

COMPTRASEC

// Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale //

Working Papers

WPS/2017/24

<http://comptrasec.u-bordeaux.fr/working-papers>

Prévention de l'inemployabilité et maintien en activité. Recherche-action dans une collectivité territoriale

Dominique Lhuillier



Ce Working Paper peut être librement téléchargé. Toute autre reproduction ou diffusion sous quelque format que ce soit nécessite l'accord préalable de son ou ses auteur(s) et du laboratoire COMPTRASEC. Le format de citation est précisé à la page suivante (références du document) et doit comporter le nom de l'auteur, le titre, COMPTRASEC-WPS/l'année de publication/le numéro de publication, tels qu'ils figurent dans le cadre ci-dessus.



Prévention de l'inemployabilité et maintien en activité. Recherche-action dans une collectivité territoriale

Dominique Lhuilier - Professeure émérite de psychologie du travail
Centre de Recherche sur le Travail et le Développement
Conservatoire National des Arts et Métiers

Mars 2017

ABSTRACT

Our work organisations have become more and more restrictive, combining a push for greater productivity and responsiveness with frequent changes to working methods and objectives. This makes it even harder to post workers with permanent or temporary health problems: illnesses or accidents and their aftereffects, chronic conditions, problems that appear or worsen with age, and so on. An increasing rate of absenteeism due to illness, unfitness for work, and requests for reclassification prompted a local authority to collaborate with a team of researchers to address two questions: how can we prevent unemployability and create working conditions that are adapted to all employees?

KEYWORDS: Work, health, organization, absenteeism.

RÉSUMÉ

Nos organisations du travail présentent un faisceau de plus en plus serré de contraintes, combinant la recherche active de productivité accrue et de réactivité, à de fréquents changements dans les objectifs ou les méthodes de travail. Cette double évolution rend plus délicates les stratégies d'affectation des travailleurs, dès lors que ceux-ci présentent, temporairement ou durablement, des problèmes de santé : maladies ou accidents et leurs séquelles, pathologies chroniques, troubles apparus ou accentués au fil l'âge... Le nombre croissant des taux d'absentéisme pour maladies, d'inaptitudes, de demandes de reclassement a conduit une collectivité territoriale à s'engager avec une équipe de chercheurs dans une double investigation : comment prévenir l'inemployabilité et comment créer les conditions d'un travail pour tous ?

MOTS CLÉS : Travail, santé, organisation, absentéisme.

RÉFÉRENCES DU DOCUMENT

RÉF. D. Lhuilier, Prévention de l'inemployabilité et maintien en activité. Recherche-action dans une collectivité territoriale, COMPTRASEC-WPS/2017/24, Mars 2017.

© COMPTRASEC - 2017
Information et soumission des textes :
alexandre.charbonneau@u-bordeaux.fr

COMPTRASEC - UMR 5114
Université de Bordeaux
Avenue Léon Duguit
33608 Pessac Cedex
FRANCE.
<http://comptrasec.u-bordeaux.fr/>

Le COMPTRASEC publie des Working Papers (WPS) en lien avec son séminaire annuel de recherche, reprenant les interventions des conférenciers invités depuis 2012. Les WPS ne constituent pas des contributions finalisées. Ils documentent les thématiques traitées, déterminées selon les axes de recherche qui gouvernent la vie du laboratoire. Le dépôt d'un WPS est une démarche volontaire et facultative de la part des chercheurs invités.

COMPTRASEC publishes Working Papers (WPS) connected with its annual research seminar, containing the speakers's contributions since 2012. The WPS are not finalized papers which document the treated thematic, determined in regard with the COMPTRASEC research area. The submission is voluntary and optional for the visiting scholars.

Prévention de l'inemployabilité et maintien en activité. Recherche-action dans une collectivité territoriale

I - De plus en plus de personnes ayant des problèmes de santé travaillent ou souhaitent retravailler

Les transformations du travail (pénibilité du travail via intensification, précarisation et individualisation), les évolutions des possibilités et des modes de traitement des pathologies, l'attention plus grande portée aux troubles psychiques, le recul de l'âge de départ à la retraite et le vieillissement de la population dite active, contribuent à expliquer la multiplication des situations combinant santé altérée et travail/recherche d'emploi.

