, notamment lorsqu'ils n'ont qu'une connaissance partielle de l'interdépendance entre les différents droits et régimes juridiques relatifs à l'incapacité et à l'invalidité. Ces inégalités sont plus ou moins perçues par les juges des pôles sociaux traitant des litiges liés aux droits sociaux, mais aussi plus ou moins corrigibles selon le degré de codification du droit. Cette situation des salariés contraste avec celle des employeurs qui viennent contester devant les tribunaux les AT de leurs salariés dans le but de faire baisser leur taux de cotisation : ils ont alors recours à des avocats spécialisés, des «*joueurs répétés*» qui maîtrisent le jeu avec les règles juridiques ».

Le prochain séminaire du CREAPT aura lieu en mai 2026. Son thème et son programme seront disponibles en ligne en mars 2026 sur le site du CEET : <https://ceet.cnam.fr/>.