Les pathologies, devenues aujourd'hui plus souvent chroniques qu'aiguës, recouvrent des réalités très diverses mais qui comportent deux traits communs : la durée de la maladie qui ne permet plus de l'aborder comme une parenthèse dans le cours d'une vie et une obligation de gestion de la chronicité dans toutes les sphères de la vie sociale.

En France, on estime que près de 10 millions de personnes en âge de travailler sont concernées par une ou plusieurs maladie-s, trouble-s ou handicap-s qui limitent leurs capacités. Mais le malade ou la maladie sont encore perçus comme une anomalie, une parenthèse dans une vie qui doit se refermer au plus vite pour retrouver la vie d'avant. La place du malade serait celle que lui assigne l'arrêt maladie, hors du travail, dans la suspension du contrat de travail.

Et lorsque les salariés tiennent leur(s) poste(s), font avec des signes infra-cliniques et taisent leurs difficultés, celles-ci demeurent invisibles ; ce qui ne facilite ni la connaissance, ni la reconnaissance et l'anticipation des éventuels problèmes à venir et leurs conséquences à plus long terme.

Quelques chiffres donnent une idée de l'ampleur de cette problématique : ils témoignent de 3 difficultés majeures :

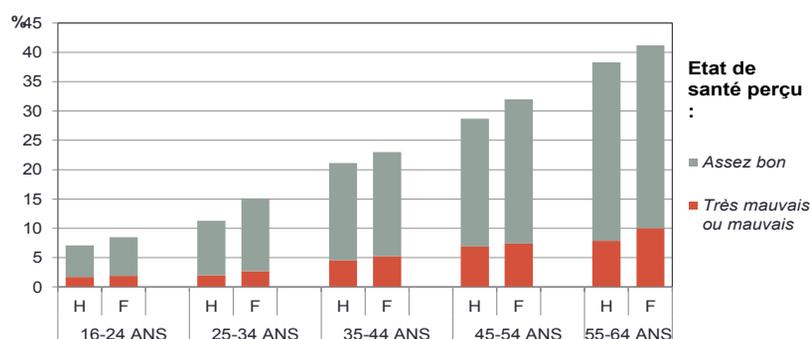
- prévenir l'usure prématurée,
- se maintenir en emploi,
- revenir au travail après un arrêt ou un licenciement pour cause de santé dégradée.

1 - Etat de santé déclaré

(Source ● Enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie. INSEE-Eurostat, 2012. Repris dans DRESS. L'état de santé de la population en France. RAPPORT 2015)

3 questions = 3 tableaux : santé perçue/MC/limitations activité

État de santé perçu

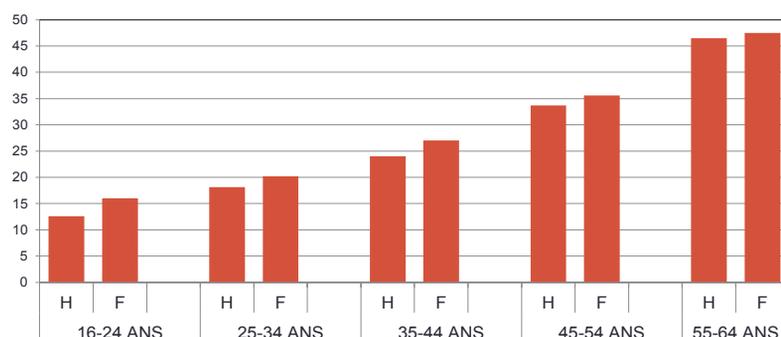


* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Maladie ou problème de santé chronique

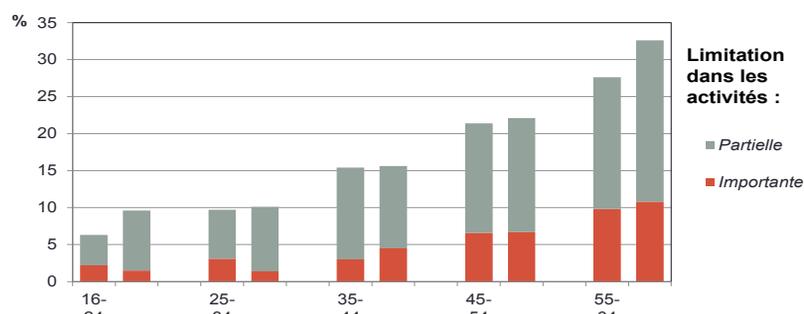


* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Limitations dans les activités



* Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

2 - Inaptitude médicale

Chaque année, plus de 1 million de salariés se voient notifier des restrictions d'aptitudes et des demandes d'aménagements de poste. Absence de chiffres officiels consolidés au plan national mais une estimation de l'AGEFIP sur le nombre d'avis d'inaptitude à tout poste de travail : 28 000 en 1998/75 000 en 2003.

Une enquête de la DIRECCTE Aquitaine (2015): de 2006 à 2014 : les décisions d'inaptitudes à tous postes dans le régime général : + 29%. Les pathologies à l'origine de l'inaptitude : les TMS (44%), les troubles mentaux (33%), les autres MC. Le devenir des salariés inaptes : 39% licenciement sans projet ni solution, 27% mise en invalidité, 26% licenciement avec projet identifié, 6% retraite.

63 700 nouvelles inscriptions à Pôle emploi / an résultent d'une déclaration d'inaptitude par le médecin du travail. Ces salariés « inaptes » sont surreprésentés parmi les chômeurs de longue durée.

3 - Invalidité

Près de 1 million de personnes perçoivent une pension d'invalidité

Une progression des effectifs entre 2000 et 2010 : + 31%

Age moyen : 52 ans

Prévalence : 10% pour les plus de 55 ans

Les risques de désinsertion professionnelle liée à une santé altérée sont majeurs. Ils témoignent de l'inaptitude des organisations du travail à intégrer les variabilités individuelles.

Gérer une maladie chronique, pallier des limitations ou variations de capacité nécessite un travail de négociation qui prend place dans des sphères et des temporalités différentes. Cette centration sur le travail de négociation de sa/ de la santé permet de repérer les ressources à trouver-crée, et les voies de développement et reconnaissance.

II - Repenser les rapports entre la santé et le travail

Comprendre ces rapports appelle à une vision plus complexe des fonctions du travail pour les personnes. Le travail peut participer à dégrader la santé, du fait de conditions de travail passées et actuelles pénibles. Un chantier essentiel à développer : la prévention de l'usure prématurée et donc la réduction de la pénibilité.

Mais ce modèle du « travail usure », ne définit pas à lui seul les rapports entre santé et travail. Le travail, dans la mesure où il participe à la construction identitaire - à ce que je suis -, est potentiellement un opérateur de santé. En être privé ne débouche pas sur une meilleure santé. Si à court terme cette privation peut être vécue comme une mise à l'abri, elle produit à plus long terme des valeurs négatives de la santé. Sauf à considérer que vivre en bonne santé, c'est éviter toute situation risquée, à l'abri des attentes et des exigences d'autrui. La mise au placard, voire le licenciement pour inaptitude, ne protège pas la santé.

La santé n'est pas un état que l'on posséderait ou ne posséderait pas. C'est plutôt un processus par lequel la santé se conquiert. Et la scène du travail est un espace d'importance pour cette conquête. Les difficultés de santé rendent ce mécanisme de conquête un peu plus crucial/vital. Mais examiner les rapports entre santé et travail sous le prisme de la maladie ou des difficultés de santé permet de révéler plus largement les ressorts de la construction de la santé pour tous. Cet examen participe à dessiner les contours d'un travail soutenable. Parce qu'ils poussent à vivre autrement, « les problèmes de santé » interrogent les milieux de travail sur leur capacité à accepter que leurs membres fassent (le travail) autrement. Ce processus de renormalisation, ce faire autrement, ne peut être que temporairement clandestin sous peine d'essoufflement des personnes. Pour qu'il fasse santé, il doit passer par une reconnaissance d'autrui : les pairs, la hiérarchie, l'espace public.

C'est un chemin semé d'embûches. Toutefois, les travaux portant sur les maladies chroniques, mais aussi sur le vieillissement au travail, soumis également au modèle normatif de l'usure, montrent comment ce processus de renormalisation peut être soutenu. L'expérience des personnes, quand elle peut être mobilisée dans l'activité de travail, est une ressource centrale pour faire du travail un opérateur de santé. Cette expérience renvoie alors non seulement à des savoirs et savoir-faire sur le milieu de travail, elle renvoie également à une pratique réflexive relative à ses propres ressources et difficultés, et aux usages de soi dans le travail.

Cette manière d'articuler la santé et le travail conduit à opérer plusieurs décloisonnements :

- temporel : entendre la santé comme processus appelle à comprendre comment celui-ci se transforme au fil du temps dans ses rapports au travail, à la différence d'une approche dans « l'ici et le maintenant » qui peut réduire la santé à un état ; cf : parcours professionnel/de formation et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;

- des acteurs : cette conception de la santé déborde des cadres institutionnels du champ de la santé au travail ; elle convoque pour la transformation non pas les seuls experts de la santé ou de la GRH, mais aussi celles du milieu (les « opérationnels » : hiérarchie, encadrement de proximité, collègues); elle implique par ailleurs un sujet actif, i.e. en capacité de transformer son milieu + travail de santé (dans une logique de réparation, compensation et prévention) ;

- la prévention/la réparation : elles s'opèrent à la fois par l'employeur qui a des obligations (AT-MP, CHSCT, FIPHFT) et par les agents qui ressentent les effets du travail pénible et ont/n'ont pas/plus de projets. Nécessité de travailler ensemble, à tous les niveaux (ceux qui portent la responsabilité ; ceux qui font le travail ; ceux qui managent le travail) cette question des aménagements et reclassements quand la santé est altérée ET la question de la prévention de l'usure prématurée et d'un travail soutenable pour tous a pour résultat que l'on ne peut améliorer le traitement des demandes de reclassement si on n'agit pas dans le même temps sur la production des problèmes de santé au travail qui se soldent par une augmentation des demandes de reclassement. Sinon il existe un risque de compensation des agents (stratégie de défense) qui subissent plus qu'ils ne sont acteurs de leur santé (absentéisme, perte de sens, surpoids, alcoolisme, etc.).

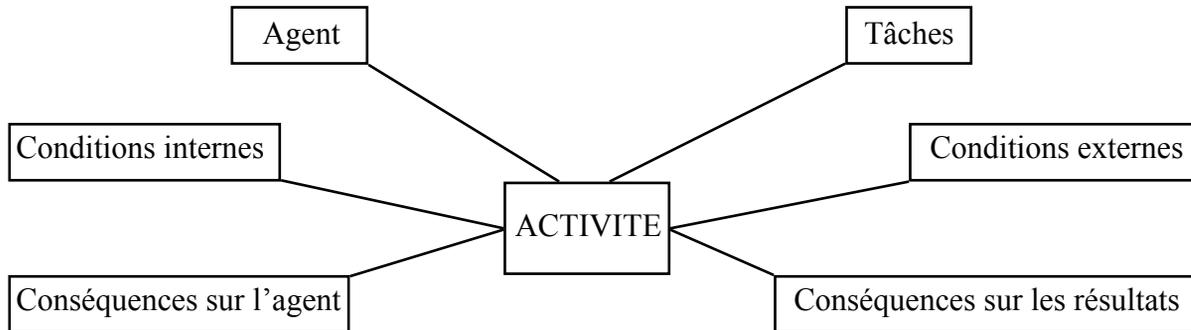
III - Entrer par l'activité et les situations de travail

Pour éviter un certain nombre de malentendus il faut d'abord lever un certain nombre d'ambiguïtés relatives au mot « travail ». Le langage courant utilise souvent indifféremment les termes de travail et d'emploi : par exemple on parle de « marché du travail » ou de « marché de l'emploi ».

Pour les sciences du travail en revanche, le travail n'est pas l'emploi, ni le métier, ni la tâche assignée.

«La tâche c'est ce qui est à faire, le travail c'est ce qui est fait» selon Leplat.

Le travail, c'est une activité (individuelle et collective). Cette activité résulte du couplage entre des conditions internes (les caractéristiques des travailleurs) et des conditions externes (conditions de travail : les objectifs assignés, les procédures prescrites, les machines, la situation présente - conditions climatiques, climat du service, dynamique collective, environnement, etc.). Cette activité a des conséquences sur le travailleur (avec rétroaction sur les conditions internes) et sur la performance (avec rétroaction sur les conditions externes). Le schéma ci-dessous distingue ces trois niveaux d'analyse : celui des conditions de travail, celui de l'activité de travail et celui des effets du travail.



Nécessité de dépasser deux modèles réductionnistes :

- réduction de l'activité de travail à ses conditions internes : le travail est considéré comme une fonction des caractéristiques du travailleur et en particulier de ses aptitudes/inaptitudes,

- réduction de l'activité à ses conditions externes: le travailleur est censé exécuter les prescriptions de la tâche telles que définies par les organisateurs de travail.

Dans les deux cas, l'activité n'est pas analysée ; on saute directement des conditions aux conséquences sans s'attarder à l'analyse de ce que fait réellement le travailleur. On reste à la périphérie de l'activité de travail en tant que telle.

Le travail ne peut être assimilé à la tâche prescrite parce que l'observation montre que ce que fait réellement le sujet ne correspond jamais exactement à ce qu'il est censé faire. Il en fait plus ou il en fait moins, surtout il fait autrement. Le sujet redéfinit la tâche qui lui est assignée. Et réciproquement l'activité ne peut être définie par les caractéristiques du sujet parce que l'activité transforme ces caractéristiques.

L'expérience professionnelle, c'est précisément la mémoire des conséquences de nos actes. Cette redéfinition de la tâche et cette transformation du travailleur résultent d'un couplage entre les conditions internes et externes de l'activité de travail. Analyser le travail, c'est analyser ces processus de couplage et les régulations mises en oeuvre.

Dans l'activité se joue toujours le rapport à soi, aux autres, au réel (cf : les différents buts dans l'activité).

Ces activités sont toujours des activités finalisées, contextualisées, qui engagent et qui transforment en retour celui qui l'accomplit :

- Finalisées : sous tendue par un projet : intention de transformation du réel ;
- Contextualisées : inscrite dans un environnement matériel, relationnel, organisationnel.

Ce contexte peut être à la fois synonyme de contrainte et de ressource pour l'activité. L'agent ne peut pas être acteur de son travail s'il n'a aucune possibilité de transformer le réel. Si le prescrit va à l'encontre du travail de santé, de ses stratégies de prévention, et s'il ne peut participer à la transformation de la situation (qui est toujours collective), il subit (compense, fait des maladies, etc.).

Cette activité n'est pas neutre, toute activité transforme le sujet dans l'activité. L'activité de travail correspond à la façon dont l'Homme met son corps au travail (son système nerveux, ses organes sensoriels, sa motricité), mais aussi sa personnalité, ses compétences (qui viennent de la formation, des apprentissages, de l'expérience) à contribution pour réaliser un travail.

Il y a différentes composantes :

- Composantes physiques : activité musculaire statique ou dynamique, ou les deux ? Ex : dans l'activité d'une dactylo, une activité musculaire peut être statique au niveau des muscles posturaux et dynamique au niveau de la frappe ;
- Composantes sensorielles : Quels sont les sens mobilisés dans l'activité ? Ex : vue/ouïe/touché/goût/odorat. Ex: Le toucher dans l'activité de prise de sang d'une aide soignante (trouver la veine) ;
- Composantes psychologiques
 - Composantes cognitives : traitement de l'information, résolution de problèmes, prise de décision,
 - Composantes psychiques : implication, engagement, plaisir, aspiration, motivation.
- Composantes sociales, relationnelles. On ne travaille jamais seul : découvertes, remise en cause, identité professionnelle, sociale (productrice d'énergie, de sens, d'espoir), développement d'interdépendances (entre-aide, solidarité, sollicitude ... des collègues).

Ces composantes sont toujours présentes et sont en interaction. On peut repérer des processus qui consistent à surinvestir l'activité physique pour éviter l'activité mentale, ou des auto-accélération du rythme de travail pour anesthésier la pensée. Le surinvestissement du faire peut être une stratégie défensive quand penser est trop douloureux. Il peut aussi y avoir surinvestissement de l'activité physique pour éviter l'activité relationnelle (ex : le soignant qui s'épuise dans le faire pour éviter d'être avec le patient).

IV - Recherche-action dans la Ville de X

A - Constats initiaux

- Le nombre des agents ayant des problèmes de santé (en lien avec un accident, une maladie chronique ou un handicap) augmente,
- Alors que les ressources mobilisables pour assurer leur maintien semblent se réduire (proportionnellement au moins),
- = Accroissement des difficultés de maintien en emploi des personnes ayant des problèmes de santé.

B - Objectifs de cette R/A

- Explorer les conditions de maintien en emploi et en activité :
 - * Par l'investigation des dispositifs formels existants et utilisés, mais aussi par une exploration des processus plus informels qui président aux régulations,
 - * Par des analyses de situations de « terrain » aux différents niveaux concernés : au plan individuel, collectif, organisationnel, institutionnel,
 - * Par l'identification des ressources et freins au maintien en activité (et pas seulement en emploi),
- Améliorer des conditions de maintien en emploi et en activité et prévenir l'inemployabilité : par un diagnostic partagé et par l'expérimentation des dispositions susceptibles de lever les freins identifiés.

Trois phases de cette R/A (diagnostic, expérimentations, bilan)

1/ Phase 1 : Co-construction d'un diagnostic (6 mois)

Mettre en discussion ce qui rend difficile la réalisation des tâches et des missions et les solutions qui existent pour y faire face.

Une investigation multiple, avec :

- Des services dont les tâches sont jugées pénibles/usantes
- Des agents « reclassés » ou en « attente de reclassement »
- Les ressources organisationnelles (en particulier le pôle RH)
- Les organisations syndicales

Des services où les tâches sont considérées comme pénibles/usantes = Des secteurs d'activités caractérisés

- par un concentré de pénibilités et de risques d'usure prématurée ;
- avec des marges de manoeuvre contrastées pour réorganiser le travail afin de préserver la santé des agents et maintenir en activité ceux qui ont des problèmes de santé ;
- des dynamiques collectives contrastées pour se soucier de l'autre, prendre en compte la variation des capacités productives.

Ex : comparaisons Parcs & Jardins et EHPAD

La prise en charge de l'agent en demande de reclassement

- Approches et traitements de situations individuelles / défaut de démarches et dispositifs collectifs.
- De la réparation plus que de la prévention.
- Peu de mobilité professionnelle, peu de visibilité des métiers alternatifs,
- Un accès à la formation ordonné aux « besoins du service » et non à la mobilité préventive dans les métiers usants.
- Des agents qui ne demandent plus rien (rendus attentistes par rapport à leur trajectoire, défensifs, sans projet, dépendants de la protection de l'emploi).
- Des restrictions d'aptitudes contestées, «vrais/faux» malades.

Le reclassement : un process en panne

- Des ressources et des possibilités limitées du fait de l'augmentation du nombre de demandes, de la réduction du nombre de postes ouverts aux « reclassés » et de 3 personnes seulement chargées du reclassement.

- Les agents « en attente de reclassement » isolés, attentistes et perdus ; Allongement de la durée des arrêts sans accompagnement = sentiment d'abandon et doutes accrus sur ses propres capacités à assurer un autre travail. Dilemme : reprendre son poste au risque d'une dégradation de la santé / rester en arrêt au risque de se faire oublier. Difficultés financières des agents en arrêt. Ambivalence de ceux qui attendent tout en travaillant à leur poste

Quels critères de sélection des « urgences » dans cette file active ?

Résistances au reclassement du côté des agents en reclassement + des services accueillants

- Le reclassement : une double peine, un déclassement
- Deuil du métier sans projection possible sur des alternatives
- Images négatives du reclassé et des « nids » à reclassés
- Reclassement pensé au prisme de l'emploi plus que de l'activité
- Un parcours semé d'embûches : être dessaisi-e de son avenir professionnel : « un pion déplacé »
- Réduction des effectifs et augmentation de la charge de travail : réduction des marges de manoeuvre individuelles, collectives et organisationnelles pour le maintien et l'intégration
- Contraintes budgétaires + historique d'une politique de recrutement social + une GPEC peu intégrée = des chefs de service sur la défensive

2/ Entrer en Phase 2 : Expérimentations - actions collectives

Expérimentation d'actions et dispositifs visant à la prévention de l'inemployabilité et le travail pour tous = 2 objectifs : 1- prévention, 2- réparation.

Groupes métiers où sont concentrés des facteurs de pénibilité

- Objectifs : Collectiviser le travail de santé, échanger les expériences, construction de stratégies individuelles et collectives de maintien au travail, construction des accords en pratique sur l'équité, compte tenu des variations des capacités productives, des ressources à mobiliser.

RÉF. D. Lhuillier, Prévention de l'inemployabilité et maintien en activité. Recherche-action dans une collectivité territoriale, COMPTRASEC-WPS/2017/24, Mars 2017.

- Métiers concernés :

- Parcs et Jardins ;
- Restauration scolaire ;
- Crèches et ATSEM, marie de quartier : (modalités en cours de définition).

- Composition des groupes : 1 groupe d'agents (n) volontaires (agents et agents de maîtrise) pour Parcs & Jardins et Cuisines : groupes avec un mixte entre agents et leur encadrant.

- Rythme des réunions : Adapté aux domaines d'activité, avec un rythme favorisant le processus de transformation du fonctionnement actuel

- Co-animation : CNAM et Ville de X

Groupe des directeurs et chefs de service

- Objectifs : comment prévenir la fabrique de l'inemployabilité des agents, l'usure prématurée, et comment développer le travail pour tous ?

Comment penser la régulation d'objectifs contradictoires : réduction effectifs/réduction de la pénibilité de certains métiers/ prévention de l'usure prématurée/accueil des agents reclassés et/ou retour au travail suite à arrêts ?

Actions engagées, à engager ? Outils de pilotage ?

- Composition du groupe : Des directeurs de pôles et de directions ;

- Co-animation : CNAM et Ville de X.

Groupe de travail intersyndical

- Objectifs : Développer les démarches préventives et collectives / réparation individuelle + Rôle du CHSCT, des représentants du personnel dans la prévention de l'inemployabilité et pour le travail pour tous ;

- Composition du groupe : des représentants du personnel (3 par syndicat) ;

- Animation : CNAM.

Groupes d'usagers du dispositif de reclassement et retour à l'emploi (après un arrêt long)

- Objectifs : sortir de l'isolement, collectiviser le travail de santé, échanges d'expériences, construction de stratégies de retour au travail, d'aménagements de poste et de manières de faire, informations sur les droits, les ressources à mobiliser ;

- Composition : 2 groupes de 10 à 12 personnes volontaires ;

- Des temps de rencontre et de travail avec le groupe de travail sur le reclassement et le retour à l'emploi ;

- Co-animation : CNAM et Ville de X ;

Groupe de travail sur le reclassement et le retour à l'emploi

- Objectifs : coopération entre les différents services et acteurs à développer, circulation d'informations, production d'instruments de pilotage, d'outils et procédures utiles à l'amélioration du traitement des situations ;
- Composition du groupe : Les acteurs de ces processus (les différents services RH identifiés comme impliqués) + des cadres opérationnels issus de secteurs d'activité où existe une pénibilité au risque de production d'usure prématurée ;
- Des temps de rencontre et de travail avec le groupe d'« usagers » ;
- Co-animation : CNAM et Ville de X.

Groupe Projet

- Composition du groupe : Des directeurs (pôles et directions) et des référents RH, des membres du CHSCT, un médecin du travail, la DGA RH, la cheffe du service APP, un membre du service « organisation », un membre du service « protection sociale », les chercheurs-Cnam ;

Pilotage de la démarche et validation des projets d'expérimentation.

COMPTRASEC

// Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale //

Pour aller plus loin

D. Lhuilier, A.M. Waser,

« *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique* », Toulouse, Eres, 2016.

A.M. Waser, D. Lhuilier, G. Huyez, F. Brugeilles, P. Lénéel,

« Maladies chroniques, handicap et gestion des situations de travail », *Sciences Sociales et Santé*, 32 (4), 2014, p.79-106.

D. Lhuilier, A.M. Waser,

« Maladies chroniques et travail », *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, 2014, <http://pistes.revues.org/2885>.



RÉF. D. Lhuilier, Prévention de l'inemployabilité et maintien en activité. Recherche-action dans une collectivité territoriale, COMPTRASEC-WPS/2017/24, Mars 2017.

COMPTRASEC

// Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale //

Ce Working Paper peut être librement téléchargé. Toute autre reproduction ou diffusion sous quelque format que ce soit nécessite l'accord préalable de son ou ses auteur(s) et du laboratoire COMPTRASEC. Le format de citation est précisé à la page suivante (références du document) et doit comporter le nom de l'auteur, le titre, COMPTRASEC-WPS/l'année de publication/le numéro de publication, tels qu'ils figurent dans le cadre ci-dessus.

<http://comptrasec.u-bordeaux.fr/working-papers>

© COMPTRASEC - 2017

Information et soumission des textes :
alexandre.charbonneau@u-bordeaux.fr

COMPTRASEC - UMR 5114
Université de Bordeaux
Avenue Léon Duguit
33608 Pessac Cedex
FRANCE

<http://comptrasec.u-bordeaux.fr/>



RÉF. D. Lhuilier, Prévention de l'inemployabilité et maintien en activité. Recherche-action dans une collectivité territoriale, COMPTRASEC-WPS/2017/24, Mars 2017.